

Impacto económico del uso de un nuevo apósito postoperatorio en la herida incisional abdominal

Rafael Villalobos Mori¹, M^a Carmen Mias Carballal¹, Cristina Gas Ruiz¹, Jordi Riera Riu², Alfredo Escartín Arias¹, Alejandro Blanco Valdehita³, Jorge Juan Olsina Kissler¹

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAUV). Lleida

²Supervisor de enfermería del servicio de Cirugía General. HUAUV. Lleida

³Mölnlycke Health Care Iberia. Clinical manager

Fecha de recepción: 18 de enero de 2016. Aceptada su publicación: 2 de marzo de 2016.

Resumen

Objetivo: conocer el coste de las curas quirúrgicas de laparotomías cerradas por primera intención y estimar el impacto económico del uso de un apósito que no precise curas diarias en el postoperatorio de cirugía abdominal.

Material y métodos: estudio prospectivo observacional en 30 pacientes sometidos a una laparotomía divididos en dos grupos, A y B, dependiendo de si la cura se realizó con un apósito convencional o con el apósito Mepilex Border Post-Op®, respectivamente.

Resultados: calculado el coste de una cura hospitalaria con el material habitualmente utilizado, se estima en 4,92 € (apósito no incluido). El coste del tiempo de trabajo de Enfermería sin complementos en euros/minuto fue de 0,14 €/min. El coste total (apósito + coste de la cura + coste de Enfermería) fue mayor en el grupo A que en el grupo B, siendo de 402,70 € y de 233,61 € respectivamente, ahorrándose un total de 169,09 €. El coste de Enfermería representó el 11 % del total del gasto de la cura en el grupo A y el 2 % en el grupo B. El coste medio cura/paciente fue de 26,85 € (grupo A) y 15,57 € (grupo B) con un ahorro de 11,31 € por paciente.

Conclusiones: un apósito que no precise cambios diarios y permita revisar la herida quirúrgica garantiza un buen control de la evolución de la herida, siendo más económico en el coste total que si se realizan curas convencionales.

Palabras clave

Apósitos; herida incisional; laparotomía; curas de heridas; herida limpia; herida limpia contaminada; costes.

Abstract

Economic impact of the use of new post-surgical dressing in incisional abdominal wounds

Objective: to ascertain the cost of surgical wound dressing in primary intention closed laparotomies and to estimate the economic impact of a dressing that does not require daily wound treatment in the post-surgical phase of abdominal surgery

Material and methods: prospective observational study of 30 patients undergoing a laparotomy divided into 2 groups –A and B– according to whether wound treatment was performed using conventional dressing or using the Mepilex Border Post-Op® dressing respectively.

Results: having calculated the cost of a hospital wound treatment using the material normally used, the cost is estimated at €4.92 (dressing not included). The cost of working time of a nurse without overtime in euros/minute was of €0.14 /min. The total cost (dressing + cost of wound care + cost of nurse) was higher in group A than in group B, being of €402.70 and €233.61 respectively, with total savings of €169.09. The cost of nursing accounted for 11 % of the overall cost of the wound care in group A and 2 % in group B. The average cost wound care/patient was of €26.85 (group A) and of €15.57 (group B) with a savings of €11.31 per patient.

Conclusions: a dressing which does not require daily changes and allows for inspection of the surgical wound guarantees good control of the evolution of the wound, being more economical in terms of overall cost than using conventional post-surgical wound care.

Key words

Dressing; incisional wound; laparotomy; wound care; clean wound; contaminated clean wound; costs.

Introducción

Uno de los problemas actuales no resueltos del postoperatorio en cirugía abdominal es el tipo de apósito necesario para disminuir el riesgo de complicaciones en la herida quirúrgica cerrada por primera intención.

Existe el consenso de que un apósito para heridas quirúrgicas cerradas por primera intención, independientemente del tipo de material empleado en el cierre, debe conseguir

establecer una barrera de protección tanto mecánica como antimicrobiana entre la herida y el entorno, para prevenir las complicaciones relacionadas con el proceso biológico de cicatrización de las mismas (1,2).

