



IV Edición del Concurso de Casos Clínicos sobre el abordaje en el cuidado del paciente urológico

Título: Higiene antiséptica y cuidado enfermero de una herida quirúrgica genital compleja tras postectomía en un paciente con liquen escleroso.

Autor/es: Lafuente Pisón, Rosa M^a; Álvarez Alonso, Roberto; Ruiz Ruiz, M^a Pilar; Hernández Romero, Belén; Valente Hernández, Cristina; Cubillo Miguel, Natalia.

Filiación 1r autor: Enfermera de la Consulta de Urología del Hospital Universitario Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria. SACYL.

Palabras claves: “Liquen Escleroso; Postectomía; Herida Quirúrgica; Cuidados de Enfermería; Infección de la Herida Quirúrgica; Higiene”.

1. Resumen:

El liquen escleroso genital es una dermatosis inflamatoria crónica y esclerosante que causa fimosis cicatricial y balanitis de repetición, y motiva con frecuencia la postectomía. La cicatrización en esta localización es difícil por la tensión de las erecciones, la contaminación urinaria y la reaparición de adherencias. Se presenta el caso de un varón de 70 años intervenido mediante incisión del anillo fimótico y liberación de adherencias balanoprepuciales, con cierre parcial por segunda intención, cuya evolución se complicó con dehiscencia, recidiva de adherencias e infección de la herida por *Klebsiella oxytoca*. El plan de cuidados enfermero (centrado en la higiene antiséptica con gel **Urogelus®** en cada cura, el control del dolor, la selección secuencial de apósitos, el sondaje vesical temporal, el manejo de la hipergranulación y la educación para el autocuidado) logró el cierre completo de la herida en 22 sesiones de cura, sin nuevas cirugías reconstructivas.



2. Introducción:

El liquen escleroso genital (antes denominado balanitis xerótica obliterante) es una dermatosis inflamatoria crónica de etiología no completamente conocida que afecta a la piel del glande y el prepucio. Su evolución cicatricial produce esclerosis y sinequias balanoprepuciales, y constituye una causa frecuente de fimosis adquirida y de balanitis de repetición en el varón adulto, pudiendo afectar al meato y a la uretra¹. Cuando la fibrosis está establecida y el tratamiento tópico con corticoides resulta insuficiente, se indica la postectomía o circuncisión, que suele ser resolutive, si bien las circuncisiones parciales se asocian a mayor tasa de recidiva^{1,2}. La cicatrización de las heridas en la región genital plantea retos específicos: difícil inmovilización, tracción por las erecciones, exposición continua a la humedad y a la orina, y tendencia a la reaparición de adherencias sobre tejido alterado por el liquen escleroso. Además, comorbilidades como la diabetes mellitus favorecen la dehiscencia y la infección de la herida quirúrgica, lo que obliga a un seguimiento enfermero estrecho y prolongado. Para la limpieza de estos tejidos puede utilizarse un gel específico de higiene urogenital como **Urogelus®**, formulado con aceite del árbol del té al 1% (*Melaleuca alternifolia*), extracto de algas y extracto de manzanilla, con pH fisiológico. El aceite del árbol del té presenta una actividad antimicrobiana de amplio espectro y propiedades antiinflamatorias y favorecedoras de la cicatrización documentadas en la literatura^{3,4}, aunque la evidencia procedente de ensayos clínicos sigue siendo limitada⁵. Estas propiedades, junto con su efecto epitelizante y calmante, hacen del producto una opción razonable para la higiene diaria de una herida genital expuesta y propensa a la contaminación.

El caso se redacta siguiendo las recomendaciones de la guía CARE para la comunicación de casos clínicos⁶ y el plan de cuidados se estructura con la taxonomía NANDA-NOC-NIC⁷.

Objetivo: describir el proceso de atención enfermera del cuidado de una herida quirúrgica genital compleja tras postectomía en un paciente con liquen escleroso, a lo largo de 22 sesiones de cura.



