

CAMBIO DE CURA TRADICIONAL A CURA MÖLNDAL EN UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

CHANGE OF TRADITIONAL CURE TO MÖLNDAL CURE IN A SURGICAL NURSING UNIT

Autora: M^a Purificación Jiménez Fernández

Enfermera. Supervisora del Servicio de Urología. Hospital Universitario Donostia, OSI Donostialdea. Área Sanitaria de Gipuzkoa, Osakidetza

Contacto: mariaapurificacion.jimenezfernandez@osakidetza.eus

Fecha de recepción: 15/07/2016

Fecha de aceptación: 24/11/2016

RESUMEN

Objetivo: Comparar la “técnica Mölndal modificada” (Mö) frente a la “técnica tradicional” (TR) para determinar la calidad de la cicatrización de las heridas quirúrgicas (presencia de complicaciones), el grado de confort del paciente y la reducción de la carga de trabajo de enfermería.

Metodología: Estudio experimental, abierto, longitudinal y prospectivo sin grupo control. Dos muestras de pacientes que presentaron herida quirúrgica a seguimiento por la Unidad de Urología de la OSI Donostialdea. Seguimiento de 4 semanas.

Resultados: Los pacientes del Grupo Mö no presentaron enrojecimiento, irritación o alguna lesión cutánea en perihierida, si el 50% de los pacientes del Grupo TR. La incomodidad o molestia en el Grupo Mö resultó ser un 47 % inferior al del Grupo TR. El 35% de los pacientes del Grupo TR precisaron cura de la herida quirúrgica por parte de la enfermera de Primaria frente al 5,5% del Grupo Mö.

Conclusión: El grupo Mölndal aumentó el nivel de confort, disminuyó la carga de trabajo de enfermería y mantuvo mejores niveles de calidad en la cicatrización. Se considera muy recomendable utilizar la Mölndal tanto si se inicia en Quirófano como en Unidad Hospitalaria.

Palabras clave: Herida quirúrgica, técnica Mölndal, cuidados de enfermería

ABSTRACT

Objective: To compare the “modified Mölndal technique” (Mö) versus “traditional technique” (TR)

to determine the quality of surgical wound healing (presence of complications), patient comfort level and reduction of Nursing workload.

Methodology: Experimental, open, longitudinal and prospective study without control group. Two samples of patients who presented surgical wound to follow up by the Unit of Urology of the OSI Donostialdea. Follow up for 4 weeks.

Results: The patients in the Mö Group did not present redness, irritation or any skin lesion in perihierid, if 50% of the patients in the TR Group. The discomfort or discomfort in the Mö Group was 47% lower than that of the TR Group. Thirty-five percent of patients in the TR Group required surgical wound healing by the primary nurse compared to 5.5% of the Mö Group.

Conclusion: The Mölndal group increased the level of comfort, decreased the nursing workload and maintained better quality levels in the healing. It is considered highly recommended to use the Mölndal whether it starts in Hospital or Hospital Unit.

Key words: Surgical wound, Mölndal technique, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La técnica Mölndal, descrita por primera vez por Agnetha Folestad (2002)⁽¹⁾, tiene como finalidad el evitar complicaciones en el proceso de cicatrización de heridas quirúrgicas (previniendo la infección, formación de flictenas en la piel perilesional, maceración o dehiscencia), promover el confort en el paciente (reduciendo los cambios de apósito y permitiendo una higiene corporal sin limitación debida a la herida quirúrgica) y optimi-

zar los recursos sanitarios (mejorando el coste-efectividad, disminuyendo el tiempo y carga de trabajo de enfermería). Actualmente, esta técnica goza en nuestro entorno de buena aceptación clínica y es utilizada de forma habitual en varios hospitales de nuestro país⁽²⁻⁵⁾, generalmente para la curación de heridas quirúrgicas intervenidas por cirugía ortopédica y traumatológica, siendo pocas o escasas las publicaciones que relacionan su aplicación en otros tipos de cirugía⁽⁶⁾.

En un reciente artículo publicado por López R. et al (2015)⁽⁶⁾, sobre una revisión bibliográfica de protocolos de aplicación de la técnica Mölndal para heridas quirúrgicas y drenajes en general, se describe lo que en opinión de los autores es considerado el mejor procedimiento para la aplicación de esta técnica, llegando a la conclusión de que la técnica Mölndal puede hacerse extensible a todo tipo de heridas quirúrgicas, como puede ser el caso de la cirugía limpia-contaminada o contaminada, bajo vigilancia estricta.