Aunque no exista el apósito perfecto para todos los tipos de heridas, se han descrito diversas propiedades del apósito ideal como es la habilidad de absorber y contener el exudado sin fugas, que no deje partículas contaminantes en la

Dirección de contacto:

Rafael Villalobos Mori. Avda. Alcade Rovira Roure, 80. 25198 Lleida. E-mail: rafovilla26@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Villalobos Mori R, Mias Carballal MC, Gas Ruiz C, Riera Riu J, Escartín Arias A, Blanco Valdehita A, et al. Impacto económico del uso de un nuevo apósito postoperatorio en la herida incisional abdominal. Metas Enferm abr 2016; 19(3): 00.

herida, favorecer el aislamiento térmico, impermeabilidad al agua y bacterias, idoneidad del mismo para ser utilizado con diferentes mecanismos de cierre de la piel (suturas, grapas, etc.), que no produzca traumatismo en la piel durante la retirada del mismo, baja frecuencia de necesidad de ser cambiado, alivio del dolor, estética, comodidad y que ayude en la cicatrización (3).

Los estudios clínicos aleatorizados encontrados actualmente en la literatura, que comparan los resultados sobre el uso de distintos tipos de apósitos en heridas quirúrgicas cerradas por primera intención para valorar distintos problemas no llegan a resultados concluyentes (4), lo cual es debido a varios motivos, entre los que destaca el elevado sesgo que presentan dada la dificultad de homogeneizar los procedimientos quirúrgicos y/o el tratamiento postoperatorio de la herida quirúrgica (3).

La implicación de los profesionales en la introducción de nuevos productos sanitarios para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes es fundamental, pero es necesaria su valoración no solo desde un punto de vista clínico, como hasta ahora, sino también económico. Conocer el coste de los productos sanitarios es difícil debido a la gran cantidad de variables que intervienen en cada actuación sanitaria, pero aun así no es imposible.

Por lo tanto, se entiende que calcular los costes directos de las curas quirúrgicas que se realizan en el postoperatorio de pacientes con heridas quirúrgicas cerradas por primera intención sí sería posible, ya que cada vez existen más protocolos y/o guías de actuación que pueden facilitarlo.

Actualmente no hay una clara evidencia que asegure si algún apósito es más efectivo para disminuir el riesgo de infección de la herida quirúrgica (ISS superficial) (5-7), pero sí en lo referente a mejorar el dolor, dar mayor comodidad al paciente o facilitar su extracción sin dañar la piel perilesional (8-11). Aunque hay muchos trabajos en heridas de tipo ulcerativas, en quemaduras o en traumatología, según la revisión realizada para este estudio, existe solo uno sobre cirugía abdominal (12). Asimismo, tampoco se tiene evidencia de qué es lo más económico en el ámbito global con respecto al coste de las curas quirúrgicas en el postoperatorio de pacientes intervenidos de cirugía digestiva abierta.

Debido a todo ello, los autores del presente trabajo se plantearon realizar un estudio en laparotomías cerradas por primera intención en un Servicio de Cirugía General, para analizar las diferencias tanto desde el punto de vista económico como el grado de satisfacción, con el uso de dos apósitos distintos valorando el impacto económico global.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo de casos y controles sobre el coste de las curas quirúrgicas realizadas durante los siete primeros días del postoperatorio en pacientes intervenidos de cirugía digestiva limpia y/o limpia contaminada,

con laparotomías de más de 10 cm de longitud, ya sea programada o urgente, entre los meses de junio y diciembre de 2014, en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova, de Lleida.

Se seleccionaron dos grupos de 15 pacientes (A y B) cada uno con edades y patologías quirúrgicas similares, diferenciándose según el tipo de apósito empleado para las curas postoperatorias y según el tamaño de la herida quirúrgica.

En los pacientes del grupo A se utilizó el apósito habitual (autoadhesivo con gasa central no adherente) de la planta de hospitalización de Cirugía General y se realizaron las curas postoperatorias según el protocolo del servicio. En los pacientes del grupo B se utilizó el apósito Mepilex Border Post-Op®, que no precisa ningún tipo de curas postoperatorias si no se producen incidencias. Se trata de un apósito quirúrgico autoadhesivo absorbente de fibras de poliacrílico, flexible, con una capa de la tecnología adhesiva *Safetac* cubierta por una película protectora de poliuretano.