3. Presentación del caso clínico:

Varón de 70 años que acudió a la consulta de Urología por balanitis de repetición. En la exploración se objetiva un cuadro compatible con liquen escleroso, con anillo fimótico esclerótico sobre una circuncisión previa y sinequias balanoprepuciales, por lo que se incluye en lista de espera quirúrgica para postectomía. El 05/03/2026 se interviene bajo anestesia local con mepivacaína al 2%. Se realiza incisión del anillo fimótico esclerótico y exposición del glande; se identifican múltiples adherencias que cubren parcialmente el glande y la cara anterior del meato uretral, que se liberan mediante tracción digital y disección. La intervención resulta dificultosa por la sinequia y la fibrosis secundaria al liquen escleroso; el meato uretral queda funcionalmente indemne. Por la tensión del tejido y dado que el paciente refiere erecciones diarias, se aproxima únicamente la piel dorsal proximal con tres puntos de poliglactina rápida 3/0 y se deja el resto de la herida para cierre por segunda intención, con cobertura de gasa grasa (tipo Tulgrasum®) y vendaje. La primera cura de enfermería se realizó en Atención Primaria el 08/03/2026. El 13/03/2026 colocaron una sonda vesical de látex para evitar humedad y contaminación de la herida. Con fecha 20/03/2026 la consulta de Urología de referencia asume el seguimiento del caso por mala evolución.

3.1. Datos del paciente: Antecedentes de importancia del paciente:

- Sin alergias medicamentosas conocidas (refiere alergia estacional).
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Dislipemia.
- Hernioplastia umbilical.
- Circuncisión previa.

3.2. Valoración: Modelo de las 14 necesidades de V. Henderson.

Antes de la intervención el paciente era autónomo para todas las actividades básicas de la vida diaria. Tras la cirugía se ven alteradas algunas necesidades:

- **Comer y beber / eliminación:** autónomo; diabetes mellitus tipo 2 que condiciona la cicatrización de la herida / micción conservada, con contaminación urinaria del apósito y en consecuencia de la herida que motiva un sondaje vesical temporal para mantener seca la zona.
- **Higiene e integridad de la piel:** integridad cutánea parcialmente destruida en la zona quirúrgica, con herida de cierre por segunda intención y piel con signos de liquen escleroso; precisa higiene antiséptica específica.
- **Moverse / evitar peligros (seguridad):** las erecciones diarias generan tensión sobre la herida y favorecen la dehiscencia; dolor intenso en las curas y liberaciones que precisa anestesia local; riesgo de infección por herida abierta, humedad y diabetes.
- **Comunicación / sexualidad y aprender:** localización genital con posible repercusión emocional y sexual; paciente colaborador que necesita información sobre el cuidado de la herida, el autocuidado al alta y los signos de alarma.

3.3. Plan de cuidados

3.3.1. Fase diagnóstica:

Diagnósticos médicos:

- Liquen escleroso genital (balanitis xerótica obliterante).
- Fimosis cicatricial sobre circuncisión previa con sinequias balanoprepuciales.
- Infección de la herida quirúrgica por *Klebsiella oxytoca*.

Diagnósticos enfermeros (NANDA-I):

- **[00044] Deterioro de la integridad tisular** relacionado con (r/c) humedad (contaminación urinaria) y alteración del estado metabólico (diabetes), evidenciado por (e/p) herida con cierre por segunda intención.
- **[00004] Riesgo de infección** r/c herida abierta, humedad continua, diabetes y procedimientos repetidos.
- **[00126] Conocimientos deficientes** sobre el cuidado de la herida, la higiene de la zona y los signos de alarma, r/c falta de exposición a la información.
- **Complicación potencial: Dolor agudo** secundario a intervención quirúrgica postectomía y a la realización de curas.

3.3.2. Fase planificación:

Tratamiento médico tras el cultivo de herida (*Klebsiella oxytoca* sensible a ceftriaxona, gentamicina, ciprofloxacino y cotrimoxazol): antibioterapia vía oral dirigida con cotrimoxazol 160/800mg (1 comprimido vía oral cada 12 h, durante 10 días), corticoterapia oral en pauta descendente y corticoide-antibiótico tópico de betametasona-gentamicina (Diprogenta®).

