

Revista de la Asociación
Interdisciplinaria Argentina
de Cicatrización de Heridas
Fundada en 2014

Año 01 / N° 01

Noviembre de 2015

ISSN 2468- 9580

CicatrizAR

LA REVISTA DE LA AIACH



*Aeneas recibiendo
tratamiento para una herida*

Así se gestó la AIACH.

Dra. Estela Bilevich

Úlcera venosa en el anciano: un problema que trasciende a la salud.

Dra. Gabriela Blumtritt

Evolución del tratamiento de las heridas a lo largo de la historia.

Dr. Roberto Mengarelli

Actualización de Artículos Internacionales

*Tratamiento novedoso de las úlceras venosas
con simvastatina: un estudio aleatorizado, doble
ciego, controlado por placebo.*

*¿Cuáles son los principales factores predictivos
de amputación, en pacientes diabéticos con
úlceras de pie infectadas?*

Transmisiones online de los Ateneos de la AIACH: Impacto en un Profesional del interior del país

Dr. Pablo G. Fernández

En infecciones de piel, tejidos blandos
y tracto urinario, prescriba
la Cefalexina por su nombre.



Cefalexina Argentia | Comprimidos 500 mg x 8, 16 y 24
Cefalexina Argentia | Suspensión 250 mg y 500 mg x 90 ml y 120 ml
Cefalexina Argentia DUO | Comprimidos 1 g x 14 y 16
Cefalexina Argentia DUO | Suspensión 750 mg x 90 ml

 **Argentia**

www.argentia.com.ar

 /Laboratorios Argentia

 @NovaArgentia

COMISIÓN DIRECTIVA AIACH 2014-2016

Presidente:

Dra. Estela Bilevich
(Médica Dermatóloga)

Vicepresidente:

Dr. Roberto Cherjovsky
(Cirujano Vascular y de Tórax)

Secretaria General:

Dra. Anahí Belatti
(Médica Dermatóloga)

Secretaria de Actas:

Dra. Silvia Gorosito
(Cirujana Vascular)

Secretario Científico:

Dr. Roberto Mengarelli
(Cirujano Flebólogo)

Tesorera:

Dra. Romina Vaccalluzzo
(Médica Dermatóloga)

Vocal Primero:

Dr. Santiago Laborde
(Cirujano Plástico-Quemados)

Vocal Segundo:

Dra. Elina Benetti
(Médica Dermatóloga)

Vocal Primera Suplente:

Enf. Patricia Magallanes
(Lic. en Enfermería)

Vocal Segundo Suplente:

Dr. Eugenio Brizzio
(Cirujano Flebólogo)

Revisora de Cuentas:

Dra. María Victoria Cevallos
(Médica Clínica)

Revisora de Cuentas Suplente:

Dra. Irina Saretzky
(Médica Dermatóloga)

Miembro Honorario:

Acad. Jorge Neira
(Médico Intensivista)

COMITÉ EDITOR Cicatriz-Ar

Director General:

Dr. Roberto Mengarelli
(Cirujano Flebólogo)

Directoras Asociadas:

Dra. Estela Bilevich
(Médica Dermatóloga)

Dra. Anahí Belatti
(Médica Dermatóloga)

Jefe de Redacción:

**Dra. Florencia Rodríguez
Chiappetta**
(Médica Dermatóloga)

Secretaria de Redacción:

Dra. Romina Vaccalluzzo
(Médica Dermatóloga)

Comité de Redacción:

Dra. Anahí Belatti
(Médica Dermatóloga)

Dra. Estela Bilevich
(Médica Dermatóloga)

Dr. Roberto Cherjovsky
(Cirujano Vascular y de Tórax)

Dr. Pablo Fernández
(Cirujano Flebólogo)

Dr. Roberto Mengarelli
(Cirujano Flebólogo)

Dra. Romina Vaccalluzzo
(Médica Dermatóloga)

Edición y publicidad:

Eidos Estudio
(www.eidosestudio.com)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La **Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH)** realiza sus Ateneos Abiertos de Cicatrización de Heridas, exclusivos para médicos, enfermeros, veterinarios, nutricionistas, biólogos, kinesiólogos y podólogos, el primer sábado de cada mes de 10:30 a 11:30 hs. (salvo excepciones que serán debidamente notificadas), entre Abril y Noviembre, en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Av. Las Heras 3092, Ciudad de Buenos Aires).

ÍNDICE

Índice, Comité Editor y Comisión Directiva AIACH

Página 3

Cartas de Bienvenida

Página 4

Nuestros comienzos

Páginas 5-8

Artículo principal

Páginas 9-15

Historia de las Heridas

Páginas 17-19

Actualización de artículos internacionales

Páginas 21-23

Por el camino federal

Páginas 24-25

Reglamento para la publicación de artículos

Página 27

ISSN 2468- 9580

El contenido total de los artículos publicados en la Revista Cicatriz-AR es responsabilidad exclusiva de los respectivos autores. Ni el Comité Editorial de la Revista ni la Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH) tienen responsabilidad alguna sobre ellos.



+5411 4855-0924

Modesto Sánchez 1942, PB "2"

Ciudad de Buenos Aires

República Argentina

info@aiach.org.ar

www.aiach.org.ar

facebook.com/aiachonline

twitter.com/AIACHonline

Bienvenidos a **Cicatriz-Ar**, la revista oficial de la **Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH)**.

Por medio de este espacio aprovecho para felicitar y agradecer el esfuerzo de toda la Comisión Directiva para la formación de esta Sociedad. Como es de público conocimiento, la misma no surgió de un día para otro; sino que es el resultado de largos años de trabajo en equipo con búsqueda seria de objetivos en común hasta lograr un lugar que nos representara y con el cual nos sentimos plenamente identificados y encontramos el apoyo moral, académico y legal para seguir adelante con nuestra práctica diaria en el tratamiento de heridas.