En ambos grupos se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cirugía (programada o urgente), tipo de herida (limpia o limpia-contaminada), tamaño y tipo de laparotomía, tamaño de apósito, coste de material empleado (incluyendo apósito) en cada cura (CM), coste de enfermería para cada cura (CE), tiempo/cura (t), número de curas (c), coste total de cada cura (CT) e incidencias producidas (dolor al retirar el apósito, infección de la herida, alteraciones de la piel perilesional, higiene, confortabilidad).

Se calculó el coste de cada cura con el material habitualmente utilizado sin incluir el apósito (un paquete con cinco gasas de algodón de 20x20 cm, una talla estéril, un set estéril de instrumental, un par de guantes estériles, dos sueros fisiológicos de 5 ml y la parte proporcional de antiséptico) en 4,92 €.

Con relación a los apósitos empleados, solamente se usaron dos tamaños en el grupo A (10x20 cm y 10x30 cm), ya que eran los que estaban protocolizados en el servicio de cirugía, y en el grupo B se utilizaron tres tamaños (10x20 cm, 10x25 cm y 10x30 cm) (Tabla 1).

Se calculó el coste del tiempo de trabajo de los profesionales enfermeros en 0,14 €/min (estos datos han sido extraídos de la división proporcional del número de horas trabajadas al mes y la remuneración recibida sin complementos). La recogida de datos del tiempo utilizado para las curas fue realizado en tiempo real para cada paciente, siendo el coste global del tiempo de trabajo enfermero el producto resultante de 0,14 € multiplicado por la suma de los minutos totales empleados por la enfermera/o para cada paciente, durante los siete primeros días del postoperatorio.

El cálculo del coste de material se realizó sumando el coste del apósito al coste de cada cura (4,92 €) multiplicado por el nº de curas(c) realizadas durante los siete primeros días del

Tabla 1. Coste e indicación de los apósitos empleados

GRUPO	Tamaño de apósito (cm)	Precio (€) Con IVA (10%)	Tamaño de herida (cm)
A (convencional)	10x20	0,12	10-15
	10x30	0,19	>16
B (Mepilex Border Post-Op®)	10x20	12,20	10-15
	10x25	12,57	16-20
	10x30	14,96	21-25

postoperatorio. Por último, se calculó el coste total de las curas para cada paciente sumando el CM y el CE.

Asimismo, se recogieron a través de una encuesta las incidencias que se habían producido durante las curas de esos siete primeros días postoperatorios en relación con la evolución de la herida.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas de cada grupo y un estudio inferencial comparando las variables cuantitativas y cualitativas de los dos grupos con las pruebas U de Mann-Whitney, ANOVA y Chi cuadrado, con el programa informático SPSS versión 17.0.

Resultados

La edad media de los dos grupos fue similar, ya que para el grupo A fue de 58,53 años y para el grupo B de 61,07, sin significación estadística ($p=0,709$). Con relación al sexo, la distribución tampoco mostró diferencias significativas ($p=0,500$), ya que en el grupo A se incluyeron nueve hombres y seis mujeres, mientras que en el B fueron 10 hombres y cinco mujeres. Según la cirugía practicada, tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos ($p=0,195$), puesto que en el grupo A el 13% de los pacientes había tenido una cirugía limpia/contaminada y el 87% una cirugía limpia. Respecto al grupo B, el 33% de los pacientes había tenido una cirugía limpia/contaminada y el 66,7% una cirugía limpia. Por otro lado, en el grupo A, el 33% de los pacientes provenía de una cirugía programada mientras que el 67% de una cirugía urgente. En el grupo B, el 40% de los pacientes provenían de una cirugía programada y el 60% de una urgente ($p=0,500$). En ambos grupos no se evidenció, asimismo, diferencias estadísticamente significativas según el tipo de laparotomía (Tabla 2).

El tiempo total de enfermería dedicado a las curas fue para el grupo A de 302,9 min y para el grupo B de 25,32 min, obteniéndose una media del tiempo de enfermera-enfer-

mero/paciente para el grupo A de 20,59 min y para el grupo B de 1,69 min. El número total de curas realizado en el estudio fue de 70 curas en el grupo A y de 6 curas en el grupo B, con una media de 4,67 curas por paciente en el grupo A y de 0,40 en el grupo B, lo que representa un ahorro de 64 curas en una semana (Tablas 3 y 4).