No obstante, la introducción de esta técnica, tal como está concebida en un gran hospital, puede representar un cambio de procedimiento sumamente complejo, debido a la gran cantidad de profesionales implicados en el cuidado del paciente quirúrgico, además de las reticencias que genera la incertidumbre de la privación de observación directa de la incisión. A la vista de esta situación, surgen las siguientes cuestiones, en comparación o no con la cura tradicional:

- La introducción de la técnica Mölndal en una unidad de enfermería quirúrgica sin implicar a otros servicios como quirófano, reanimación... ¿permitiría mantener los actuales niveles de calidad en la cicatrización de la herida quirúrgica en dicha Unidad?
- Por otro lado, teniendo en cuenta que la cura tradicional se realiza siguiendo un procedimiento "limpio" no estéril, y que modificar este aspecto de la cura en la unidad de enfermería aumentaría el tiempo dedicado al proceso y el coste del mismo, ¿se cumpliría la premisa anterior si además la técnica Mölndal se realizase bajo procedimiento limpio en vez de estéril (en adelante Mölndal modificada)?
- ¿En qué aspectos mejoraría el nivel de confort del paciente? Si un paciente conociese ambas técnicas (cura Mölndal y cura tradicional), ¿cuál preferiría?

- ¿Todas las heridas quirúrgicas serían susceptibles de beneficiarse de las ventajas de esta técnica? ¿La reducción en el número de curas sería tan significativa como para que esta propuesta resultase interesante al personal de enfermería de la Unidad?

Teniendo en cuenta las anteriores cuestiones, el presente estudio de investigación tuvo como objetivo el analizar el impacto de la aplicación de la "Técnica Mölndal modificada" en los niveles de calidad de cicatrización de las heridas quirúrgicas, analizar el grado de confort obtenido por el paciente con la técnica tradicional y la técnica Mölndal, y analizar si existe reducción en la carga de trabajo del personal de enfermería con la nueva técnica.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación: Estudio experimental, abierto, longitudinal y prospectivo.

Periodo y lugar de estudio: El estudio se realizó durante 8 semanas, entre mayo y julio de 2015. La distribución fue: En las primeras 4 semanas se observó la cicatrización de heridas quirúrgicas mediante la técnica tradicional (Grupo TR) y, en las 4 semanas siguientes por la técnica Mölndal (Grupo Mö), todos ellas referentes a pacientes ingresados en la Unidad de Urología de la OSI Donostialdea.

Muestra Poblacional:

- **Criterios de inclusión:** Cualquier paciente intervenido de cirugía urológica (no incluida en los criterios de exclusión) que presentase herida quirúrgica a seguimiento por la Unidad de Urología de la OSI Donostialdea, y que además, otorgase su consentimiento para realizar dicho estudio.
- **Criterios de exclusión:** Pacientes intervenidos de Cistectomía Radical y Bricker (se entendió que por la proximidad entre la conexión de la bolsa de urostomía y la herida quirúrgica, resulta difícil mantener adheridos los apósitos de film de poliuretano, no siendo indicada la cura Mölndal), así como, aquellos pacientes que no otorgasen su consentimiento o desistiesen de él.

También, fueron excluidos aquellos pacientes que por algún motivo personal o clínico no siguieron con la cura Mölndal, debido a ausencia, o a registro incompleto de datos

(los primeros dos días), en el cumplimiento del protocolo de cura establecido para este estudio.