La revista **Cicatriz-Ar**, es el órgano tangible y forma parte del corazón académico de nuestra Sociedad. Tiene por objetivo servir como fuente constante de conocimiento, consulta e innovación de todos los temas relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de heridas.

Deseamos que con el tiempo se convierta en material de consulta obligada para todos aquellos profesionales de la Salud que se dedican a cualquier aspecto relacionado con las heridas.

Por otra parte, aprovecho esta primera carta para invitar a todos los lectores a participar de la revista con su experiencia y aportes a fin de que la sientan como un espacio propio para complementar su práctica diaria.

Deseando que este proyecto prospere y se mantenga en el tiempo, les envío mis más cordiales saludos.

ROBERTO HERNÁN MENGARELLI
Director de la Revista **Cicatriz-Ar**



Es un gran honor para mí ser la primer Presidenta de la **Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH)**.

Esta Sociedad Científica surge como continuadora natural del *Grupo Interdisciplinario de Cicatrización de Heridas (GICICH)* ante la necesidad de darle un carácter formal al tema que nos une de manera interdisciplinaria, que es la cicatrización de heridas complejas.

Por este motivo, desde la AIACH, convocamos a todos los médicos, enfermeros y trabajadores de la salud que se enfrenten con la problemática de heridas, a unirse a nuestra Asociación para, juntos, hacer crecer esta nueva disciplina, aunar criterios y conceptos, promover la educación y capacitación permanente, generar grupos de trabajo multidisciplinario y lograr que todos tengamos a nuestro alcance los últimos avances en cicatrización.

ESTELA BILEVICH
Presidenta AIACH



WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES

FLORENCIA, ITALIA
25 AL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016



5TH CONGRESS OF
WUWHS

One Vision. One Mission

Nuestros comienzos

Así se gestó la AIACH

Dra. Estela Bilevich ¹

¹ Presidente AIACH 2014-2016

La **Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas** (AIACH) se constituyó en la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2014, como una Asociación Civil de bien público y sin fines de lucro.

Fijó su domicilio en la Ciudad de Buenos Aires, con la posibilidad de tener delegaciones y/o representaciones en todo el país.

Sus principales propósitos como entidad científica son:

- Contribuir al progreso y al estudio de la Cicatrización de Heridas.
- Propiciar y publicar trabajos de interés científico a través de su revista de aparición periódica **Cicatriz-AR** y sus newsletters.
- Contribuir con la formación de recursos humanos en la especialidad y la educación permanente de sus asociados mediante la realización de Congresos, Cursos, Jornadas

y Ateneos periódicos desarrollados, estos últimos, en la Academia Nacional de Medicina.

- Brindar asesoramiento legal a sus asociados en los temas relacionados con su actividad.
- Cumplir con todos los propósitos expresados en sus estatutos.

En este sentido, **Cicatriz-AR** busca ser el órgano de difusión de la AIACH para lograr, cada día, acercarnos a los profesionales de todo el país que, al igual que nosotros, se enfrentan en su labor diaria con la problemática de las heridas complejas.

Porque, trabajando juntos, vamos a lograr grandes objetivos. 🚀



ESTELA BILEVICH
Presidente AIACH



Lanzamiento de la Primer Comisión Directiva de la AIACH 2014-2016

Nuestros comienzos

Algunas fotos de la firma de la Comisión Directiva 2014-2016



Dra. Estela Bilevich. Presidenta AIACH



Dra. Anahí Belatti. Secretaria General AIACH



Dr. Roberto Mengarelli. Secretario Científico AIACH



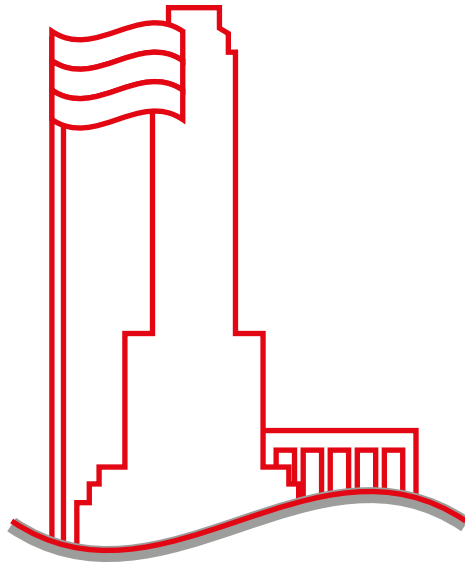
Dra. Romina Vaccalluzzo. Tesorera AIACH



Dra. Victoria Cevallos. Revisora de Cuentas AIACH



CIUDAD DE BUENOS AIRES
REPÚBLICA ARGENTINA
7 DE OCTUBRE DE 2014



JORNADA DE CICATRIZACIÓN
DE HERIDAS DE LA AIACH
Rosario, Argentina

NOVIEMBRE 2016



AIACH

ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA ARGENTINA
DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

Nuestros comienzos

¿Por qué es importante la AIACH?

Compartimos con Uds. las opiniones de nuestros referentes en Cicatrización de Heridas.



ROBERTO CHERJOVSKY (Cir. Vascular y de Tórax)
Vicepresidente AIACH

La AIACH es importante porque genera un marco académico y legal para el tratamiento de temas de importancia para la comunidad, dada la incidencia y la prevalencia de las heridas (especialmente las crónicas) y agrupa en su constitución a aquellos profesionales que se han dedicado intensamente a estos problemas y, merced a su dedicación, han obtenidos en la prevención y el tratamiento excelentes resultados.