El coste del material, incluyendo el apósito, fue en el grupo A de 360,29 € y en el grupo B de 230,07€, mientras que el coste medio del material por paciente fue de 24,01€ en el grupo A y en el grupo B de 15,3€, sin significación estadística ($p=0,18$).

Con relación a los costes individualizados de cada paciente por grupo se describen en las Tablas 3 y 4, siendo el coste total para el grupo A de 402,70 €, mientras que para el grupo B de 233,61 €.

En cuanto a los costes totales medios de la cura por paciente entre los dos grupos se ha calculado en 26,85€ para el grupo A y en 15,57€ para el grupo B, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0,18$) (Tabla 5), siendo el coste medio/paciente de 3,84 €/día en el grupo A y de 2,22 €/día en el grupo B.

Respecto a la valoración clínica (Tabla 6), en el estudio se han observado cuatro casos de complicación de la herida en el grupo A y dos en el grupo B, sin significación estadística ($p=0,326$). En cuanto a las lesiones perilesionales, se ha registrado una sola lesión en el grupo A, sin significación estadística ($p=0,5$). Con respecto al dolor al retirar el apósito, se han registrado cinco casos en el grupo A y ninguno en el grupo B, con significación estadística ($p=0,021$).

Discusión

Los estudios sistemáticos de revisión que intentan determinar si existe algún tipo de apósito ideal para el postoperatorio de heridas cerradas por primera intención obtienen resultados no concluyentes, en general, por varios motivos

Tabla 2. Datos generales

	GRUPO A		GRUPO B		p
Edad	H=62,1 años	M=53,1 años	H=59,8 años	M=63,6 años	0,709
Sexo	H=9 (60%)	M=6 (40%)	H=10 (67%)	M=5 (33%)	0,500
Tipo cirugía	PROG=5 (33%)	URG=10 (67%)	PROG=6 (40%)	URG=9 (60%)	0,500
Tipo de contaminación	LIMPIA=2 (13%)	NO LIMPIA=13 (87%)	LIMPIA=5 (33%)	NO LIMPIA=10 (67%)	0,195
Laparotomía	MEDIA=12 (80%)	OTRAS=3 (20%)	MEDIA=14 (93,3%)	OTRAS=1 (7%)	0,299

Tabla 3. Coste de las curas del grupo A (apósito convencional)

Control	Tamaño incisión	Tamaño apósito (cm)	Nº curas	Tiempo cura (min)	Coste enfermera (€)	Coste material (€)	Coste global (€)
16	25 cm	10X30	6	24,8	3,48	25,74	29,22
17	20 cm	10X30	3	11,9	1,67	10,41	12,08
18	25 cm	10X30	3	11,9	1,66	10,41	12,07
19	24 cm	10X30	7	28,8	4,04	35,96	40,00
20	24 cm	10X30	4	16,0	2,24	20,63	22,87
21	20 cm	10X30	6	25,2	3,52	30,85	34,37
22	24 cm	10X30	3	12,6	1,76	15,52	17,28
23	20 cm	10X30	7	30,3	4,24	35,96	40,20
24	24 cm	10X30	7	29,9	4,19	35,96	40,15
25	24 cm	10X30	7	29,9	4,19	35,96	40,15
26	24 cm	10X30	7	22,8	3,19	35,96	39,15
27	24 cm	10X30	4	17,0	2,38	20,44	22,82
28	20 cm	10X30	6	25,7	3,59	30,85	34,44
29	13 cm	10X20	0	0,0	0,00	0,12	0,12
30	22 cm	10X30	3	16,3	2,28	15,52	17,80
Total			70	302,9	42,41	360,29	402,70

Tabla 4. Coste de las curas del grupo B (apósito Mepilex Border Post-Op®)