Variables de estudio:

Se desarrolló un cuaderno de recogida de datos (CRD) a rellenar por el personal de enfermería de la unidad responsable de los pacientes. Tras el alta hospitalaria, a través de la historia clínica se obtuvo la fecha de retirada de puntos y a partir de la misma se les consultó en única llamada telefónica sobre las mismas variables consultadas durante el ingreso. Se determinaron las siguientes variables a estudio:

- *Dolor*: Se preguntó a diario a los pacientes sobre su nivel de dolor global según escala categórica verbal numérica (1 a 10, siendo 1 dolor nulo y 10 dolor máximo imaginable). Se les pidió este dato referido tanto a la herida quirúrgica en sí como a la zona periherida. A través de la llamada telefónica, se les pidió que recordasen si habían presentado dolor una vez dados de alta, así como la intensidad y duración del mismo (nº de días con dolor).
- *Enrojecimiento, irritación*: Este dato solo pudo obtenerse de ambos grupos a nivel de periherida, ya que en el Grupo Mö no puede observarse la herida directamente. La zona periherida, en cambio, sí es visible gracias al film de poliuretano. El enrojecimiento fue anotado durante cada día de ingreso y fue una de las cuestiones que se realizaron a los pacientes a través de la posterior llamada telefónica. Se graduó la intensidad del mismo mediante una escala verbal simple graduada en 4 niveles: Ninguno (=0), Leve (=1), Moderado (=2) Importante (=3).
- *Incomodidad o molestia*: Se consultó a los pacientes si sentían algún tipo de incomodidad o molestia relacionada con la herida quirúrgica o periherida en sí o con los apósitos, tanto durante el ingreso como durante su estancia en casa, hasta la retirada de los puntos de sutura. Se contabilizaron así mismo los días de incomodidad y el nivel de la misma en función de la siguiente escala verbal simple: Ninguna (=1); algo, un poco (=2); sí me molesta (=3); bastante (=4); mucho (=5).
- *Preferencia del paciente*: Los pacientes del Grupo TR solo conocieron la cura tradicional durante todo el proceso, por lo que no se les podía consultar con garantía de resultado fiable qué tipo de cura hubiesen preferido. Sin embargo, los pacientes del Grupo Mö conocieron la cura tradicional a partir del quirófano hasta ser cambiada por la Möndal modificada en la Unidad de Urología. Por tanto, durante la llamada telefónica se consultó a éstos qué tipo de cura preferirían si pudiesen elegir en otra ocasión.
- *Curas por proceso*: Se registró el número de curas que precisó cada proceso sumando las curas realizadas mientras permanecieron ingresados en la unidad y las realizadas tras el alta. Este último dato se obtuvo a través de consulta telefónica, preguntando si se habían realizado curas de la herida y con qué frecuencia. Finalmente, tanto a la cura tradicional como a la Möndal modificada se sumó una cura extra correspondiente a la realizada en el propio quirófano. Tras el alta, se contabilizó como cura cualquier cuidado dirigido a la herida, aunque no se colocase apósito. Dentro de este apartado, se diferenciaron las curas realizadas por protocolo de las realizadas por problemas de la herida o el apósito en sí (despegue, saturación u otros motivos).
- *Curas en Atención Primaria*: Se consultó a todos los pacientes si acudieron a realizarse curas en Atención Primaria, sin contar la visita necesaria para la retirada de puntos.
- *Datos poblacionales*: Edad y sexo.
- *Tipo de cirugía*: Se consideró que la localización o el tipo de cirugía podría tener relación con los resultados obtenidos en otras variables, por lo que se decidió determinar qué tipo de cirugía se había practicado al paciente. En concreto, se dudó sobre la conveniencia de incluir o no pacientes intervenidos de prostatectomía con técnica Millin, puesto que es relativamente frecuente que se conviertan en heridas quirúrgicas de evolución tórpida con importante débito.
- *Formación al personal de enfermería*: Se formó al personal de enfermería de la Unidad de Urología sobre el procedimiento para la correcta realización de la técnica Möndal modificada (según procedimiento recomendado exceptuando esterilidad) y se facilitó información escrita a modo de consulta. Se informó también sobre la correcta recogida de datos.
- *Consentimiento informado del paciente*: Se

elaboró un documento para la obtención del permiso del paciente para formar parte del estudio. Dicho documento fue entregado y explicado para la obtención del consentimiento en el momento previo a la realización de la primera cura en la Unidad.

- *Información/ colaboración del equipo médico:* Se informó al equipo médico de la nueva técnica y del inicio del estudio solicitando su colaboración en cuanto a la abstención de levantar los apósitos.

Recogida de datos:

Durante las 4 semanas establecidas entre mayo y junio de 2015 se recogieron los datos de las variables determinados por el CRD a todos los pacientes que cumplieron los criterios preestablecidos y aceptaron formar parte del estudio. Su herida quirúrgica fue curada según el método tradicional ^(Tabla 1).