La interdisciplina en Cicatrización de Heridas es fundamental dada la diversa etiología, comportamiento, manejo y terapéutica de las heridas, que requiere del aporte de más de un especialista: dermatólogos, cirujanos (generales, plásticos, vasculares), enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas, infectólogos, inmunólogos, etc. **Los buenos resultados dependen del abordaje multidisciplinario.**

Considero que, gracias a la AIACH, en un futuro cercano lograremos: una mayor difusión entre los integrantes del sistema de salud que redundará en una mejora de la calidad de vida de los pacientes; asimismo se alcanzará una mayor difusión sobre nuevas opciones de tratamiento o derivación; se comunicará a la comunidad sobre las opciones terapéuticas fundadas en evidencias científicas y, de esta manera, se buscará evitar tratamientos costosos e ineficaces; se llevará adelante inves-

tigación colaborativa de tipo traslacional para el abordaje de las heridas y transferencia de sus resultados a la industria; y se generarán documentos (guías, revistas, informes a la comunidad) que lleguen a las distintas instancias encargadas de abordar el problema, desde los pacientes y los profesionales hasta las autoridades responsables de la salud de la población.



PATRICIA MAGALLANES (Enfermera)
Vocal Primera Suplente AIACH

La conformación de la AIACH es necesaria porque representa a nuestro país ante el mundo. Todos los que formamos parte de dicha Asociación tenemos un objetivo común, independientemente de nuestra especialidad, que es el paciente que sufre una herida.

La interdisciplina es necesaria ya que cada especialidad tiene una participación distinta, cada uno atiende al paciente desde sus conocimientos pero sabemos que necesitamos de la colaboración de otras especialidades para una atención correcta del sujeto de cuidado como es aquel que sufre una herida o una úlcera. Como enfermera, y tomando el ejemplo de otros países, considero que aún falta transitar un largo trecho para lograr la independencia y la forma de trabajo que ellos desarrollan.

Gracias a la AIACH se van a generar cambios en los conocimientos existentes sobre la curación de heridas o úlceras, ciertos mitos

dejarán de existir y se renovará el pensamiento de todos aquellos que se interesen en el tema. Lo importante es modificar conductas en las especialidades involucradas y llegar a todo el país y al exterior en forma online a través de la transmisión en vivo.

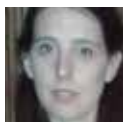


ROBERTO MENGARELLI (Cir. Flebólogo)
Secretario Científico **AIACH**

La conformación de la **Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH)** representa un paso importante en nuestro país para la organización, coordinación, docencia e investigación en el cuidado de heridas.

La interdisciplina es fundamental dado que optimiza recursos, ahorra tiempos de diagnóstico y tratamiento y disminuye el porcentaje de complicaciones en patologías complejas.

Los objetivos de la **AIACH** están dirigidos a crear estadísticas confiables en heridas y Consensos, a mejorar las políticas sanitarias y el empleo de recursos para tratarlas, a investigar y formar profesionales de salud capacitados en el manejo de heridas agudas y crónicas.



ANAHÍ BELATTI (Dermatóloga)
Secretaria General **AIACH**

La conformación de una Asociación es importante porque implica el inicio de un camino de acción y, por ende, la oportunidad de correr de una vez por todas de los senderos que nos llevan únicamente a la falta.

Es frecuente encontrarnos en congresos, eventos y ateneos quejándonos entre otras cosas de las deficiencias y problemáticas del

sistema de salud, y es aquí entonces donde ésta Asociación viene a cambiar el histórico paradigma de la falta; construyendo un presente posible y tangible que se nutre de la pasión con la que se ejerce esta disciplina.

Se construye un nuevo modelo concreto, participativo y con acciones claras, que nos permite estar en concordancia con la realidad de las heridas en el mundo y que encuentra en Argentina una sociedad hermana con la cual dialogar de a pares.

El camino societario de seriedad fomenta entre otras cuestiones, el encuentro interdisciplinario y de participación federal, el compromiso con la educación universitaria y el velar por los derechos de los pacientes, que son a quienes, en definitiva, nos debemos.

Es por todo esto que la **AIACH** es importante, sin embargo, más importante aún es que ustedes la habiten y la hagan suya.



SILVIA GOROSITO (Cir. Vascular)
Secretaria de Actas **AIACH**

La importancia de la **AIACH** radica en que permite unir a todas las disciplinas del área de la salud en una Asociación para el estudio y la investigación en el cuidado de las heridas.

Es necesario tender a la transdisciplina donde todos compartan los mismos conocimientos para el manejo de las heridas y esto es imprescindible en el abordaje integral de todas las disciplinas involucradas. De este modo se generarán conocimientos indispensables para el manejo de las heridas, se podrá mejorar no sólo el tratamiento, sino también la prevención con una política de educación continua y la suficiente fuerza para llegar hasta el Ministerio de Salud en estos temas tan sensibles para la salud pública. 