Control	Tamaño incisión	Tamaño apósito (cm)	Nº curas	Tiempo cura (min)	Coste enfermera (€)	Coste material (€)	Coste global (€)
1	20 cm	10x25	0	0	0,0	12,6	12,57
2	25 cm	10x30	0	0	0,0	15,0	14,96
3	25 cm	10x30	0	0	0,0	15,0	14,96
4	18 cm	10x25	0	0	0,0	12,6	12,57
5	15 cm	10x20	0	0	0,0	12,2	12,20
6	20 cm	10x25	0	0	0,0	12,6	12,57
7	18 cm	10x25	2	8,5	1,2	22,8	23,99
8	12 cm	10x20	0	0	0,0	12,2	12,20
9	20 cm	10x25	0	0	0,0	12,6	12,57
10	25 cm	10x30	0	0	0,0	15,0	14,96
11	25 cm	10X30	0	0	0,0	15,0	14,96
12	20 cm	10X25	0	0	0,0	12,6	12,57
13	20 cm	10X25	0	0	0,0	12,6	12,57
14	15 cm	10X20	0	0	0,0	12,2	12,20
15	24 cm	10x30	4	16,8	2,4	35,4	37,75
Total			6	25,32	3,54	230,07	233,61

Tabla 5. Comparativa de las medias de las variables estudiadas en los dos grupos (Chi²)

	Grupo A	Grupo B	p
Nº pacientes	15	15	
Edad (media)	58,5±15,8	61,07±20,6	<0,001
Nº curas	4,8±2,2	0,4±2,2	<0,001
Tiempo curas	20,2±8,8	3,2±1,1	<0,001
Coste enfermera/paciente (€)	27,01±11,3	1,7±4,7	<0,001
Coste material/paciente (€)	24,0±11,7	15,3±6,1	0,18
Coste total (media)	26,8±12,9	15,5±6,8	0,18

Tabla 6. Valoración clínica

Incidencias	Grupo A	Grupo B	p
Complicación herida	4 (26,7%)	2 (13,3%)	0,326
Lesión perilesional	1(6,7%)	0 (0%)	0,500
Dolor al retirar apósito	5 (33,3%)	0 (0%)	0,021
Deformidad apósito	2 (13,3%)	0 (0%)	0,241
Higiene	0 (0%)	15 (100%)	<0,001

como la metodología, el número de pacientes o la subjetividad del estudio. Es por este motivo que el planteamiento fue realizar este estudio en pacientes a los que se les practicó una cirugía abierta con cierre por primera intención, comparando el uso de un apósito postoperatorio que no precisa cambios y el apósito convencional de que se dispone en el hospital donde se ha llevado a cabo el estudio y que precisa cambios diarios (4).

En el estudio estadístico realizado se observa que ambos grupos fueron homogéneos dado que no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, ni el tipo de cirugía practicada, limpia o limpia-contaminada, o si procedían de urgencias o de cirugía programada. A pesar de ser una muestra pequeña, sí que ha permitido comparar el resto de las variables estudiadas.

En la bibliografía hay trabajos que justifican el uso de una cura en ambiente húmedo (CAH) en las curas postoperatorias cuando se ha realizado un cierre por primera intención. Se utilizan distintos apósitos, como los apósitos con hidrofibra de hidrocoloide fijados a un film de poliuretano (13) u otros apósitos interactivos como el Opsite Post-Op Visible® (12), justificándolos por distintos motivos como su fácil aplicación, el coste y/o eficacia en la cicatrización de las heridas, sin que se observen diferencias estadísticamente significativas con los apósitos convencionales, además se han de retirar para revisar y/o realizar una nueva cura y no se pueden recolocar como el del presente estudio.

A pesar de utilizar un apósito que, en principio, no necesitaba curas, se realizaron seis curas por diferentes complicaciones de la herida con el apósito Mepilex Border Post-Op®, lo que representó una media de curas de 0,40, a diferencia de lo publicado por Garnica et al. (12) en 2014, que hablan de 0,94 curas con el apósito interactivo Opsite Post-Op Visible®.

Respecto al coste del material empleado para las curas del estudio se ha calculado en 4,92 € por cura, mientras que otro estudio afirma que es de 0,56 € por cura (12), pero donde no se incluye un set estéril con paño y pinzas, aparte del antiséptico, suero fisiológico, guantes y gasas, que sí se han incluido siempre en este. El ahorro total de curas por paciente habría sido de 4,27 €, teniendo en cuenta que alguno de los pacientes tendría complicaciones y precisaría curas convencionales.

En cuanto al coste de Enfermería en los trabajos revisados no consta, sí se registra el tiempo de la enfermera/o para realizar las curas, que resulta ser de 5 min diarios de media para curas convencionales (12). En este estudio el tiempo medio de la cura por paciente y día ha sido de 2,9 min en el grupo de curas convencionales. El tiempo total empleado por el grupo A para las curas fue mucho mayor que para el grupo B, lo que significó un ahorro de 277,58 min de enfermera/a y un ahorro medio de tiempo de Enfermería/paciente que fue de 18,51 min.