El plan de cuidados enfermero se estructuró con la taxonomía NANDA-NOC-NIC^{7,8,9} en torno a tres ejes (integridad tisular, control del dolor y prevención de la infección) e incorporó la higiene antiséptica con gel Urogelus® en cada cura:

- **Deterioro de la integridad tisular** → NOC (1103) Curación de la herida: por segunda intención; (1101) Integridad tisular. NIC (3660) Cuidados de las heridas; (3440) Cuidados del sitio de incisión; (3590) Vigilancia de la piel; (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico, e higiene antiséptica con Urogelus®.
- **Riesgo / infección de la herida quirúrgica** → NOC (0703) Severidad de la infección. NIC (6540) Control de infecciones; (6550) Protección contra las infecciones; (2300) Administración de medicación; toma de cultivo de herida.

- **Conocimientos deficientes** → NOC (1824) Conocimiento: cuidados en la enfermedad.
NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad; (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento; educación para el autocuidado al alta.

3.3.3. Fase ejecución:

Higiene antiséptica con Urogelus®: modo de empleo y duración

Como pilar de la higiene de la zona, antes de cada cura se realizó la limpieza de la región genital y de la herida quirúrgica con gel **Urogelus®**: se aplicó una pequeña cantidad de gel generando espuma sobre la zona, se dejó actuar 2-3 minutos para potenciar el efecto calmante y antiséptico y se aclaró con abundante suero salino fisiológico al 0,9 %¹⁰. Esta higiene con **Urogelus®** se mantuvo en todas las curas desde el 27/03/2026 hasta el 11/06/2026, fecha del alta, aproximadamente 11 semanas.

Tras la retirada de la sonda (02/06/2026) se instruyó al paciente para continuar el autocuidado domiciliario mediante baños de asiento aproximadamente cada 8 horas, lavándose él mismo con **Urogelus®** (retrayendo el prepucio) y povidona yodada, con secado posterior de la zona, pauta que mantuvo hasta el alta.

El proceso requirió 22 sesiones de cura entre el 08/03 y el 11/06/2026. La primera cura (08/03) se realizó en Atención Primaria (AP); presentaba herida distal con áreas de esfacelo, zona necrótica y pequeña cantidad de tejido de granulación (material utilizado en dicha cura no documentado). El paciente no era portador de sondaje vesical (Imagen 1). El 13/03 se colocó una sonda vesical de látex para mantener seca la zona. El 20/03, al asumir el caso la consulta de Urología de referencia, se tomó cultivo de la herida. Dicho cultivo confirmó la infección por *Klebsiella oxytoca* y se realizó desbridamiento quirúrgico (bisturí) del esfacelo y de la zona necrótica y se cubre con hidrofibra con plata (Aquacel® Ag) y alginato (Cutimed® Alginate) (Imagen 2).

El 27/03 se introdujo la higiene con **Urogelus®** y se cambió la sonda por una de silicona. En las semanas siguientes se asoció colágeno (Cutimed® Epiona), polvos hidrocoloides de urostomía (Brava® Coloplast) y alginato (Cutimed® Alginate), con una



mejoría marcada del lecho a comienzos de abril (06/04) (Imagen 3). Posteriormente, ante un estancamiento de la cicatrización (21/04) (Imagen 4) se añadió corticoterapia oral en pauta descendente y crema tópica de betametasona-gentamicina (Diprogenta®), con nueva progresión de la re-epitelización. El 30/04 apareció un tejido de hipergranulación (Imagen 5), por lo que se retiró el alginato y se mantuvo **Urogelus®** con colágeno; posteriormente se reincorporaron los polvos de ostomía (hidrocoloide secante). A lo largo de mayo la re-epitelización fue prácticamente completa.

La sonda de silicona se recambió el 05/05 con la toma del mismo antibiótico oral profiláctico (Imagen 6). Se decide la retirada definitiva de la sonda el 02/06 (Imagen 7), iniciándose la transición al autocuidado domiciliario. El paciente realiza de forma autónoma el lavado cada 8 horas aproximadamente, con **Urogelus®**. El 11/06 tras la última cura, fue dado de alta (Imagen 8), manteniendo el uso de **Urogelus®** para su higiene íntima de forma permanente.

La cronología completa se resume en la Tabla 1, en el Anexo.

3.3.4. Fase *evaluación*:

La infección por *Klebsiella oxytoca* quedó controlada con la antibioterapia dirigida. El dolor se mantuvo controlado durante las curas gracias a la anestesia local, lo que permitió la limpieza exhaustiva de la herida y las liberaciones de adherencias. La herida evolucionó hacia el cierre completo por segunda intención: se retiró la sonda vesical el 02/06 y, en el alta del 11/06, el glande estaba totalmente revitalizado, con coloración normal y surco balanoprepucial bien definido, con buen resultado estético y funcional. El paciente adquirió autonomía para el autocuidado de la zona y no precisó nuevas intervenciones quirúrgicas reconstructivas.

