

UTILIDAD CLÍNICA DE LA CURA MÖLNDAL EN LA CURACIÓN DE UNA HERIDA ABRASIVA POR CEMENTO

CLINICAL USEFULNESS OF THE MÖLNDAL CURE IN THE HEALING OF AN ABRASION WOUND BY CEMENT

Autoras: Irene María Villaverde-Fonseca⁽¹⁾ (*), María Patricia Paz-Ramil⁽¹⁾
María Remedios Hernández- Adeba⁽²⁾.

(1) Enfermera Interna Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

(2) Enfermera. Coordinadora del Centro de Salud de Caranza. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

(* **Contacto:** irene.maria.villaverde.fonseca@sergas.es

Fecha de recepción: 09/04/2018

Fecha de aceptación: 30/04/2018

Nota: Este trabajo de investigación ha sido presentado como comunicación oral en el 3º Congreso de la Sociedad Gallega de Heridas (SGH), celebrado en Vigo los días 29-30 de septiembre de 2017.

RESUMEN:

Se expone un caso clínico de un varón de 52 años que sufre quemadura por abrasión en contacto con cemento, en cara anterior de pierna derecha; al cual se le aplicó la cura Mölndal desde un centro de salud de Atención Primaria. La herida epitelizó adecuadamente al cabo de 35 días de seguimiento, sin signos de infección durante todo el proceso y con satisfacción por parte del paciente.

Palabras clave: Mölndal, cemento, quemadura, herida aguda.

ABSTRACT:

We present a clinical case of a 52-year-old male who suffers abrasion burn in contact with cement, on the front of his right leg; to which the Mölndal cure was applied from a primary care health center. The wound epithelized adequately after 35 days of follow-up, without signs of infection throughout the process and with satisfaction from the patient.

Keywords: Mölndal, cement, burn, acute wound.

INTRODUCCIÓN:

La atención de lesiones por abrasiones químicas debidas a materiales de construcción como el cemento suelen ser excepcionales en los centros de salud de Atención Primaria ya que, este tipo de lesiones suelen producirse, con mayor frecuencia, en el entorno laboral y, por tanto, acostumbran a ser tratadas de urgencia por los profesionales sanitarios en los propios botiquines de empresa y mutuas asociadas.

Sin embargo, en ocasiones puede aparecer algún caso por la consulta de Atención Primaria, por lo que resulta interesante familiarizarse con este tipo lesiones para realizar un adecuado abordaje, el cual a priori no difiere de otras quemaduras químicas de ámbito doméstico⁽¹⁾.

En nuestro caso, por la escasez de bibliografía sobre la herida por cemento⁽²⁻⁶⁾ y el uso de la técnica Mölndal en Atención Primaria, nos pareció un recurso adecuado para manejar la resolución de este tipo de lesiones, para lograr cicatrizar en el menor tiempo posible, realizar una prevención de la infección y la búsqueda del mayor confort para el paciente durante el período de curación.

Es por ello, que nuestro objetivo fue contribuir a la difusión de este tipo de cura a través de un reporte clínico desde Atención Primaria.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Presentación del caso.

Varón de 52 años que acude al Centro de Salud por presenta una lesión en pierna derecha mientras realiza obras con cemento en el ámbito doméstico.

En el momento del incidente (25 de junio), el paciente portaba una vestimenta de trabajo tipo “buzo” y botas de goma tal y como se aprecia en la **imagen 1**.



Imagen 1: Ropa de trabajo. Pierna derecha expuesta a cemento.

El paciente refirió dolor en la zona afectada (EVA= 6-8). Presentando una lesión de unos 5 cm de largo x 3 cm de ancho y diversas abrasiones difusas de menor tamaño, en cara anterior de pierna derecha (imagen 2), compatible con quemadura por abrasión química en contacto con masa de cemento.



Imagen 2: Aspecto de la lesión abrasiva por cemento.

La superficie cutánea afectada estuvo expuesta durante un tiempo prolongado a la humedad que le confirió el agua que formaba parte de la mezcla (formada por cemento, arena y grava) y la fricción continuada con la masa y el material de la ropa de trabajo.

Proceso de cuidado y Evolución del caso.

Desde la consulta de medicina de AP se le administra profilaxis antibiótica y, se pautan curas

programadas a realizar por enfermería.

Los diagnósticos de enfermería focalizados en el problema, según la NANDA-I fueron⁽⁷⁾:

- 00004: Riesgo de infección
- 00046: Deterioro de la integridad cutánea
- 00132: Dolor agudo

Las lesiones menores no requirieron de cura en ambiente húmedo para su resolución, sirvió simplemente con una desinfección primaria, no así la lesión principal, que revestía signos de una mala evolución hacia la cicatrización, ya que estaba cubierta en su totalidad por una capa gruesa y muy adherente de tejido no viable tipo fibrina, por lo que se llevó a cabo un desbridamiento cortante mediante hoja de bisturí, desde la periferia de la lesión, previa aplicación de solución de limpieza, descontaminación e hidratación.