Sobre el coste global de las curas quirúrgicas, en este estudio se ha observado que eran más caras las realizadas con una apósito convencional (grupo A), a pesar de que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,19$) (Gráfico 1), y que ha sido más caro tanto el coste de material como el coste de Enfermería, pero que solo ha sido globalmente significativo para el coste de enfermera/o ($p < 0,0001$), aunque no para el coste de material ($p = 0,19$). El ahorro global con el uso del apósito Mepilex Border Post-Op® ha sido de 169,08 € para quince pacientes, lo que implica un ahorro por paciente de 11,32 €.

En el grupo A, el 89% del gasto de la cura durante los siete primeros días del postoperatorio fue debido al coste del material incluyendo el apósito, siendo el 11% restante referido al tiempo dedicado por la enfermera/o para hacer la cura postoperatoria. Por otro lado, para el grupo B el 98% del gasto fue debido al coste del material de la cura, concretamente al apósito, y solo un 2% al coste del tiempo dedicado por la enfermera/o a la cura (Gráfico 2), debido a la complicación de dos pacientes a los que se les tuvo que retirar el apósito en estudio y cambiar a curas convencionales, lo que incrementó el coste total de la cura tanto por el material como por el tiempo de Enfermería (23,99 € y 37,75 €), siendo su coste similar al de los pacientes del grupo A.

El coste medio de la cura por paciente ha sido menor en el grupo B (Gráfico 3) con un ahorro de 11,28 € por cura/paciente, a pesar de haber tenido en el grupo de pacientes dos casos en los que se tuvo que retirar el apósito Mepilex Border Post-Op® y realizar curas convencionales por complicaciones en la evolución de la herida, en un caso por sangrado de la misma y que superó la capacidad del apósito y el otro por infección superficial.

Gráfico 1. Coste total de las curas de los dos grupos

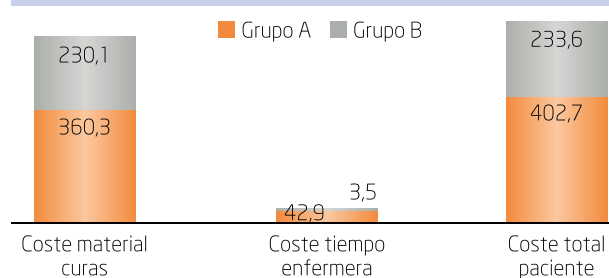


Gráfico 2. Distribución de los costes en las curas realizadas en los dos grupos

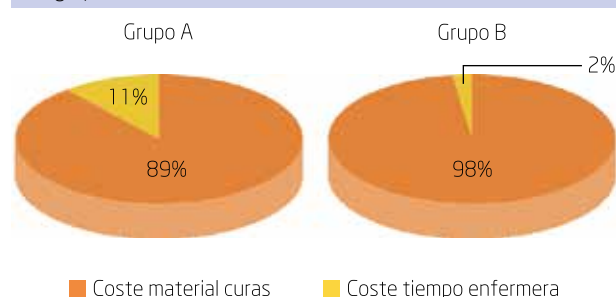
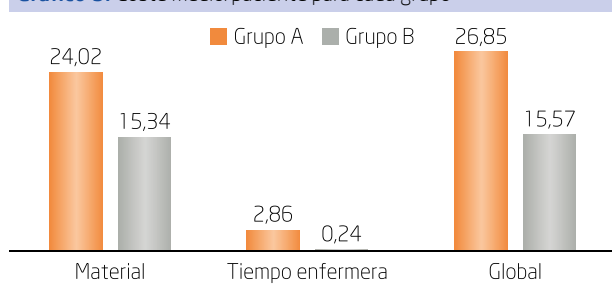