4. Discusión:

Este caso ilustra la complejidad del cuidado de las heridas genitales en el paciente con liquen escleroso. La esclerosis y la fibrosis del tejido explican tanto la dificultad técnica de la

intervención como la tendencia del surco a re-adherirse¹. A ello se sumaron la tensión por las erecciones, la contaminación urinaria continua y la diabetes, factores reconocidos de dehiscencia e infección de la herida quirúrgica. La actuación enfermera fue decisiva: selección secuencial del apósito en función de la fase de la herida (alginato/alginato de plata, colágeno y polvos hidrocoloides), control del dolor con anestesia local, prevención de la contaminación con el sondaje vesical temporal, manejo específico de la hipergranulación retirando el alginato y añadiendo corticoterapia, detección precoz de la infección mediante cultivo y educación para el autocuidado.

La higiene antiséptica con **Urogelus®**, mantenida durante todo el proceso, se fundamenta en las propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias y epitelizantes del aceite del árbol del té^{3,4}; no obstante, la evidencia clínica⁵ precisa de más datos, por lo que la aportación de este caso debe interpretarse como un componente más de un plan de cuidados integral. Como limitaciones, se trata de un caso único y observacional, no generalizable; su valor reside en aportar una secuencia de cuidados reproducible y una transición ordenada al autocuidado en una situación clínica poco frecuente.

5. Conclusiones:

- La herida de postectomía en el paciente con liquen escleroso es una herida de alto riesgo de dehiscencia e infección que requiere un seguimiento multidisciplinar y la valoración enfermera constante e individualizada de la herida para la realización adecuada de las curas.
- La selección secuencial del apósito según la fase de la herida (incluido el manejo específico de la hipergranulación) y la gestión de la humedad mediante sondaje temporal fueron determinantes en la evolución.
- El lavado genital con gel Urogelus®, con efecto antiséptico, calmante y reparador, se integró como pilar de la higiene de la herida y en el autocuidado al alta, acompañando una cicatrización completa por segunda intención sin cirugía reconstructiva.



- La educación para el autocuidado y la coordinación entre Urología, hospitalización y atención primaria garantizaron la continuidad de los cuidados.

Aspectos ético-legales

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la utilización de sus datos clínicos e imágenes con fines docentes y de difusión. La información se ha anonimizado y tratado conforme al Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y a la normativa nacional de protección de datos.

Agradecimientos

- Al paciente, por su voluntariedad, paciencia y colaboración.
- A todo el equipo médico y enfermero del Servicio y Consulta de Urología.

Se declara no tener conflicto de intereses financieros ni personales.

6. Referencias bibliográficas:

1. Carocci K, Leslie SW, Hughes EC, McIntosh GV. Balanitis Xerotica Obliterans (Male Penile Lichen Sclerosus). InStatPearls [Internet] 2024 Dec 11. StatPearls Publishing. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK567770/>
2. Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS, Bunker CB, Kumar A, Brackenbury F, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. British Journal of Dermatology. 2018 Apr 1;178(4):839-53. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjd/article/178/4/839/6602656>
3. Carson CF, Hammer KA, Riley TV. Melaleuca alternifolia (Tea Tree) oil: a review of antimicrobial and other medicinal properties. Clin Microbiol Rev. 2006;19(1):50-62. Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/cmr.19.1.50-62.2006>
4. Chin KB, Cordell B. The effect of tea tree oil (Melaleuca alternifolia) on wound healing using a dressing model. J Altern Complement Med. 2013;19(12):942-945. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1089/acm.2012.0787>



5. Kairey L, Agnew T, Bowles EJ, Barkla BJ, Wardle J, Lauche R. Efficacy and safety of *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil for human health—A systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in pharmacology*. 2023 Mar 24;14:1116077. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37033604/>

6. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Med Case Rep*. 2013;7:223. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24266334/>

7. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-Valle J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm*. 2011;20(1-2):111-115. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100023&script=sci_arttext&lng=en

