

Estudio comparativo entre dos apósitos de cura en ambiente húmedo en herida quirúrgica cerrada

Comparative study between two moist wound healing dressings in closed surgical wound

DOI: S1134-928X2025000100009

Pilar Ibars Moncasi^{1,*}
Mònica Trillo Garcia²
Cecilia Vallés Quintillà^{3,*}
Lourdes Llubes Mas⁴
Eva Maria Calvo Moya⁵
Maria Lourdes Rosell Tomàs⁶
Tania Garcia Claramunt⁴

1. Diplomada en Enfermería. Directora de Enfermería. Enfermera Consultora de Herida Crónica y Compleja. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.
2. Diplomada en Enfermería. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.
3. Diplomada en Enfermería. Enfermera Consultora de Herida Crónica y Compleja. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.
4. Diplomada en Enfermería. Unidad de Hospitalización Obstétrica y Ginecológica. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.
5. Graduada en Enfermería. Unidad de Hospitalización Obstétrica y Ginecológica. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.
6. Diplomada en Enfermería. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.

*Autoras para correspondencia.

Correo electrónico: mpibars.lleida.ics@gencat.cat (Pilar Ibars Moncasi).

Correo electrónico: cvalles.lleida.ics@gencat.cat (Cecilia Vallés Quintillà).

Recibido el 25 de marzo de 2024; aceptado el 9 de octubre de 2024

RESUMEN

Antecedentes: Las complicaciones de las heridas quirúrgicas, como dehiscencia de sutura, seroma, hematoma e infección pueden afectar negativamente el proceso de cicatrización. La cura en ambiente húmedo (CAH) puede prevenir estas complicaciones, su efecto sobre la herida es: una fase inflamatoria más corta, mayor proliferación de células esenciales para la cicatrización, síntesis de colágeno y estimulación de angiogénesis, entre otros. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de 2 tipos de apósitos de cura en ambiente húmedo en pacientes sometidas a cirugía obstétrica, específicamente cesáreas. **Metodología:** Estudio comparativo realizado en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, con 68 pacientes, divididas en 2 grupos según el tipo de apósito utilizado: apósito A (Allevyn® Gentle Border) y apósito B (Biatain® Silicone Post Quirúrgico). Se evaluaron las variables: adherencia del apósito, capacidad de absorción, estado de la piel perilesional, dolor y complicaciones del sitio quirúrgico. **Resultados:** El análisis de los resultados no encontramos diferencias significativas para ninguna de las variables y características de los apósitos. La mayoría de las pacientes no experimentaron complicaciones en el sitio quirúrgico. **Conclusiones:** Confirmamos que los dos apósitos tienen unas prestaciones clínicas muy similares, cumplen con los requisitos y especificaciones para desempeñar adecuadamente su función; y demostraron ser efectivos en la prevención de complicaciones de la herida quirúrgica en pacientes sometidas a cesáreas.

PALABRAS CLAVE: Estudio comparativo, apósitos, cicatrización de heridas, herida quirúrgica, cesárea, dehiscencia de la herida operatoria, infección de la herida quirúrgica.

ABSTRACT

Background: Complications of surgical wounds such as suture dehiscence, seroma, hematoma, and infection can negatively affect the healing process. Moist wound healing (MWH) can prevent these complications; its effects on the wound include a shorter inflammatory phase, a greater proliferation of cells essential for healing, collagen synthesis and stimulation of angiogenesis, among others. **Objective:** To assess the efficacy of 2 types of MWH dressings in patients undergoing obstetric surgery, specifically caesarean sections. **Methodology:** Comparative study carried out in the Arnau de Vilanova University Hospital in Lleida, with 68 patients, divided into 2 groups according to the type of dressing used: dressing A (Allevyn® Gentle Border) and dressing B (Biatain® Silicone). The variables evaluated were dressing adherence, absorption capacity, perilesional skin condition, pain and surgical site complications. **Results:** The analysis of the results did not find significant differences for any of the variables and characteristics of the dressings. Most patients did not experience complications at the surgical site. **Conclusions:** We confirmed that the two dressings have very similar clinical performance, meet the requirements and specifications to adequately perform their function; and were shown to be effective in preventing surgical wound complications in patients undergoing caesarean sections.

KEYWORDS: Comparative study, dressing, wound healing, surgical wound, caesarean section, surgical wound dehiscence, surgical wound infection.

INTRODUCCIÓN

La herida quirúrgica (HQ) es la expresión de la mecánica operatoria y es un problema de salud común para los profesionales que intervienen en este proceso: cirujano y enfermera, entre otros.

La herida no es solo una alteración tisular y anatómica que produce dolor e incapacidad sino que, principalmente, es el lugar en el que se produce un complejo proceso inflamatorio y de metabolismo celular acelerado, con importantes repercusiones sistémicas.