En curas posteriores se realiza desbridamiento enzimático con pomada de colagenasa, lavado con suero salino y se aplicó la cura Mölndal (imagen 3), utilizando para ello una hidrofibra de hidrocoloide y fijación con film de poliuretano transparente⁽⁸⁾. La frecuencia de la cura Mölndal se realizó cada 5-7 días.



Imagen 3: Cura Mölndal (hidrofibra de hidrocoloide y apósito de poliuretano semipermeable transparente).

Cuatro semanas después (21 de julio), la lesión presentó una amplia zona de tejido de epitelización junto con islotes de tejido de granulación (imagen 4). Se siguió realizando cura Mölndal y lavados con suero fisiológico.

Al final de la cuarta semana, el lecho de la herida principal presentaba aproximadamente un 85% de tejido de epitelización y un 15% de tejido de

granulación. En ningún momento se observaron signos de infección ni tampoco, maceración de la piel perilesional.



Imagen 4: Evolución de la lesión tras 26 días de curas.

A la semana siguiente (26 de julio), el paciente presentó sobre la herida primaria, recientemente epitelizada, una nueva lesión por presión-fricción (imagen 5). Se realiza lavado de toda la zona con suero fisiológico y se mantiene la técnica Mölndal aplicando una hidrofibra en la lesión inicial y una hidrofibra con plata iónica en la nueva lesión.



Imagen 5: Retraso en la curación por nueva herida en tejido ya epitelizado.

A fecha 31 de julio (35 días después), las lesiones se encuentran prácticamente resueltas (imagen 6). Se realiza limpieza con solución salina y protege la zona unos días más con un apósito hidrocoloide extrafino.

Al final de la sexta semana, se obtuvo la epitelización completa de la lesión. Las dos constantes de nuestras curas son la hidrofibra de hidrocoloide y el film de poliuretano transparente. Por la combi-



Imagen 6: Lesión epitelizada..

nación de las propiedades de cada uno de ellos, se permitió espaciar el número de curas, disminuyéndolas, lo cual se tradujo en una reducción del riesgo de infección. Por contra, el confort del paciente se incrementó ya que, le permitió la realización de actividades básicas de la vida diaria, como la ducha sin que ésta interfiriera en el proceso de curación de la lesión.

CONCLUSIONES:

El cemento es un material de construcción ampliamente utilizado en nuestra sociedad, tanto en el ámbito industrial como en el doméstico y, aunque en un primer momento puede parecer inofensivo, lo cierto es que no debemos subestimar su capacidad para producir efectos nocivos sobre la salud.

La bibliografía⁽²⁻⁶⁾ recoge que el cemento cuando entra en contacto directo con la piel, los daños que producen van desde una dermatitis alérgica hasta, en el caso más grave, una quemadura química, con la consiguiente necrosis licuefactiva, debido a la naturaleza alcalina que le confieren parte de sus componentes.

En nuestro caso, una herida abrasiva por cemento, el uso adecuado de la cura en ambiente húmedo, combinada con la técnica Mölndal, ha resuelto satisfactoriamente la lesión química y ha supuesto una mayor comodidad para el paciente y la carga asistencial de enfermería. Es por ello, que los profesionales de la salud debemos actualizar constantemente nuestros conocimientos, estar alerta ante el abordaje de cualquier tipo de lesión, según las evidencias más actuales, y realizar una correcta anamnesis para intentar esclarecer en la medida de lo posible, las circunstancias en las que se produjeron tales lesiones para así actuar de forma acorde a las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucio-Villegas Menéndez ME, López González L, Gutiérrez Pérez MI, Aresté Lluch N, Morató Agustí ML, Pérez Cachafeiro S. Consejos para pacientes. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 2:25-31.
2. Poupon M, Caye N, Duteille F, Pannier, M. Cement burns: Retrospective study of 18 cases and review of the literature. *Burns*. 2005 Nov;31(7):910-4.
3. Rodríguez-Serna M. Dermatitis de contacto irritativa profesional: causas, prevención y tratamiento. *Piel*. 2003; 18(4):198-204.
4. Kaushik S, Bird S. Topical chemical burns. [Internet]. [Actualizado: Jul 2017]. UpToDate.
5. Spoo J, Elsner P. Cement burns: a review 1960-2000. *Contact Dermatitis*. 2001; 45(2):68-71.
6. Lewis PM, Ennis O, Kashif A, Dickson WA. Wet cement remains a poorly recognised cause of full-thickness skin burns. *Injury* 2004; 35(10):982-5.
7. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
8. Nuñez-romero R. Beneficios e inconvenientes de la utilización de la cura Mölndal frente a la cura simple en la herida quirúrgica [Trabajo fin de grado]. A Coruña: Facultad de Enfermería y Podología; 2017.