Una vez dado de alta el paciente, mediante llamada telefónica se recabó información sobre la evolución de la herida y el disconfort percibido hasta la retirada de puntos. Durante las 4 semanas inmediatamente posteriores (entre junio y julio), se recogieron idénticos datos a todos los pacientes que cumplieron los criterios y que aceptando formar parte del estudio, fueron curados según la Técnica Möndal modificada ^(Tabla 1).

Dado que se decidió no implicar a otros servicios para implantar dicha técnica (quirófano, reanimación...), los pacientes, tras ser intervenidos y hasta llegar a la unidad, fueron curados según el método tradicional. En la primera cura que se realizó en la unidad, se cambió al procedimiento Möndal. Una vez dados de alta, los pacientes fueron llamados por teléfono para recabar idéntica información que a los del grupo anterior, añadiendo una pregunta sobre la preferencia de la técnica.

En total se incluyeron 51 pacientes en el estudio. Sin embargo, tras el análisis inicial de los datos se detectó que, en efecto, los pacientes intervenidos con técnica Millin precisaban frecuentes cambios de apósito tanto en el grupo Mö como en el TR alterando el comportamiento general de las variables, por lo que se excluyeron antes de finalizar el proceso de análisis de los datos. Como consecuencia de la retirada de estos casos, la población total del estudio disminuyó de 51 a 37 pacientes, quedando distribuidos de la siguiente manera:

- Población total a estudio: 37 pacientes
- Grupo "TR", cura tradicional: 19 pacientes
- Grupo "Mö", cura Möndal modificada: 18 pacientes

| TIPO DE CURA | PROCEDIMIENTO |
|-------------------------------------|---|
| Cura convencional o habitual | Cura diaria, limpia (no estéril), consistente en: limpieza con suero fisiológico (si precisa), desinfección con Clorhexidina acuosa al 0,5% y colocación de apósito de gasa. |
| Cura Möndal ⁽⁶⁾ | Se realiza en el propio quirófano. Tras la sutura y limpieza de la herida quirúrgica, se aplica clorhexidina alcohólica al 2% como antiséptico, se coloca doble tira de hidrofibra de hidrocólido y se cubre con film transparente de poliuretano. De ahí hasta la retirada de puntos entre el 7º y 10º día, se realiza revisión visual diaria de la herida con palpación suave del trayecto de la misma sin levantar el apósito, salvo que exista algún problema como despegue, saturación o infección |
| Cura Möndal Modificada | La cura se realiza en la Unidad de enfermería, retirando los apósitos de cura tradicional colocados en quirófano y utilizando técnica limpia no estéril. A partir de ahí se sigue el procedimiento de la Möndal original hasta retirar puntos |

Tabla 1. Tipos de curas consideradas en este estudio.

Los datos se codificaron y se recogieron en una base de datos Excel diseñada para ello. Dicha base de datos se importó al paquete estadístico STATA v14 donde se procedió a la depuración de la misma mediante comprobación de rangos lógicos y detección de códigos imposibles.

Las variables se describieron mediante el estadístico más apropiado para la naturaleza y escala de medición de cada una: media y desviación estándar (o mediana y rango intercuartil) para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas en porcentaje para variables cualitativas.

Se realizó el test de Ji cuadrado y el test exacto de Fisher para comparar la distribución de las variables cualitativas en los dos grupos. De manera análoga emplearemos la t de Student para comparar las variables cuantitativas.

No obstante, la muestra no fue determinada con el objetivo de conseguir asociaciones.

RESULTADOS

Características grupales: Se dispone de 2 grupos a estudio (Tabla 2) de características muy similares en cuanto a nº de componentes, edad, sexo y tipo de cirugía (en este sentido, se puede observar que no ha sido incluida ninguna cirugía abierta vesical por problemas ya mencionados).

Dolor: En esta muestra, la relación entre tener o no dolor y el tipo de cura realizado no tiene significado estadístico ($p= 0,48$) ni lo tienen tampoco otros datos estudiados dado que la muestra es muy pequeña. No obstante, las diferencias observadas concuerdan con resultados de otros estudios similares (entre Cura Tradicional y Molndäl)^(2-4,7-9) Por este motivo se decidió realizar exclusivamente una descripción de los resultados obtenidos.