Este proceso puede sufrir alteraciones que se denominan complicaciones del lugar quirúrgico, como pueden ser: la dehiscencia de sutura, seroma, hematoma, infección, cicatriz anómala, maceración perilesional, hipergranulación y MARSÍ (*medical adhesive-related skin injury*). Todas ellas comportan un retraso de la cicatrización, una cicatriz de baja calidad o anormal, una morbilidad y mortalidad significativas, y costes socioeconómicos relacionados, tal como indican los documentos internacionales de consenso (WUWHs e ISWCAP)¹⁻³.

La cura en ambiente húmedo (CAH) mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales en el lecho de la herida, y en el caso concreto de la herida quirúrgica cerrada, en el lugar quirúrgico, similares a los tejidos inferiores de la epidermis favoreciendo y acelerando el proceso de cicatrización. Este proceso es más rápido porque no permite que la herida se seque y favorece la migración celular, al mismo tiempo que mantiene la temperatura adecuada para estimular la fibrinólisis, ya que la baja temperatura en la herida produce vasoconstricción y, en consecuencia, disminución del aporte de oxígeno y nutrientes en la zona.

La CAH se consigue a través de un material que hace de interfase entre la herida y el ambiente, manteniendo las condiciones ya descritas.

En el mercado hay diversidad de apósitos de CAH, la mayoría pensados para herida crónica (úlceras por decúbito, úlceras venosas, etc.). En 1995 se publica un estudio comparativo⁴ entre apósitos que aporta evidencia sobre los beneficios del uso de apósito interactivo en herida cerrada. En dicho estudio hay diferencia estadísticamente significativa a favor del uso de apósitos hidroactivos e hidrocoloides frente al uso de apósitos absorbentes convencionales. En muchos artículos, guías clínicas y documentos de consenso se recomienda este tipo de apósitos para prevenir complicaciones del sitio quirúrgico^{3,5-8}. Actualmente, existen familias de apósitos llamados "postoperatorios" que tienen como objetivo cubrir la HQ cerrada desde la finalización de la intervención o 24 h después, hasta la retirada de sutura.

Entre los efectos de la cura en ambiente húmedo en las heridas⁹ se pueden destacar:

- Protege la herida de la contaminación por gérmenes y de agresiones físicas (traumatismos).
- Permite el intercambio gaseoso.
- Mantiene los niveles de humedad y de temperatura óptimos para la cicatrización.
- Requiere menos cambios de cura y menos tiempo de enfermería.
- Reduce la fase inflamatoria, haciéndola más corta y menos intensa.
- Mayor rapidez en la proliferación de queratinocitos, esenciales para formar nuevos tejidos.
- Aumenta la proliferación de fibroblastos y la diferenciación de los queratinocitos para restaurar la barrera cutánea.
- Incrementa la síntesis de colágeno.
- Estimula la angiogénesis.
- Inicio mejor de la fase de contracción de la herida.
- Facilitar el desbridamiento autolítico porque estimula la fibrinólisis.
- Mejor resultado estético.
- Efectividad coste-beneficio.

Existen documentos de consenso internacional en los que se recomienda la CAH y la terapia de presión negativa (TPN) en incisión quirúrgica cerrada, como el documento de consenso de la WUWHs¹⁰ o la guía NICE¹¹ y otros artículos relevantes^{12,13}, en los que se refieren al tipo de intervención quirúrgica (IQ) y los criterios de inclusión de pacientes candidatos a este tratamiento; y que, además de recomendar la utilización de apósitos interactivos, estiman que al menos el 5% de pacientes sometidos a una cirugía presentan una infección del sitio quirúrgico (ISQ), lo que supone un coste adicional por cada episodio.

El documento de la OMS *Global guidelines For the Prevention of Surgical Site Infection*¹⁴, advierte que la ISQ afecta a un tercio de los pacientes que están sometidos a una IQ y es la segunda causa más frecuente de infección nosocomial en Europa. La prevención de esta infección es compleja y exige implementar medidas preventivas pre, intra y poscirugía.

Tal como señala el documento de consenso de WUWHs¹, en un número sustancial de estudios se ha demostrado que el uso de CAH y TPN sobre incisiones quirúrgicas cerradas es beneficioso para reducir la tasa de infección quirúrgica, seroma, hematoma y dehiscencia y para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Del mismo modo, nos da las siguientes cifras de dehiscencia de herida de algunas intervenciones como:

- Laparotomía: 0,3-3,8%.
- Cirugía ortopédica: 1,1-3,6%.
- Cesárea: 1,9-7,6%.

En el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), desde julio de 2018 se aplica el Protocolo de Cura en Ambiente Húmedo en herida quirúrgica cerrada en pacientes del Área de Obstetricia. Este protocolo establece qué tipo de terapia o apósito (CAH o TPN) se tiene que aplicar a cada paciente según sus factores de riesgo.

El apósito de CAH de que se disponía en el hospital para implementar el protocolo era un apósito translúcido, impermeable, de espuma hidrocélular absorbente, en estructura de colmena de abeja situada en el centro de una capa de poliuretano microperforada, recubierta de una pegatina acrílica en contacto con la lesión (Opsite® Post-Op Visible).