8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026. 13.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2021. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=N8wtEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Herdman+TH,+Kamitsuru+S,+Lopes+CT,+editores.+NANDA+International.+Diagn%C3%B3sticos+enfermeros:+definiciones+y+clasificaci%C3%B3n+2021-2023.+12.%C2%AA+ed.+Barcelona:+Elsevier%3B+2021.+&ots=i0SB3EAjoH&sig=XTuJ9z478X8a8ONEuDS6wWnd8xQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

9. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018. / Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

10. Devicare. Urogelus®, gel para la higiene urológica (CN 177957.1) [Internet]. [Consultado el 26 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.devicare.com/es/higiene-intima/urogelus.html>

7. Anexos

Anexo I: Imágenes



Imagen 1: Primera cura en AP tras intervención quirúrgica. Cura no documentada.



Imagen 2: Primera cura en la Consulta de Urología (4ª cura del total realizadas).



Imagen 3: Cambio de sonda a silicona (8ª cura).



Imagen 4: Estancamiento de la evolución (21/04/26) (cura nº12).



Imagen 5: Hipergranulación.



Imagen 6: De nuevo, cambio de sonda vesical (05/05)



Imagen 7: Retirada definitiva de sonda vesical (02/06)



Imagen 8: Última cura. Alta el 11/06/26



Anexo II:

Tabla 1. Cronología de las 22 sesiones de curas realizadas. Fuente: elaboración propia

Fecha	Cura enfermera / productos	Evolución de la herida
08/03/26	1ª cura tras postectomía en AP (producto de cura no documentado). Sin sonda vesical.	Herida distal con granulación roja y áreas de esfacelo/fibrina y necrótica. Sutura visible; exudado.
20/03/26 ★	La consulta de Urología asume el caso (4ª cura. Las 3 anteriores en AP). Portador de sonda de látex (desde el 13/03). Cultivo: Klebsiella oxytoca. Desbridamiento cortante (bisturí); Aquacel® Ag + Cutimed® Alginate.	Esfacelo y zona necrótica sobre lecho de granulación; exudado.
27/03/26 ★	Inicio de UROGELUS® (lavado de la herida) + Aquacel® Ag + venda cohesiva. Cambio de sonda a silicona.	Granulación con fibrina. Piel perilesional eritematosa.
30/03/26	UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos de urostomía + Cutimed® Alginate + venda cohesiva.	Granulación con esfacelo amarillento; exudado.
01/04/26	Misma cura	

06/04/26	UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos + Cutimed® Alginate + venda.	“Gran cambio”: lecho limpio, granulación sana y vascularizada.
09/04/26	Misma cura	
14/04/26	Igual (UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos + Cutimed® Alginate + venda).	Continúa la mejoría. Bordes en re-epitelización.
17/04/26	Misma cura	
21/04/26	UROGELUS® + Cutimed® Alginate + venda.	Cicatrización estancada, se decide añadir corticoterapia.
24/04/26	UROGELUS® + Diprogenta® (corticoide tópico) + Cutimed® Alginate + venda.	Mayor reepitelización; granulación menos exuberante.
27/04/26	Igual (UROGELUS® + Diprogenta® + Cutimed® Alginate + venda).	Progresas la re-epitelización.
30/04/26	UROGELUS® + Cutimed® Epiona + venda (se retira el alginato).	Hipergranulación / sobreganulación del lecho.
05/05/26	Misma cura. Recambio de sonda de silicona el 05/05	
08/05/26	UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos + venda.	Mejora; persiste zona cruenta distal periuretral.
11/05/26	Igual (UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos + venda).	Re-epitelización muy avanzada.

19/05/26	Igual (UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos + venda).	Re-epitelización casi completa.
27/05/26	UROGELUS® + Cutimed® Epiona + polvos + venda.	Casi cicatrizada; epitelio nuevo en casi toda la superficie.
02/06/26 ★	UROGELUS®. RETIRADA definitiva de la sonda. Educación: autocuidado con baños de asiento (≈ cada 8 h) y lavado con UROGELUS®.	Re-epitelización prácticamente completa; apta para manejo autónomo.
11/06/26 ★	Autocuidado del paciente: lavado con UROGELUS®. ALTA.	Cicatrización completa; buen resultado estético y funcional.

NOTA: ★ hitos del proceso