El 36% de los pacientes del Grupo TR (8 casos de 19) manifestó algún nivel de dolor en herida quirúrgica frente al 21,05 % (4 casos de 18) de los pacientes del Grupo Mö. Respecto al dolor en periherida, estuvo presente en el 25% de los pacientes del Grupo TR (5 de 19) frente al 21% de los del grupo Mö (3 de 18). El valor medio de estos datos se presenta en la figura 1.

PACIENTES CON DOLOR EN HERIDA Y PERIHERIDA (escala 1 - 10)

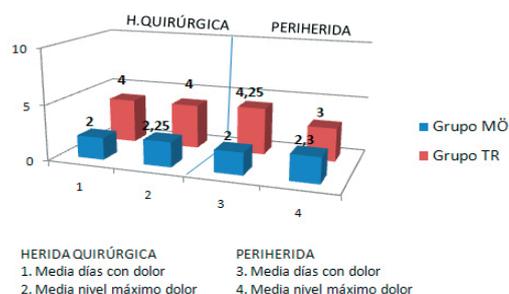


Figura 1. Evolución del dolor en herida y periherida.

Tal y como se observa en la figura 1, de todos los pacientes que tuvieron dolor en la herida quirúrgica en ambos grupos, los del Grupo Mö lo manifestaron durante la mitad de días que los del Grupo TR y el nivel máximo del mismo fue un 44% inferior. En lo que respecta al dolor en periherida, el promedio de días con dolor en el grupo Mö también fue la mitad que en el Grupo TR, y el promedio de su intensidad máxima un 23,5% inferior. Cabe destacar la información obtenida en lo que respecta a la dispersión de los datos sobre el máximo nivel de dolor referido a cada grupo:

- En herida quirúrgica, el Grupo TR obtuvo un promedio de 4 con una desviación típica $s= 1,73$, $CV= 43,25\%$.

| TOTAL (n=37) | Nº Pacientes | Edad (años) | Sexo (fr/%) | Tipo Cirugía (fr / %) |
|-----------------|--------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Grupo TR | 19 | Media: 62,47 DE: 11,18 Mediana:65 RQ: 7 | Hombres: 14/74% Mujeres: 5/26% | C. Renal: 11/58% C. Próst: 8/42% |
| Grupo MÖ | 18 | Media: 56,78 s: 16,96 Mediana: 60 RQ: 15 | Hombres: 12/67% Mujeres: 6/33% | C. Renal: 12/67% Cir. Próst: 6/33% |

Tabla 2. Datos poblacionales.

- En el Grupo Mö, en cambio, el promedio fue de 2, con $s = 0,5$ y un $CV = 22\%$.
- En Perisherida, el Grupo TR obtuvo un promedio de 3 con $s = 1$, un $CV = 25\%$. El Grupo Mö, en cambio, obtuvo un promedio de 2,3 con $s = 0,58$, un $CV = 25\%$.

Enrojecimiento / Irritación: Ningún paciente del Grupo Mö presentó enrojecimiento, irritación o alguna lesión cutánea en perisherida frente al 47% de los pacientes del Grupo TR (Figura 2). En lo referente a la dispersión de los datos de la variable “enrojecimiento máximo”, este grupo obtuvo una desviación típica de 0.5 sobre la media de 1,5, con un CV de 35,33%.

ENROJECIMIENTO PERIHERIDA (escala 0-3)

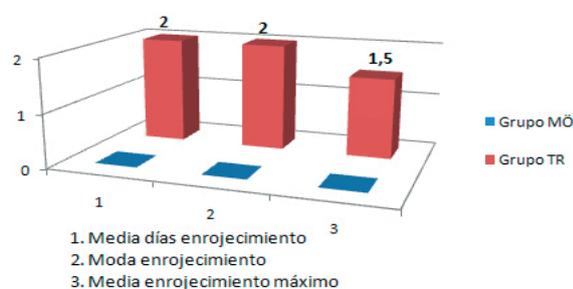


Figura 2. Evolución del enrojecimiento de la perisherida.

Incomodidad o molestia: el 68% de los pacientes del Grupo TR frente al 50% de los del Grupo Mö contestaron afirmativamente en esta cuestión. La figura 3 representa los promedios de días de incomodidad o molestia y de los niveles máximos manifestados en ambos grupos.