Prontosan® Limpieza

"Solo una herida limpia cicatriza"
Limpieza y descontaminación efectiva



Limpieza tradicional

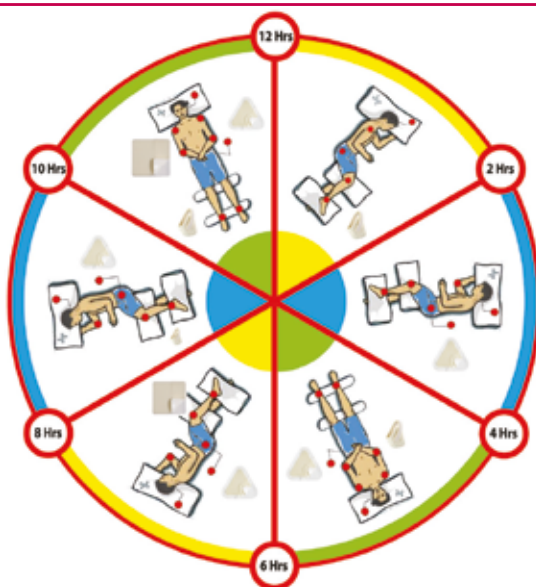


Prontosan

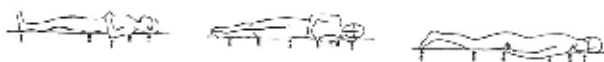
- Prontosan® (Polihexanida y Betania)
- Efectiva remoción del Biofilm Bacteriano
- Consigue realizar la limpieza y descontaminación sin interferir en el proceso de cicatrización.

Linovera® Prevención

"La prevención, está en tus manos..."
Acidos Grasos Hiperóxigenados, Aloe Vera y Centella Asiática



- Zonas de riesgo



- Modo de empleo



- Aloe Vera - Centella Asiática
 - Protección frente a los agentes externos
 - Mejoran la resistencia de la piel
 - Reparar el daño epidérmico
 - Restauran la circulación capilar
 - Estimulan la síntesis de colágeno
 - Efecto rehidratante y cicatrizante

Artículo Principal

Úlcera venosa en el anciano: un problema que trasciende a la salud.

Dra. Gabriela Blumtritt ¹

¹ Médica especialista en Cirugía General, Médica de planta permanente en Cirugía Vascular Periférica de la Policlínica Bancaria 9 de Julio (gabrielablumtritt@gmail.com)

RESUMEN

La úlcera venosa de miembros inferiores representa el 70 al 90 % de todas las úlceras de las extremidades inferiores. Se observa con mayor frecuencia en pacientes de edad adulta y su aparición aumenta con la edad.¹ En diversos países, esta entidad se considera un problema de salud pública y como tal ha motivado el estudio, no sólo de su prevalencia e incidencia, sino del coste que supone su tratamiento y el impacto que tiene en la población.

El objetivo de este artículo es conocer las dificultades que enfrentan los pacientes en cuanto a la adherencia al tratamiento, el desarrollo de sus tareas cotidianas y en la esfera socioeconómica; esto muchas veces desencadena acontecimientos que devienen en la limitación y el detrimento de la calidad de vida.

El paciente portador de heridas crónicas requiere un abordaje multidisciplinario con énfasis en los diversos aspectos que interfieren en el desarrollo y la evolución de la lesión. Así, resulta esencial el trabajo de un equipo compuesto por médicos, enfermeros, nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos o psiquiatras, que consideren todos los factores relacionados con la cicatrización, tanto los asociados al paciente como los inherentes a la propia lesión.

LEG VENOUS ULCER IN ELDER PEOPLE: A PROBLEM TRANSCENDING HEALTH

SUMMARY

Leg venous ulcer represents between 70-90% of all lower limbs ulcers. It is most frequently observed in elder patients and its appearance increases with age. In many countries this entity is considered a public health issue. It has been studied from all possible angles: incidence, prevalence, cost of treatment, and quality of life among others.

The purpose of this article is to show the difficulties patients with this illness have to bare in every day activities and how it affects them. Most of the time they can not pursue a treatment because of these reasons, this has a negative impact in their lives, diminishing their social and affective life.

These patients need a multidisciplinary approach to their illness with special emphasis in aspects regarding the development and evolution of the wound as much as the other aspects of their health. It is essential to create a team work between physicians, nurses, psychologists, physiotherapists and other members of the health team in order to consider all the factors related to wound healing.

OBJETIVOS

Objetivos generales: realizar un aporte a la salud pública y privada a través de la reevaluación de una patología crónica de alta prevalencia.

Objetivos específicos: establecer las necesidades de conocimiento de la úlcera venosa en el anciano, su impacto económico y determinar conductas de cuidado.

EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL

Las úlceras venosas de miembros inferiores representan un problema doloroso y desagradable para quien las padece y costoso para la salud pública.

La úlcera venosa se considera la expresión más grave de la insuficiencia venosa crónica (IVC), 1 de cada 300 adultos puede padecerla en algún momento de la vida.² Afecta al 1% de la población mundial adulta de los países industrializados. Un 22 % presenta su primer episodio en la cuarta década de la vida, mientras que este porcentaje asciende al 70 % para la sexta década. Se han establecido asociaciones a dolor, disminución de la movilidad, baja autoestima, aislamiento, sentimientos de enojo y depresión.³

Por este motivo, países europeos y Estados Unidos han estudiado su prevalencia e incidencia, el impacto económico y social que tiene, y su tratamiento.⁴

La repercusión económica y socio laboral de esta patología representa un capítulo importante en la sanidad mundial.⁵ Los costes directos e indirectos pueden ser sumamente altos, entendiendo por costes directos a aquellos que tienen que ver con la adquisición de fármacos, materiales de curación, vendas, visitas al médico, o visitas de enfermería, análisis de laboratorio e internación.⁶ Los costes indirectos son aquellos no medibles en dinero,

como ser, disminución de la productividad y alteración en la calidad de vida.²

De lo mencionado se desprende, en primer lugar, que la IVC es una enfermedad muy frecuente, subdiagnosticada y, por ende, no tratada, que afecta a pacientes adultos y aumenta en la ancianidad. Una de sus complicaciones más temidas y graves es la úlcera venosa, la cual se presenta también con alta frecuencia debido a lo establecido con anterioridad. Tratar un paciente anciano con úlcera venosa, no es una tarea sencilla. Estos pacientes son portadores de otras enfermedades, tienen mayores limitaciones para la movilidad, toman una gran cantidad de medicamentos y muchas veces encarar un tratamiento implica cambiar sus hábitos, sumar medicaciones y curaciones que no siempre pueden realizar. En segundo lugar es necesario establecer una relación entre el coste que implica el tratamiento de esta enfermedad y la aceptación de éste por parte de los pacientes.