Durante este tiempo hemos observado el comportamiento del dispositivo sobre las heridas y hemos encontrado ciertas carencias que consideramos que se podrían controlar con otro tipo de apósito. Es por ello por lo que decidimos realizar este estudio y probar 2 apósitos de similares características indicados para este tipo de heridas y así tener criterios para elegir y sugerir el cambio de apósito en nuestro centro.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar las prestaciones clínicas del apósito posquirúrgico de Smith & Nephew, frente al apósito posquirúrgico de Coloplast en CAH, en pacientes intervenidas de cirugía obstétrica (cesárea).

Objetivos específicos

- Evaluar la adherencia del apósito y durabilidad de cada uno de los apósitos.
- Evaluar la capacidad de absorción de cada uno de los apósitos.
- Valorar el estado de la piel perilesional a la retirada del dispositivo en ambos apósitos.
- Valorar el dolor durante el tratamiento y a la retirada con cada apósito.

- Evaluar la existencia de complicaciones o no del lugar quirúrgico relacionado con los factores de riesgo de la paciente.

▶ METODOLOGÍA

Material y método

Se trata de un estudio observacional retrospectivo que consiste en la recogida de información sobre el comportamiento del apósito en las pacientes a las que se les ha practicado una cesárea en el HUAV de Lleida.

Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un poder estadístico superior a 0,70 en un contraste bilateral, se aprecian 34 sujetos en el primer grupo y 34 en el segundo para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre 2 porciones, que para el grupo 1 se espera sea de 0,65 y para el grupo 2 de 0,35.

La población viene determinada por:

- *Criterios de inclusión:*
 - Pacientes que fueron intervenidas de cesárea, sin riesgo y con riesgo bajo (según la bibliografía y el protocolo de CAH en HQC del hospital (anexo 1)).
 - Pacientes que estaban ingresadas a la unidad de obstetricia del HUAV durante el período de estudio.
 - Pacientes mayores de 18 años.
- *Criterios de exclusión*
 - Pacientes con 2 o más factores de riesgo mediano o 1 factor de riesgo elevado a las que les corresponde aplicar una TPN según protocolo CAH en HQC del centro.

La recogida de datos se realizó a través de una hoja de registro individual para cada paciente, posteriormente se volcaron los datos en una hoja de cálculo para poder analizar la información. La información de las variables del estudio se obtuvo de la propia historia clínica: del seguimiento de las pacientes durante el ingreso en planta y en la Consulta Externa (CEX) de Herida Crónica y Compleja (HCC), por parte de las enfermeras colaboradoras del estudio.

MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

Los apósitos postoperatorios que comparamos son:

- *Apósito A:* un apósito hidrocélular con borde de silicona para el tratamiento de heridas con exudado moderado o alto, con piel perilesional frágil. Proporciona una CAH que favorece el proceso de cicatrización. Allevyn Gentle Border 10 × 30 cm (Smith & Nephew).
- *Apósito B:* un apósito hidropolimérico de espuma alveolar en la parte central, absorbente y antiadherente, capa de contacto de silicona suave adhesiva perforada. Biatain® Silicone Post Quirúrgico 10 × 30 cm (Coloplast).

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA EFICACIA CLÍNICA:

- Adherencia del apósito y su duración.
- Evaluar la capacidad de absorción: control del exudado.
- Valoración del estado de la piel perilesional a la retirada del dispositivo.
- Facilidad de aplicación.

- Valoración por parte del profesional y por parte del paciente de la comodidad.
- Facilidad de retirada.
- Valoración del dolor durante el tratamiento y a la retirada del apósito: escala EVA.
- Compatibilidad con la ducha.
- Existencia de complicaciones o no del lugar quirúrgico relacionadas con los factores de riesgo de la paciente: dehiscencia, seroma, hematoma, infección, cicatriz, maceración perilesional, hipergranulación y MARSÍ.

VARIABLES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA ECONOMÍA DE LA SALUD:

- Número de cambios de apósito por semana.
- Tiempo de enfermería utilizado para realizar los cambios.
- Material utilizado para las curas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- *Adherencia:* unión, adhesividad o interacción entre el apósito y la herida y la piel perilesional.
 - Buena: 7 días o más.
 - Regular o insuficiente:
 - Se mantiene 7 días con ayuda (refuerzo de los bordes del apósito con otro producto adhesivo).
 - Se mantiene 7 días pero con los bordes no bien adheridos.
 - Se mantiene menos de 7 días por despegado total del apósito o caída.
- *Absorción:* acción de absorber los posibles exudados.
 - Buena: el apósito está manchado de exudado, pero la herida no está macerada.
 - No adecuada: el apósito está manchado de exudado y la herida está macerada en aquella zona.
- *Dolor:* calculado con la escala visual analógica (EVA) utilizada en el hospital. Se buscaron los registros de dolor durante el ingreso y el dolor el día de retirada del apósito en la consulta externa de enfermería.
- *Estado de la piel perilesional:* se considera perilesión la piel que rodea o circunscribe la herida.
 - Íntegra: la piel no presenta alteraciones.
 - Macerada: piel ablandada por la exposición prolongada a la humedad.
 - Eritema: enrojecimiento e inflamación de la piel consecuencia de la dilatación y congestión de los capilares superficiales (no diferenciamos entre eritema alérgico y de contacto).
- *Complicación de la herida quirúrgica:*
 - Infección: crecimiento de gérmenes dentro de la piel de la zona dañada por una herida. Observamos signos clínicos clásicos: dolor, inflamación y calor.
 - Dehiscencia: separación de los bordes de la incisión quirúrgica.
 - Seroma: acúmulo de líquido seroso en un tejido, órgano o cavidad corporal.
 - Hematoma: marca en la piel por el acúmulo de sangre bajo la superficie de la piel.
 - Hipergranulación: exceso de tejido de granulación que rellena el lecho de la herida sobrepasando la superficie de esta.
 - Cicatriz anómala: exceso de tejido cicatricial que puede reducir la movilidad de la zona afectada.
 - Maceración perilesional: daño de la piel por contacto prolongado con líquidos o niveles de exudado elevados.
 - MARSÍ: daño de la piel relacionado con adhesivos de uso sanitario (laceraciones, flictenas, irritación, degradación tisular, etc.).

Tabla 1. Comparación de variables según el apósito

		Apósito A	Apósito B	p
Adherencia	Buena	16 (64%)	10 (45,5%)	0,202
	Regular/insuficiente	9 (36%)	12 (54,5%)	
n = 47		25 (53,2%)	22 (46,8%)	
Absorción	Buena	26 (89,7%)	19 (79,2%)	0,108
	No adecuada	1 (3,4%)	4 (16,7%)	
n = 50		27 (54%)	23 (46%)	
Dolor (EVA)		2,8 ± 1,1	2,6 ± 0,8	0,523
	n = 53	29 (54,7%)	24 (45,3%)	
Perilesión	Íntegra	23 (79,3%)	20 (83,3%)	0,794
	Macerada	1 (3,4%)	1 (4,2%)	
	Eritema	1 (3,4%)	2 (8,3%)	
	n = 48	25 (52,1%)	23 (47,9%)	
Complicaciones	No	24 (88,8%)	21 (87,5%)	0,338
	Infección	0	0	
	Dehiscencia	3 (11,1%)	3 (12,5%)	
	Seroma	1 (3,7%)	2 (8,3%)	
	Hematoma	0	1 (4,2%)	
	Hipergranulación	0	0	
	Cicatriz anómala	0	0	
	Maceración perilesional	0	0	
	MARSI	0	0	
	Más de una	1 (3,7%)	2 (8,3%)	
n = 52		27 (51,9%)	24 (48,1%)	
Complicaciones tardías		0	1 (4%)	0,113

Test estadístico: chi-cuadrado y t de Student.

- Complicaciones tardías: aparición de cualquiera de las complicaciones mencionadas más allá de los 15 días de la IQ.

Método estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables y pruebas para la comparación de la muestra. Para calcular la significación estadística en las variables de tipo cuantitativo se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y para las cualitativas la prueba exacta de Fisher. Los datos se analizaron con el programa Jamovi 2.5.5.

Consideraciones éticas

La recogida de datos de las historias clínicas de las pacientes que cumplen los criterios de inclusión definidos anteriormente, la han realizado los miembros colaboradores del estudio comparativo de apósitos de CAH en HQC del HUAV.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético y de Investigación de nuestro centro hospitalario, no requiriendo consentimiento escrito, siguiendo la base legítima para el uso de datos: interés legítimo en el ámbito de la investigación (Artículo 6.1.f + 9.2.j RGPD).

Los productos objeto de evaluación están autorizados para su uso en el Estado español por parte de las autoridades sanitarias.

En todo momento se ha garantizado la confidencialidad de los datos recogidos.

RESULTADOS

Incluimos un total de 68 pacientes. Los individuos de la muestra fueron mujeres de edades comprendidas entre 19 y 46 años, siendo mayoritario el grupo de edad de 30 a 38 años (51%). La distribución de los apósitos era homogénea entre los grupos de edad.

Encontramos un 27% de las pacientes con el factor de riesgo IQ previa (cesárea), factor de riesgo medio de complicación del sitio quirúrgico y en el mismo porcentaje el factor de riesgo bajo de índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m².

De las 68 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se tuvieron que descartar las que no tenían registrada información de las variables estudiadas en su historia clínica. Por tanto, la *n* varía según la información que se encontró registrada de cada variable, como se observa en las tablas 1 y 2.

Al comparar las diferentes variables sobre las prestaciones de cada tipo de apósito no observamos diferencias estadísticamente significativas (tablas 1 y 2).