PACIENTES CON INCOMODIDAD / MOLESTIA (escala 1-5)

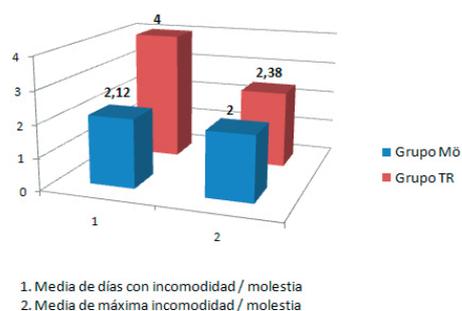


Figura 3. Presencia de incomodidad/molestia.

El promedio de días con incomodidad o molestia en el Grupo Mö resultó ser un 47% inferior al del Grupo TR. Por otro lado, en cuanto al nivel máximo de incomodidad o molestia referidas por los pacientes, aunque a primera vista pudiera parecer similar, se observó una importante diferencia en los datos obtenidos atendiendo a medidas de dispersión. El Grupo TR, con un promedio de 2,38, presentaba una $DE = 0,65$ y un $CV = 27,31\%$, por lo que la molestia de los pacientes se encontró sobre todo en el intervalo (1,73 - 3,03) en una escala de 1 a 5, en la que 1= ausencia de incomodidad o molestia. Los pacientes del Grupo Mö en cambio, con un promedio similar ($=2$), obtuvieron una $s = 0$ y un $CV = 0$ dado que todos manifestaron el mínimo nivel de molestia.

Preferencia del paciente: El 93,33% prefirió la Möndal. Solo una paciente manifestó preferencia por la Tradicional, puesto que “le hubiese gustado disponer de la posibilidad de observar la herida a diario”.

Curas en Atención Primaria: El 35% de los pacientes del Grupo TR acudieron para que les fuese realizada la cura de la herida quirúrgica por parte de la enfermera de A. Primaria una o más veces, frente al 5,5% del Grupo Mö.

Curas por proceso: Como puede observarse, el promedio de curas precisada en el Grupo Mö es un 80 % inferior respecto a las del Grupo TR (Figura 4).

MEDIA DE CURAS POR PROCESO

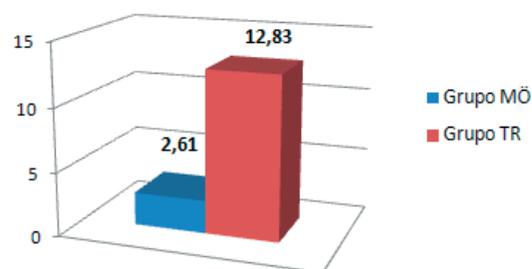


Figura 4. Promedio de curas por proceso.

En la figura 5 se exponen los porcentajes de pacientes que refieren algún problema en la herida, acuden a atención primaria o manifiestan preferencia por la técnica Mölndal.

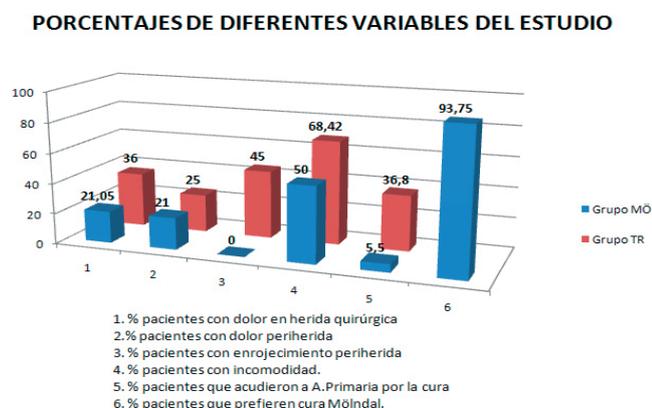


Figura 5. Porcentajes obtenidos según las variables analizadas.