COSTES A NIVEL MUNDIAL

Según Simka y col.,² el coste anual estimado en el tratamiento de la úlcera venosa de miembros inferiores fue para el año 1997 de 1 billón de dólares en los Estados Unidos y de 400 a 600 millones de euros en el Reino Unido, cifra que representó el 2 % del presupuesto total en salud de ese país. En el año 2010 en Estados Unidos esta cifra osciló entre 1 y 5 billones de dólares al año invertidos en el tratamiento de la úlcera venosa.⁶ Se informó que el 1.69 % de la población mayor de 65 años padece 600.000 úlceras anuales y que el coste promedio de tratamiento de una úlcera es cercano a los 9600 dólares por episodio.⁷

Este análisis surge como inquietud de estos países ante la problemática que esta enfermedad representa para la salud pública, ya que se asocia a padecimientos significativos,

un coste elevado de salud, ausentismo laboral y disminución en la calidad de vida.

Se considera evidencia de tipo 1a que lo más efectivo para el tratamiento tanto de la IVC como de la úlcera venosa, es el vendaje multicapa y contención por medio de la utilización de medias elásticas. Asimismo, existen trabajos de investigación que prueban que la asociación de este tipo de terapéutica a determinados fármacos como la pentoxifilina o la diosmina micronizada, acelera el tiempo de cierre con consecuente reducción global de los costes.^{3-5,8-9}

La cronicidad de la úlcera venosa la torna altamente recidivante, factor no menor si se considera que la tasa de recurrencia es del 72% y que esto aumenta el costo del tratamiento.³

Se han publicado múltiples trabajos sobre factores de riesgo y etiopatogenia de la úlcera venosa. Sin embargo, Araujo y Yoshida, en Sao Pablo, Brasil, observaron que a una gran cantidad de pacientes derivados a centros de atención públicos en países desarrollados, no se les realizó un diagnóstico correcto ni recibieron un tratamiento temprano; factores que condicionan una evolución clínica desfavorable y la recurrencia de la úlcera.⁹

Otro motivo por el cual existen recidivas en este tipo de úlceras, es la resistencia del paciente a aceptar el cambio en el estilo de vida que conlleva cumplir con el tratamiento, usar las medias elásticas durante todo el día y todos los días, respetar los intervalos de descanso en posición de Trendelenburg, realizar ejercicios, etc.¹

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ÚLCERAS VENOSAS

En el Reino Unido y los Estados Unidos se han llevado a cabo varias encuestas referidas a la calidad de vida de estos pacientes y su

apreciación de la enfermedad. La mayoría de ellos (añosos con comorbilidades, algunos solos, otros casados), coincidieron en aspectos negativos que consideran determinantes como disparadores de intolerancia a su enfermedad. El dolor es el principal aspecto que se deja entrever junto con los trastornos del sueño que acarrea, las alteraciones en la movilidad, la exudación y el olor de la herida y el aislamiento social, entre otros. Por otra parte, los aspectos positivos en los cuales todos coincidieron tuvieron que ver con la empatía por parte del profesional de la salud a cargo de cuidar su herida.

La revista Wounds publicó en 2012 un trabajo sobre úlcera venosa y su cuidado en el sistema de veteranos de diferentes regiones de los Estados Unidos.¹⁰ Una de las conclusiones fue que muchas veces se trataba la úlcera pero no su enfermedad de base. Los pacientes que vivían lejos del centro asistencial o en zonas rurales no recibían el tratamiento adecuado, bien porque no podían vendarse, no sabían hacerlo o no tenían quién lo hiciera por ellos y esta parte del tratamiento era dejada de lado perpetuando la úlcera.¹¹

De lo expuesto, se desprende la gravedad del problema a nivel global. Aún en los países mencionados donde los avances son muchos, las publicaciones al respecto son numerosas y existe una acción hacia dicha patología, quedan muchos temas por resolver, sobre todo cuando se trata de la calidad de vida.

MANEJO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS

Las opciones de tratamiento actuales pueden dividirse en 5 categorías: compresión^{3,5-7,11,12}, curación local de la herida, cirugía, medicación y cura avanzada de heridas.^{12,13}

Los algoritmos para el tratamiento de úlcera venosa recomiendan seguir la regla de las 4 semanas. Si durante este período con la tera-

pia habitual, la úlcera no progresa en su curación más del 40% es necesario un cambio de estrategia.¹³

El vendaje compresivo se usa de manera estandarizada de acuerdo a las guías de buena práctica. Un artículo publicado en el *British Journal of Nursing*¹⁴ habla de la adherencia a éste tipo de tratamiento en la úlcera venosa y hace hincapié en que es una tarea compleja que requiere entrenamiento y conocimiento para ser aplicada en forma correcta. Con frecuencia sucede que la baja adherencia del paciente a esta terapéutica se asocia con las molestias que le ocasiona, ya sea en la piel sana, en el sitio de la úlcera o en la cicatriz. Al no usar el vendaje, la tasa de recurrencia aumenta, creándose así un círculo vicioso.