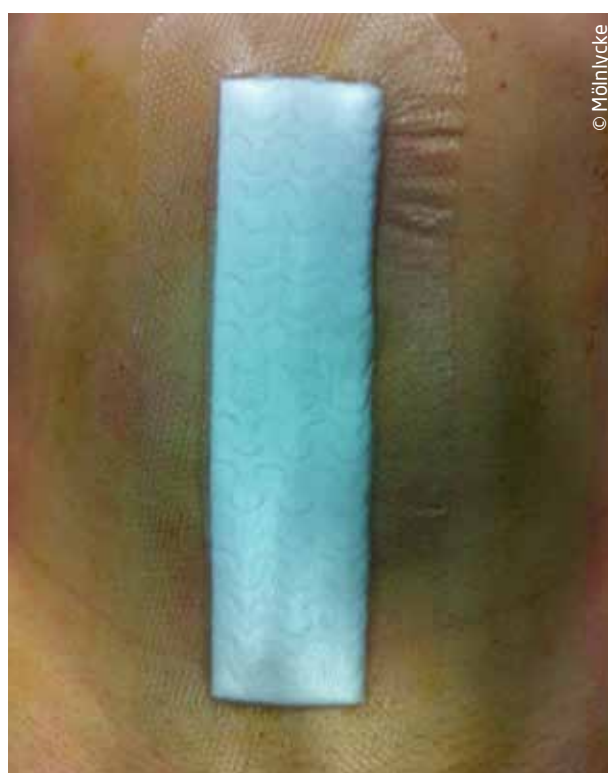
Gráfico 3. Coste medio/paciente para cada grupo

En cuanto a la relación entre coste y tamaño del apósito en este estudio no se han obtenido resultados estadísticamente significativos en cuanto al coste global, ni al coste del material, pero sí para el coste de Enfermería por el tiempo dedicado a la cura de la misma, independientemente del tipo de apósito empleado (Tabla 4). Se ha podido observar que se ha ahorrado más en el grupo de las incisiones de 16-21 cm a expensas del material pero no del tiempo de Enfermería, posiblemente debido a que en este grupo hay más pacientes del grupo B que del grupo A, por lo que se ha utilizado menos tiempo de Enfermería, pero el material en conjunto ha sido más caro.

Desde el punto de vista de las características cualitativas del apósito, se considera que el apósito empleado en el grupo B presenta, además, la ventaja de que puede levantarse parcialmente para observar la evolución de la herida y volverlo a recolocar. Los apósitos convencionales no permiten la revisión de la herida quirúrgica si no es retirándolo completamente y, por lo tanto, antes de recolocarlo se realiza una cura. Pero el planteamiento fue si realmente era necesario revisar diariamente la herida cuando no hay signos clínicos de mala evolución de la misma. Cabe considerar que no hay trabajos que aconsejen que si la herida quirúrgica presenta un buen aspecto es posible dejarlas libre de apósitos (al aire) ahorrando la cura, pero por norma general no siempre es así.

En relación a la calidad de vida, tras analizar los resultados de una encuesta que los pacientes del estudio realizaron, cabe destacar, a favor del apósito Mepilex Border Post-Op®, la ventaja de poderse duchar sin precisar cambiar posteriormente el apósito y menor dolor al retirarlo. Otros datos relacionados con la calidad de vida del paciente como la posibilidad de la higiene diaria (ducha) han permitido comprobar que todos los pacientes del grupo B pueden realizarlo, así como la comodidad del apósito por su flexibilidad (Imagen 1).

El estudio presenta la limitación de que la población estudiada es pequeña, si bien los resultados se pueden considerar como preliminares y orientativos para plantearse que con el uso del tipo de apósitos empleados en el grupo B en determinadas cirugías abdominales abiertas en las que no se esperan complicaciones de la herida quirúrgica, se obtendría un ahorro económico significativo, aunque no se pueda saber si mayor que el observado por otros autores (12). Por otro lado, la facilidad de revisión de la herida quirúrgica, el

Imagen 1. Apósito Mepilex Border Post-Op®

poderse recolocar, lo cual no se puede realizar con los otros tipos de apósitos de CAH comentados anteriormente, es una ventaja indiscutible.

Sabiendo que en el hospital donde se ha llevado a cabo el estudio se realizan alrededor de 1.000 laparotomías anuales, de las cuales un 70% (700 pacientes) presenta heridas limpias y/o limpias contaminadas, el uso del apósito Mepilex Border Post-Op® extrapolando los datos obtenidos y considerando un ahorro medio de cura global/paciente de 11,28 €, supondría un ahorro total de 7.896 € anuales. Para ello, de momento, será necesario seleccionar los pacientes en los que se podría usar este tipo de apósito, preferentemente en cirugías limpias y/o limpias contaminadas programadas de cirugía abierta abdominal (pared abdominal, hepatobiliopancreática, esofagagástrica, colorrectal).