El porcentaje de apósitos con una adherencia buena fue superior en los apósitos A, el 64 frente al 45,5% del apósito B. La absorción no adecuada se produjo en mayor medida en los apósitos B (16,7 y 3,4%, respectivamente), al igual que los casos de aparición de eritema en la piel perilesional (8,3 y 3,4%, respectivamente) (tabla 1).

Respecto a la adherencia, aunque no es estadísticamente significativo, sí que podríamos decir que el apósito A es un 40% mejor que el B o es

Tabla 2. Comparación de variables apósitos

		Apósito A	Apósito B	p
Adherencia	Buena	16	10	0,248
	Regular o insuficiente	9	12	
Absorción	Buena	26	19	0,167
	No adecuada	1	4	
Perilesión íntegra	Sí	23	20	0,660
	No	2	3	
Perilesión macerada	Sí	1	1	1,000
	No	24	22	
Perilesión eritematosa	Sí	1	2	0,601
	No	24	21	

Prueba exacta de Fisher.

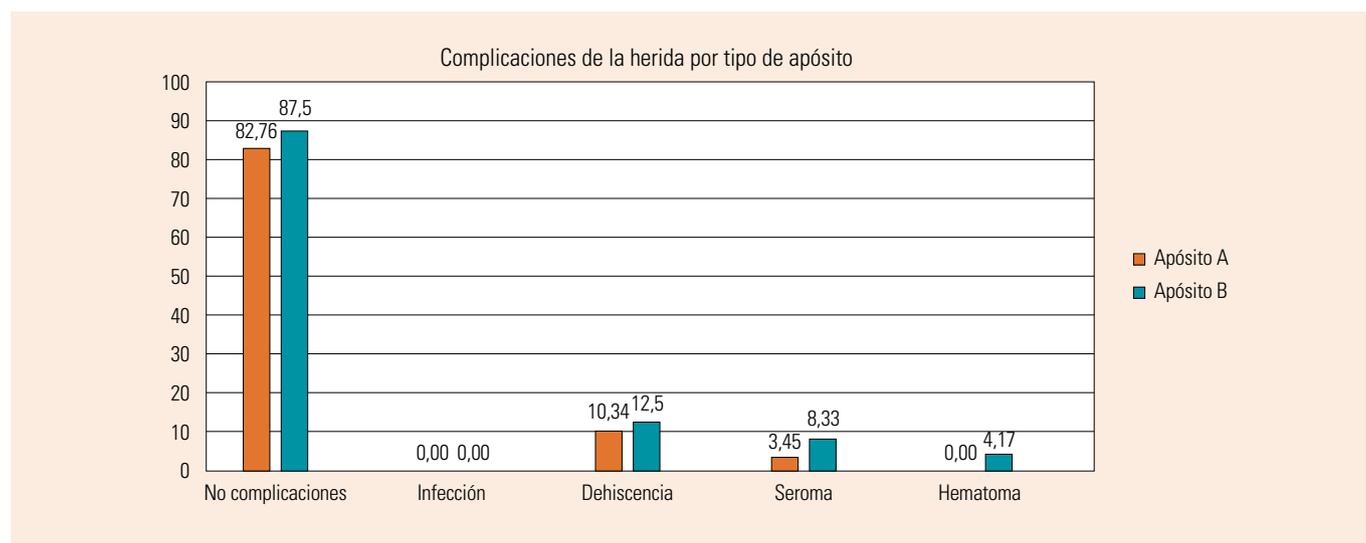


Figura 1. Complicaciones de la herida quirúrgica por tipo de apósito.

un 40% más probable que no se despegue comparado con el apósito B (RR: 1,4; el intervalo de confianza —IC— de esta variable es 2,4).

Durante su utilización se registró el dolor y los 2 apósitos consiguieron valores similares inferiores a 3, según los registros de enfermería de la escala EVA durante el ingreso. Alguna paciente verbalizó sentir menos dolor que con la cura tradicional que recibió en la cesárea previa. No hay registros suficientes para valorar el dolor en la retirada del apósito.

La diferencia más importante referente al estado de la piel perilesional a la retirada del apósito fue en el eritema, que apareció en el doble de casos con el uso del apósito B.

La mayor parte de la población de la muestra no presentó ninguna complicación según los registros consultados (fig. 1).

Los 2 casos de dehiscencia que se desarrollaron sin ninguna otra complicación añadida eran pacientes tratadas con el apósito A.

La complicación de hematoma se produjo en un solo caso, en una paciente portadora del apósito B, quien también sufrió dehiscencia de la herida.

No se infectó ninguna de las heridas abdominales.

A través de este estudio, además de poder analizar los datos referentes a las prestaciones de los apósitos, hemos obtenido otros datos relevantes que hemos considerado analizar.

Estos datos son los factores de riesgo de padecer complicación de la herida quirúrgica que presentaban algunas de las pacientes, factores incluidos en el protocolo de cura en ambiente húmedo en herida quirúrgica cerrada de nuestro centro hospitalario (2018, actualizado en 2023). Analizamos si estos factores estaban relacionados o no con la aparición de complicaciones de la herida quirúrgica.