Para poder lograr mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con úlcera venosa, en Holanda se desarrolló el programa de atención para pacientes ambulatorios *lively legs* (piernas vivas). Las metas de este programa fueron en primer lugar aumentar la actividad física realizada por los pacientes, caminatas, ejercicios de piernas y mejorar la adherencia al vendaje compresivo. Luego el foco se hizo en el manejo del dolor, la higiene, el uso de un calzado adecuado y una dieta saludable. Como este modelo existen otros, *the leg club* (el club de las piernas) en el Reino Unido, modelo de cuidado comunitario que promueve la proposición de metas a cumplir y la interacción social. También fue adoptado en Queensland, Australia y Alemania entre otros.¹⁵

Cuando se estudiaron dichos centros y modelos se obtuvieron buenos resultados con respecto a la calidad de vida de los pacientes mejorando su habilidad funcional y aumentando la autoestima. Sin embargo, la implementación de esta clase de programas no es sencilla.

En algunos sectores de Norte América se ha propuesto, al igual que en el trabajo presentado por la revista *Wounds* sobre los veteranos, realizar un enfoque multidisciplinario. Si luego de 4 semanas de tratamiento adecuado no hay cambios, es necesario derivar a un especialista en heridas, educar al paciente en lo que respecta a su patología y los cuidados que ésta requiere y establecer vínculos más allá de la curación de la herida por parte del profesional actuante para brindar contención al paciente.^{11, 13, 16}

Además, resulta de gran importancia, hacer hincapié en el cuidado y el tratamiento posterior al cierre de la úlcera, para reducir el número de recidivas.¹³

DISCUSIÓN

Existen cuatro aspectos que pueden ser los iniciales para entender y atender a nuestros pacientes de mejor manera; a saber: un breve resumen de la epidemiología de esta entidad, cuáles son los costes de tratamiento, qué cambios implica en su calidad de vida y cómo influye en ella implementar los tratamientos propuestos.

Los países que más han investigado este problema conocen su población de pacientes, las posibilidades de tratamiento, las dificultades asociadas a la úlcera y cómo esto influye en su curación. Cuentan con un aparato gubernamental que no descuida esta patología y que proporciona medios para su cuidado y detección temprana. De este modo, se encuentran provistos de centros de atención especializados, profesionales médicos y enfermeros de atención primaria de la salud formados para los primeros tratamientos de esta entidad, diferentes programas de encuestas para evaluar y tratar de mejorar la calidad de vida. Además, cuentan con grupos de educación, tratamiento y apoyo, donde el paciente reto-

ma la responsabilidad sobre su salud y sus tareas cotidianas.

En nuestro país y de acuerdo con los datos obtenidos desde la página del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, la causa principal de mortalidad son los trastornos circulatorios. Si bien estos no se encuentran individualizados, es posible asumir que se trata de alteraciones arteriales tales como infarto agudo de miocardio, accidentes cerebro-vasculares, arteriopatía periférica crónica, etc., dado que estas entidades son las contempladas en los planes de prevención.

No se han valorado las causas de morbilidad en el grupo etario de mayores de 65 años con respecto a la IVC. Este dato no es menor, si se sigue un pensamiento lineal en el cual a mayor edad, mayor probabilidad de padecerla y sin tratamiento adecuado mayor frecuencia de evolución hacia úlcera venosa, problema que también es altamente previsible y prevenible de implementarse la atención primaria adecuada.

El programa médico obligatorio (PMO) al cual adhieren los prestadores de salud, establece: *"...se sostienen los principios de privilegiar la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir, un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria. Proveer cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a través de un médico de familia que sea responsable de los cuidados de los beneficiarios."*¹⁷ Este párrafo que encabeza el PMO habla de privilegiar la atención primaria, la prevención, antes que la atención secundaria y terciaria, que implican el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

Estos datos me llevaron a la observación de varios puntos en la realización de mi tarea. En primer lugar ningún paciente llegó a mi consulta habiendo realizado o llevando vendaje compresivo, terapéutica considerada piedra angular en el tratamiento de esta entidad. A ninguno de estos pacientes se les realizó diagnóstico etiológico de su úlcera: venosa, arterial, por presión, mixta, atípica, etc. Más de la mitad de ellos llevaban años padeciéndola. Luego de realizar la tarea de tamizaje, es decir, hacer diagnóstico de la etiología de la úlcera, modificar las pautas de curación y tratar de adecuar la medicación; a quienes correspondía se indicó el vendaje compresivo, y en ese momento es cuando apareció un nuevo obstáculo: los pacientes no podían vendarse ellos mismos, no tenían quién lo hiciera por ellos, o simplemente no querían hacerlo porque llevar una venda elástica les provoca incomodidad o les lesiona la piel, o les provoca calor, y un sin fin de explicaciones más. Tampoco estaban recibiendo un tratamiento farmacológico adecuado para el dolor de la úlcera, o a pesar del dolor, no deseaban sumar mayor medicación a la actualmente recibida por otras patologías y por ese motivo, la terapéutica para el dolor tampoco era respetada.

El motivo de la consulta resultó ser el mismo en todos los casos, que la úlcera no cierra, que la úlcera duele y esto no les permite descansar, realizar sus actividades diarias, socializar. Pero también hubo coincidencia que quienes querían realizar el tratamiento adecuado no tenían cómo hacerlo, o hubo negativa frente a determinadas pautas del tratamiento o éste era cumplido a medias. Al leer los trabajos internacionales al respecto queda claro que las circunstancias de estos pacientes (tanto nuestros pacientes como los de otras partes del mundo) son similares.