Limitaciones del estudio:

- La recogida de datos no ha sido ciega, ni aleatorizada.
- La presión asistencial del fin de semana pudo condicionar el cumplimiento del protocolo de estudio (al inicio no se recogieron adecuadamente los datos de los pacientes que se recibieron desde Reanimación en esos periodos, o bien no se realizó la cura Mölndal en el momento establecido, por lo que fueron excluidos del estudio).
- Escasa información del personal (personal que solo trabaja fines de semana y no acudió a la sesión formativa), por lo que inició el estudio con probables e importantes carencias formativas e informativas.
- Vaguedad de las respuestas sobre las variables consultadas vía telefónica (principalmente para concretar el número de días con discomfort).
- Variabilidad en la recogida de datos o ausencia de recogida de datos, durante el ingreso (implicación).

DISCUSIÓN

Se han estudiado 2 grupos de pacientes de características muy similares en cuanto a nº de participantes, edad, sexo y tipo de cirugía (en este sentido, se puede observar que no ha sido inclui-

da ninguna cirugía abierta vesical por problemas ya mencionados).

Respecto a las características del dolor manifestado, y además de la evidente mejora promedio en los pacientes del Grupo Mö respecto a los del Grupo TR, es destacable la homogeneidad en los datos obtenida en el Grupo Mö respecto al nivel de dolor (entre 2 y 3) y al número de días manifestado (de 1 a 3) frente a la mayor dispersión de estos mismos datos en el Grupo TR.

Dentro de la variable Enrojecimiento/Irritación, y aunque los datos son evidentemente favorables hacia el Grupo Mö, se sospecha que el promedio de días del Grupo TR (promedio de 2) pueda ser mayor, ya que de los 9 casos detectados en este grupo en 5 no ha sido posible concretar el número de días, debido a la vaguedad de las respuestas de estos pacientes una vez dados de alta (la media es sobre los 4 casos restantes). Por otro lado, aunque la media no es alta, el rango en este dato es de 3

En cuanto a la Incomodidad o Molestia se ha detectado el mismo problema al intentar cuantificar los días totales de la misma en el Grupo TR (promedio de 4): de los 13 casos detectados en 6 no se pudo obtener un dato fiable, por lo que la media está realizada sobre los 7 casos restantes, con un rango de 11 días, por lo que se sospecha que el promedio pueda ser mayor. Este problema no se da en el Grupo Mö dado que posiblemente no refirieron molestia mientras estuvieron en casa y por tanto solo hubo que contabilizar los días registrados en el formulario (solo falta 1 dato de 9 casos, y el rango es de 4 días).

Así mismo, es llamativa la centralización de los datos en la variable “intensidad de la Incomodidad o Molestia” entre el Grupo Mö (media=2, DE=0) frente a los datos obtenidos en el Grupo TR (media= 2,38; DE=0,65; CV=27%, Rango=2, máximo de la escala=5)

A la vista de los resultados se pudo concluir que la introducción de la técnica Mölndal modificada en una unidad de enfermería quirúrgica sin implicación directa de otros servicios como Quirófano o Reanimación, sin duda permitió mantener los niveles de calidad en la cicatrización de la herida quirúrgica obtenidos a través de la cura Tradicional, ya que no se detectó ningún problema en ninguno de los grupos. No obstante, es necesario considerar que esta técnica no resultó

idónea para todas las heridas quirúrgicas desde el primer momento. En las prostatectomías Millin fue necesario cambiar a otros formatos de cura.

Todas las variables que se determinaron como importantes para medir el confort del paciente o detectar un inicio de infección (dolor en herida y perihierida, enrojecimiento o irritación en herida y perihierida, incomodidad o molestia) mejoraron sensiblemente con la cura Mölndal modificada, siendo además los datos recogidos muy homogéneos. Posiblemente esta ausencia de malestar o molestia haya favorecido que 16 de los 17 pacientes consultados manifestasen clara preferencia sobre la técnica Mölndal frente a la tradicional. Estos datos concuerdan con los obtenidos por otros autores en estudios comparativos entre cura tradicional y Mölndal^(2-4,7-9).

Por otro lado, la reducción del número de curas y el ahorro en tiempo de enfermería fue tan importante que a partir del estudio se designó la técnica Mölndal como técnica de elección en las curas de heridas quirúrgicas en la Unidad de Urología. También este punto se alinea con los resultados obtenidos en otros estudios⁽²⁻³⁾.

Por último, se pudo evidenciar que los pacientes curados bajo esta técnica redujeron la utilización de otros niveles asistenciales (A. Primaria).