Los factores de riesgo estudiados (fig. 2), los más relevantes según la bibliografía, son: hipertensión, IQ previa en la zona, EPOC, IMC > 25 kg/m², tabaquismo, diabetes, anemia (hemoglobina previa a la intervención quirúrgica inferior a 11 g/dl) y etnia africana.

Aparecieron 10 complicaciones, en 6 pacientes (algunas han tenido más de una simultáneamente), según los factores de riesgo valorados son:

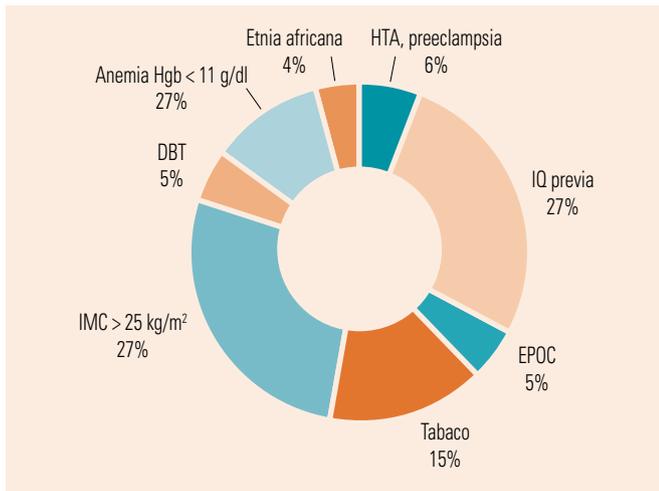


Figura 2. Factores de riesgo de complicación de la herida quirúrgica.

DBT: diabetes; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; IQ: intervención quirúrgica.

- De las 15 pacientes con el factor de riesgo de IQ previa: 2 desarrollaron dehiscencia y seroma, y 1 solo dehiscencia.
- De las 8 pacientes fumadoras 1 sufrió dehiscencia y seroma.
- De 15 pacientes con IMC > 25 kg/m² solo 1 padeció dehiscencia.
- De las 6 pacientes con anemia, 1 sufrió dehiscencia de la herida.
- De 3 pacientes con diabetes y 2 de etnia africana, ninguna sufrió complicaciones.
- 1 paciente sin factores de riesgo sufrió una dehiscencia con hematoma de la herida.

Aunque la bibliografía nos indica que existen unos factores de riesgo que predisponen a padecer complicaciones en la herida quirúrgica, el análisis de los datos nos indicó que ninguno de los factores de riesgo tiene una relación estadísticamente significativa con la aparición o no de complicaciones en la herida quirúrgica (tabla 3).

DISCUSIÓN

Podemos decir que los 2 apósitos cumplen sus funciones como apósito de CAH, es decir, favorecen la cicatrización de la herida aportando el grado de humedad óptimo en ella y así previenen la aparición de complicaciones de la herida quirúrgica.

Los 2 apósitos demostraron tener buena capacidad de absorción. La absorción inadecuada del apósito podía implicar la maceración de la herida, y aunque el apósito B tubo un 16,7% de casos de absorción no adecuada, solamente se dio 1 caso de maceración en este grupo.

Los casos de eritema que aparecieron en las pacientes con apósito B se podrían relacionar con la absorción inadecuada de este apósito o con el tipo de adhesivo o silicona del producto.

La facilidad en su colocación no era una variable del estudio, pero las enfermeras del área quirúrgica nos verbalizaron que el apósito A se aplicaba con mayor comodidad que el B, pese a que los 2 apósitos disponen de 3 pestañas para facilitar su colocación.

No podemos afirmar que las complicaciones ocurridas sean debidas a la utilización de un apósito u otro (no encontramos diferencias signifi-

Tabla 3. Análisis factores de riesgo y complicaciones

	Sin complicaciones	Con complicaciones	p
n	45	6	—
HTA	3	0	0,514
IQ previa	10	3	0,142
EPOC	3	0	0,514
IMC > 25 kg/m ²	14	1	0,466
Tabaco	7	1	0,944
Diabetes	3	0	0,514
Anemia	4	1	0,547
Etnia africana	2	0	0,598

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; IQ: intervención quirúrgica.

Test estadístico: chi-cuadrado y t de Student.

cativas), ya que influyen otros elementos como son los factores de riesgo de cada paciente.

Según los estudios y la bibliografía consultada, la cirugía abdominal tratada con apósitos convencionales (no interactivos o de cura seca) tiene una prevalencia de infección del 7,9%, de dehiscencia del 2 al 5,5% y de seroma del 12,4% en laparotomías y está directamente relacionado con los factores de riesgo. En nuestro estudio se demostró que usar un apósito interactivo reduce la prevalencia de complicaciones, según las recomendaciones de las guías y documentos de consenso consultadas. Como consta en la tabla 1 no se observó infección de la herida, el seroma solo fue del 5,6% y el hematoma del 1,9%. La dehiscencia de la herida, que en nuestro estudio sí superó la prevalencia citada (11,7%), se produjo en pacientes que no sufrieron infección del sitio quirúrgico, como se afirma en mucha de la bibliografía consultada. Es por ello que se deberían estudiar más profundamente otras causas de las dehiscencias para desmitificar que las dehiscencias son una consecuencia de la infección de la herida quirúrgica.