Ante las dificultades ciertas llámase incapacidad real para vendarse a sí mismo (por padecer artrosis, tener sobrepeso, o movilidad reducida, ya sea por una cirugía de cadera o simplemente por la falta de elasticidad y elongación propias de la edad) o para conseguir una persona que asista al paciente, surge la pregunta, ¿qué se le puede ofrecer a estos pacientes para salvar estos obstáculos? Y la búsqueda de las posibles soluciones. En la bibliografía internacional se observa que diferentes países tienen soporte para estos pacientes, ya sea en centros de atención especializados o por medio de trabajadores de salud en domicilio a los cuales pueden recurrir como fuese expresado en el desarrollo de esta publicación. En nuestra bibliografía no hallé nada de esto, tampoco encontré el problema como tal dentro de los programas de padecimientos crónicos ofrecidos tanto por el Ministerio de Salud de la Nación como por el Ministerio de Salud de la Capital Federal. Esto sucede porque es una entidad que no se contempla, razón por la cual no hay datos sobre su incidencia ni prevalencia a nivel nacional.

Existen entonces dos grandes problemas cuando hablamos de atención a los pacientes ancianos que padecen de úlcera venosa, uno de ellos y quizás el principal, es que no existe detección ni tratamiento temprano adecuado de la IVC; lo que termina indefectiblemente provocando que el paciente limite sus actividades y se presente la tan temida complicación. Ante esto, la aparición de la úlcera venosa, surge el segundo gran inconveniente que es implementar el tratamiento de acuerdo con las pautas internacionales porque existe un gran desconocimiento al respecto en profesionales de la salud.

CONCLUSIÓN

De lo expuesto se desprende que hay mucho por hacer y por explorar. En principio con-

siderar a las úlceras de miembros inferiores como una enfermedad crónica e incapacitante que trae aparejado un número importante de comorbilidades, conocer el número de pacientes con esta patología, tratar de proveer un tratamiento adecuado, difundir el mismo a personal de salud y los pacientes para poder luego crear programas que aborden esta temática. 

BIBLIOGRAFÍA

¹Marques Frota N, Ramalho Rolim L, Mesquita Melo E. Sistematización de la asistencia de enfermería: enfoque en un paciente portador de úlcera venosa. Estudio de un caso. Revista electrónica enfermería global 2012; 28: 23-30.

²Simka M, Majewski E. The social and economic burden of venous leg ulcers. Am J Clin Dermatol 2003; 4 (8): 573-581.

³Phillips T, Stanton B, Provan A, Lew R. A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social and psychologic implications. J Am Acad Dermatol 1994; 31: 49-53.

⁴Rubio-Terres C, Dominguez-Gil Hurlé A. Análisis coste efectividad del tratamiento del paciente con úlceras debidas a la insuficiencia venosa crónica con fracción flavinoide purificada y micronizada y terapia compresiva o con terapia compresiva solamente. Rev Esp Econ Salud 2005; 4 (2): 87-94.

⁵Pardo Vitorero R, González Fernández E. Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa en miembros inferiores. Nuber cientif 2013; 2 (9): 12-20.

⁶Shafritz R, Stark K. Review and benefits of non-invasive diagnostic ultrasound and thermal ablation. Ostomy Wound Management 2010; 56 (online suppl): 5-7.

⁷Kistner R. Venous ulcers of the legs, treatable and preventable. Ostomy Wound Management 2010; 56 (online suppl): 3-4.

⁸Coleridge-smith P. Leg ulcer traetment. Journal of vascular surgery 2009; 49 (3): 804-808.

⁹Araujo I, Yoshida W. The pernicious cycle of VLU's in Brazil: epidemiology, pathogeny and auxiliary healing methods. J Wound Care. 2013; 22(4): 186-8, 190, 192-3.

¹⁰Andersen C, Aung B. Improving the Standard of Care for Treating Venous Leg Ulcers within the Veterans Administration. April 2012 WOUNDS® www.woundsresearch.com

¹¹Kimmel H, Robim A. An Evidence-Based Algorithm for Treating Venous Leg Ulcers Utilizing the Cochrane Database of Systematic Reviews. Wounds 2013; 25 (9): 242-250.

¹²Robson M, Cooper D. Guidelines for the treatment of venous ulcers. Wound Rep Reg 2006; 14: 649-662.

¹³Warriner III R. A New Algorithm for the Evaluation and Treatment of Venous Leg Ulcer Patients in the Outpatient Wound Care Clinic. Ostomy Wound Management 2010; 56 (online suppl): 8-11.

¹⁴Todd M, Venous leg ulcers and the impact of compression bandaging. Br J Nurs. 2011 Nov 24-Dec 7; 20 (21): 1360-4.

¹⁵Van de Glind et al. Implementation Science 2012, 7: 104 <http://www.implementationscience.com/content/7/1/104>

¹⁶Glinski W, Chodynika B. The beneficial argumentative effect of micronised purified flavonoid fraction on the healing of leg ulcers: an open multicentred, controlled randomized study. Phlebology 1999; 14: 151-157.

¹⁷www.sssalud.gov.ar/pmo/new/anexo_I.pdf



Obsérvese úlcera venosa en cara lateral interna de miembro inferior derecho, tercio inferior, con prolongación hacia anterior, lecho con tejido granulante, sin signos de infección, abundante exudado, bordes irregulares. Edema en dedos de pie y empeine, por la mala técnica en la aplicación del vendaje compresivo. También a nivel de la rodilla.

17



Obsérvese miembro inferior derecho con vendaje realizado por la paciente de forma inadecuada, tanto la altura como la sujeción del mismo.