A pesar de que este estudio no se ha centrado en ello, no se ha de olvidar el deducible ahorro económico como consecuencia de la disminución del consumo en material, en tiempos de personal de enfermería, en utilización de otros servicios asistenciales y en la disminución de la ocasional necesidad de tratamiento de irritaciones y/o dolor.

Finalmente, cabe destacar que todos los beneficios mencionados se verían incrementados si la cura Mölndal fuese aplicada en ambiente estéril desde el mismo quirófano, como corresponde a la técnica original. Por una parte, el número de curas por proceso disminuiría aún más, y por otra, la asepsia disminuiría los riesgos y aumentaría la seguridad en el paciente.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a Lucía Garate Echenique, su ayuda y apoyo para dar comienzo y forma a este estudio, y al personal de la Unidad de Urología de OSI Donostialdea, por su cooperación en la recogida de datos.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara que no tiene ningún conflicto de intereses y que no ha recibido ningún tipo de subvención para la realización de este procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Folestad A. The management of wounds following orthopaedic surgery: the Mölndal Dressing. Orthopaedic Product News. March/10. April 2002. Cited for: Thomas E. Surgical Dressings and Wound Management. Cardiff (South Wales): Medetec Publications; 2010. p. 271-9.
2. Faura T, Gonçalves MJ, Martín J, Soler G, Nicolau A, Ballel AM, Valencia MJ, et al. Aplicación de la Técnica Mölndal en la cura de la 23. herida quirúrgica de PTR. Comparación cura seca vs cura húmeda (Aquacel®). Avances Traum. 2008; 38(2): 80-4. [Acceso 09/06/2016]. Disponible en: www.aeeq.net/congresos/8AEEQ/descargas/comunicaciones/pdf/117.pdf
3. Valero-Bravo N, Felipe-Sánchez AM, Granero-Íñiguez M, Guillem-Gisbert J, Benito-Mirallas A, Muñoz-Lagunas E, Maldonado-Lozano 24. E, Muñoz-Esquembre S. Técnica Mölndal: Cura de elección en herida secundaria a cirugía ortopédica o traumatológica. [comunicación]. En: 26ª Jornadas Nacionales de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica (JENCOT). Ibiza (Islas Baleares), 19-21 Mayo 2010. [Acceso 09/06/2016]. Disponible en: <http://www.jencot.org/congresos/26cot/descargas/comunicaciones/265-OA2.pdf>
4. Blesa-Pons MA, Martínez-La Torre MI, García-Fores P, Abellán-Lucas S, García-Chenoll A, Carrillo de Albornoz-Bernabeu G. Cuidado 22. de las heridas tras la cirugía ortopédica y traumatológica con la técnica Mölndal. Enfermería Integral. 2008; 84: 45-7. [Acceso 09/06/2016]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/84/REVISTA-EI-84.pdf>
5. Arboledas Bellón J. ¡La cura tradicional! Evidentia. 2008 ene-feb; 5(19). [Acceso 09/06/2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n19/416articulo.php>
6. López De los Reyes R, Vives Rodríguez E, Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, Puente Puig M. Aplicación de la técnica Mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. Enferm Dermatol. 2014; (8)21: 7-14. [Acceso 09/06/2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4860730.pdf>
7. Harle S, Korhonen A, Kettunen JA, Seitsalo S. A Randomised clinical trial of two different wound dressing materials for hip replace13. ment patients. J OrthpNurs. 2005; 9(4): 205-10. [Access 09/06/2016]. Available at: http://www.jbconnect.org/connect/tools/rapid/intervention/inter_rap.cfm?int_id=777
8. Marinovic M, Cicvaric T, Juretic I, Grzalja n, Medved I, Ahel J. Application of Wound Closure Mölndal Technique after Laparoscopic Cholecystectomy- Initial Comparative Study. Coll Antropol. [on line] 2010; 34 (suppl 2): 243-5. [Access 09/06/2016]. Available at: <http://hrcak.srce.hr/file/79073>
9. Ravenscroft MJ, et al. A prospective, randomised, controlled trial comparing wound dressings used in hip and knee surgery: Aquacel and Tegaderm versus Cutiplast. Ann R CollSurg Engl. [on line] 2006; 88: 18-22. [Access 09/06/2016]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963649/pdf/rcse8801-018.pdf>