CONCLUSIONES

Si bien la muestra del estudio es reducida, nuestro estudio sugiere que los 2 apósitos comparados cumplen con el propósito de un apósito posquirúrgico.

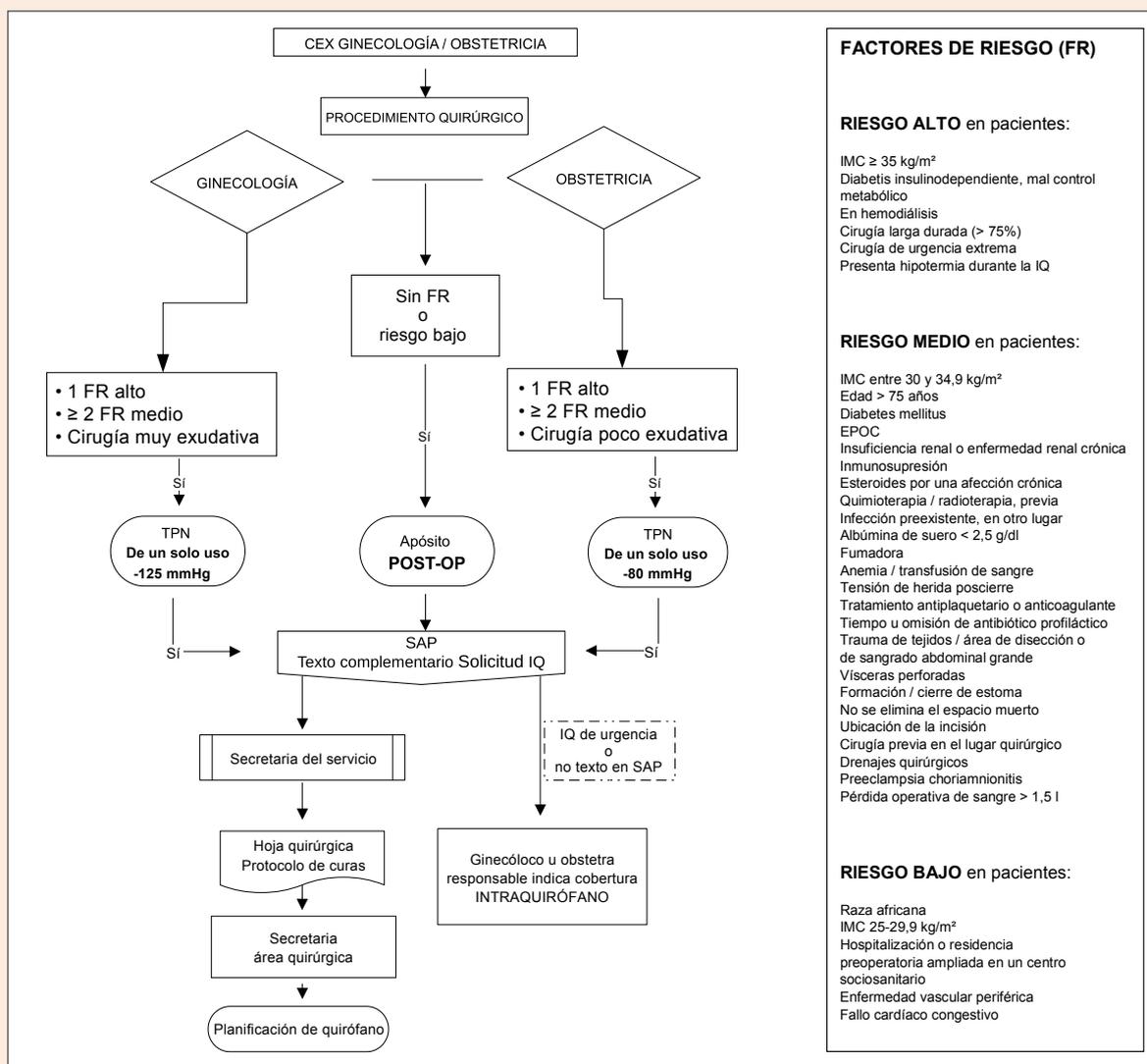
No hemos podido observar diferencias clínicamente relevantes en las prestaciones técnicas de los dispositivos, por lo que podemos recomendar los 2 apósitos por igual en la actualización de los protocolos de cura de herida quirúrgica.

Aunque no existan diferencias estadísticamente significativas, sí observamos en nuestro estudio una asociación entre el uso de un apósito posquirúrgico y la reducción de complicaciones del sitio quirúrgico, como la infección, el seroma y el estado de la piel perilesional.