En las cirugías urgentes habrá que ser muy cautos y considerar utilizarlos en aquellos casos en que no haya habido peritonitis o en los que el riesgo de complicaciones en la evolución de la herida sea mínimo.

Conclusiones

El coste de la cura quirúrgica postoperatoria con cualquier tipo de apósito depende directamente del número de veces que se ha de realizar la cura durante el ingreso hospitalario, tanto por el coste del material como por el tiempo de Enfermería.

El uso del apósito Mepilex Border Post-Op® permitiría una disminución del coste en pacientes con laparotomías lim-

pías y/o limpias contaminadas frente al uso de apósitos convencionales, tanto por el material como por el coste de Enfermería, independientemente del tamaño de la herida.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, un apósito que no precise de cambios diarios pero que permita revisar la herida quirúrgica, garantiza un buen control de la evolución de la herida, siendo más económico en el coste global que el control evolutivo de la herida con un apósito convencional, aunque será necesario ampliar la muestra del estudio.

Los apósitos Mepilex Border Post-Op® aportan una mejor calidad de vida al paciente, ya que permiten realizar su higiene diaria sin problemas, reduciendo otros problemas locales como el dolor o la aparición de alteraciones perilesionales sin poder afirmar que disminuya el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Financiación

El laboratorio Mölnlycke Health Care facilitó a los investigadores los productos necesarios para el estudio.

Conflicto de intereses

Tanto el promotor como los investigadores manifiestan que no existe conflicto de intereses, puesto que el estudio se ha realizado sin que mediara ningún tipo de compromiso contractual ni de interés particular.

Bibliografía

1. Chircheves E, Roca J, Clotet G, Cantillo J, Dot I, Perez A, Rosell F. Apósitos quirúrgicos. Factores asociados a su uso. Rev ROL Enferm 2011; 34(10):694-9.
2. EWNA DOCUMENT: Home care-Wound care. Overviews, challenges and perspectives. Journal of Wound Care 2014; 23(5).
3. Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Clinical Guideline 74. Issue date: October 2008.
4. Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T. Dressings for the prevention of surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD003091. DOI: 10.1002/14651858.CD003091.pub3.
5. Moore K, Gray D. Uso del agente antimicrobiano PHMB para prevenir la infección de heridas. Gerokomos 2008;19(3):145-52.
6. Toon CD, Ramamoorthy R, Davidson BR, Gurusamy KS. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wound. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD010259. DOI: 10.1002/14651858.CD010259.pub2.
7. González-Linares RM, Antolín A, Salgado MV, Barandiarán MJ, Basurco R, Larrañaga N. Efectividad del apósito en heridas quirúrgicas limpias y limpias contaminadas a partir de las 24-48 h de la intervención quirúrgica. Enferm Clin 2015; 25(3).
8. Acton C. The holistic management of chronic wound pain. Wound UK 2007; 3(1):61-9.
9. Platt AJ, Phipps A, Judkins K. A comparative study of silicone net dressing and paraffin gauze dressing in skin-grafted sites. Burns 1996; 22(7):543-5.
10. White R. A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008; 4(1):14-22.
11. Dykes PJ, Heggie R. The link between the peel force of adhesive dressings and subjective discomfort in volunteer subjects. Journal of Wound Care 2003; 12(7):260-2.
12. Garnica A, Gil C, Nieto M, Ruiz A, Muñoz L, Torra JE. Apósito postquirúrgico convencional frente a apósito interactivo transparente de cura en ambiente húmedo: evaluación comparativa piloto en pacientes quirúrgicos oncológicos. Gerokomos 2014; 25(1):34-40.
13. López de los Reyes R, Vives E, Rumbo J, Arantón L, Delgado R, Sanmartín R, et al. Aplicación de la técnica Molndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenaje. Enferm Dermatol 2014; (8)21:7-14.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:

encuentra@
ENFERMERIA INTELIGENTE

Apósitos; herida incisional; laparotomía; curas de heridas; herida limpia; herida limpia contaminada.



Contacta con los autores en:

rafovilla26@gmail.com