En referencia al análisis y relación de los factores de riesgo con la aparición de complicaciones, podemos concluir que ninguno de los factores se puede considerar de riesgo o protector ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.



FACTORES DE RIESGO (FR)

RIESGO ALTO en pacientes:

- IMC ≥ 35 kg/m²
- Diabetes insulínica, mal control metabólico
- En hemodiálisis
- Cirugía larga durada (> 75%)
- Cirugía de urgencia extrema
- Presenta hipotermia durante la IQ

RIESGO MEDIO en pacientes:

- IMC entre 30 y 34,9 kg/m²
- Edad > 75 años
- Diabetes mellitus
- EPOC
- Insuficiencia renal o enfermedad renal crónica
- Inmunosupresión
- Esteroides por una afección crónica
- Quimioterapia / radioterapia, previa
- Infección preexistente, en otro lugar
- Albumina de suero < 2,5 g/dl
- Fumadora
- Anemia / transfusión de sangre
- Tensión de herida poscirre
- Tratamiento antiplaquetario o anticoagulante
- Tiempo u omisión de antibiótico profiláctico
- Trauma de tejidos / área de disección o de sangrado abdominal grande
- Visceras perforadas
- Formación / cierre de estoma
- No se elimina el espacio muerto
- Ubicación de la incisión
- Cirugía previa en el lugar quirúrgico
- Drenajes quirúrgicos
- Preeclampsia choriamnionitis
- Pérdida operativa de sangre > 1,5 l

RIESGO BAJO en pacientes:

- Raza africana
- IMC 25-29,9 kg/m²
- Hospitalización o residencia preoperatoria ampliada en un centro sociosanitario
- Enfermedad vascular periférica
- Fallo cardíaco congestivo

Anexo 1. Protocolo de curas del sitio quirúrgico. Ginecología-obstetricia.

CEX: consulta externa; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FR: factores de riesgo; IMC: índice de masa corporal; IQ: intervención quirúrgica; SAP: servicio de atención al paciente; TPN: terapia de presión negativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Dowsett C, Ferreira F, Ousey K, Sandy-Hodgetts K, Romanelli M, Djohan R, et al. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus Document. Surgical wound dehiscence: Improving prevention and outcomes. Wounds International; 2018. Disponible en: <https://woundsinternational.com/world-union-resources/consensus-document-surgical-wound-dehiscence-improving-prevention-and-outcomes/>
- Sandy-Hodgetts K, Tariq G, Nair HKR, Ousey K, Sandy-Hodgetts K, Djohan R, et al. International surgical wound complications advisory panel (ISWCAP) International best practice recommendations for the early identification and prevention of surgical wound complications. Wounds International; 2020. Disponible en: <https://woundsinternational.com/best-practice-statements/international-best-practice-recommendations-early-identification-and-prevention-surgical-wound-complications/>
- Conway B, McIsaac C, Tariq G, Nair H, Sandy-Hodgetts K, Romanelli M, et al. Optimizing prevention of surgical wound complications: Detection, diagnosis and prediction. Wounds International; 2022.
- Wikblad K, Anderson B. A comparison of three wound dressings in patients undergoing heart surgery. Nurs Res. 1995;44:312-6.
- López-De los Reyes R, Vives-Rodríguez E, Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, Delgado-Fernández R, Sanmartín-Castrillón R, et al. Aplicación de la técnica Möldal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. Enferm Dermatol. 2014;21:7-14.
- Jiménez-Fernández MP. Cambio de cura tradicional a cura möldal en una unidad de enfermería quirúrgica. Enferm Dermatol. 2016; 29:19-26.
- López-De los Reyes R, Vives-Rodríguez E, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Guía práctica de la herida quirúrgica aguda [Guía práctica n.º 6]. En: Rumbo-Prieto JM, Raña-Lama CD, Cimavela-Álvarez MB, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia: Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
- Tiscar-González V, Menor-Rodríguez MJ, Rabadán-Sainz C, Fraile-Bravo M, Styche T, Valenzuela-Ocaña FJ, et al. Eficiencia de un apósito innovador en la cura de heridas: reducción de la frecuencia de cambio y del coste semanal por paciente. Gerokomos. 2020; 31(spe 1):2-11.
- Morenilla-Gandía F. Eficacia de la cura en ambiente húmedo frente a la cura seca en pacientes operados de sinus pilonidal. Revisión sistemática. Enferm Dermatol. 2023;17:23-40.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus Document. Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT. Wounds International; 2016.
- Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline [NG125] April 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
- Groenen H, Jalalzadeh H, Buis DR, Dreissen YEM, Goosen JHM, Griekspoor M, et al. Incisional negative pressure wound therapy for the prevention of surgical site infection: an up-to-date meta-analysis and trial sequential analysis. eClinicalMedicine. 2023; 62:102105.
- Jeffery S, Leaper D, Armstrong D, Lantis J. Using negative pressure wound therapy to prevent surgical site infection. J Wound Care. 2018;27(Sup3):S5-13.
- Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536404/>