ALLEVYN[◇]

Apósitos hidrocelulares
adhesivos y no adhesivos

ACTICOAT[◇]

El paso posterior para
el control de la infección



ALLEVYN presenta una estructura trilaminar avanzada que promueve la cicatrización a través del control dinámico del exudado.



ACTICOAT es un apósito de plata nanocristalina indicado para el tratamiento de la infección a nivel local en heridas de cualquier etiología.

Soluciones
Hospitalarias

Domingo de Acasuso 3780, Olivos. Buenos Aires. Tel./Fax: 4790-2806 - 4794-3216 - 4711-3056
info@shospitalarias.com.ar | www.shospitalarias.com.ar

Mejorando el bienestar de las personas que viven con una herida

Historia de las Heridas

Evolución del tratamiento de las heridas a lo largo de la historia (Primera Parte)

Dr. Roberto Mengarelli¹

¹ Especialista en Cirugía General, flebología y linfología. Heridas crónicas y comité de pie diabético, Hospital Militar Central - Servicio de heridas crónicas, Hospital Municipal de Tigre. Secretario Científico AIACH (Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas)

LAS HERIDAS EN LA PREHISTORIA

Es posible comprobar las enfermedades que padeció el hombre prehistórico por medio del estudio paleontológico de fósiles óseos o cadáveres bien conservados, ciencia denominada paleopatología. El hombre primitivo no distinguía entre medicina, magia y religión. Para él todo era lo mismo, motivo por el cual se vio forzado a idear una serie de prácticas para protegerse contra las fuerzas del mal que él consideraba lo acechaban y amenazaban en forma constante con la intención de privarlo de la salud, el bienestar y la felicidad.

MAGIA, SUPERSTICIÓN Y MEDICINA: EL CHAMÁN

En la antigüedad, la enfermedad se vinculaba con fenómenos extraordinarios o castigos de seres demoníacos. Así nació la superstición, el ritual y la magia; practicado por el personaje con mayor influencia en el seno de su comunidad: el Chamán.

Los chamanes, luego de buscar medicinas en la selva, seleccionar frutos, raíces y cortezas; quedaban en recogimiento religioso y cantaban a los espíritus invocando sobre las medicinas:

"No cura la planta, sino el espíritu que se invoca sobre ella y que la posee"

La prueba más antigua que existe sobre el uso de plantas data del período paleolítico

medio, en donde se descubrió una tumba con restos fósiles de Neandertales en las montañas de Zagros (Irak) colocados en posición fetal junto a varias especies de flores, siete de las cuales tenían propiedades medicinales.¹



Lascaux: chamán en trance y la muerte de un cazador atacado por un bisonte

La amputación existió en la prehistoria. En cuevas paleolíticas es habitual observar manos pintadas en las paredes (cueva de las mil manos, cuevas del castillo y Pasiega en Santander). La revolución neolítica permitió al hombre cultivar, entre otras cosas, plantas medicinales. Varios centenares de especies se han identificado en torno a poblaciones neolíticas.²

La habilidad del hombre neolítico, le llevó a practicar trepanaciones quirúrgicas así como extracciones de flechas.

EL ANTIGUO EGIPTO

En el antiguo Egipto existía una gran preocupación por el estudio de la medicina y la búsqueda de soluciones para las enfermedades. Así comienza la recopilación de información médica que más tarde sería utilizada para su estudio. Esta información se encuentra en papiros, más específicamente en el papiro de Ebers que se considera uno de los primeros manuales en medicina.³ También existe el papiro de Edwin Smith, denominado "papiro quirúrgico" que establece la base de los tratamientos quirúrgicos y describe el manejo de fracturas, heridas y contusiones. El médico era conocido como Sunu. El primer médico-dentista sobre el que se conoce es Hesy-Ra quien vivió durante la tercera dinastía, sin embargo se considera a Imhotep como el padre de la medicina Egipcia.⁴ Los egipcios utilizaban plantas medicinales. El Papiro de Ebers redactado alrededor del año 1550 AC, comprende una extensa lista de plantas medicinales que se utilizan hoy en día, como por ejemplo el aloe vera, que en Egipto fue la planta cuya sangre ofrecía la belleza, la salud y la eternidad.

El médico egipcio era muy buen observador: interrogaba, inspeccionaba y palpaba al paciente. Observaba y olía las secreciones. Luego del diagnóstico continuaba el veredicto: una enfermedad que combatiré, una enfermedad que curaré y una enfermedad que no puede ser curada.

"Cuando veas a un hombre con una herida no abierta pero que penetra hasta el hueso, examinarás la herida. Si encuentras el hueso sano, sin fisura, agujero ni fractura, le dirás: Tienes una herida en el hueso gema que puedo curarte. El primer día lo vendarás con carne cruda. Después le curarás cada día con pomada y miel, hasta que mejore. Una herida que no está abierta pero que penetra hasta el hueso,

es una herida pequeña, sin que se formen labios alrededor, se llama herida delgada".⁵

Una herida abierta en el antiguo Egipto tenía una base espiritual, era vista como un punto de entrada de entidades malignas; por lo cual utilizaban sustancias repelentes para ahuyentarlas, como heces de burros. Aunque repugnante, se dice que esta práctica era efectiva ya que contenía una serie de sustancias antibióticas y proteínas como la tripsina que podrían favorecer la cicatrización.⁶

Los egipcios entendían que una herida cerrada cicatrizaba más rápido que una abierta, ya que aplicaban vendajes adhesivos con sustancias vegetales.⁷

Utilizaron antisépticos; el pigmento de cobre malaquita representa un ejemplo de ello. A su vez conocían el valor y las propiedades antisépticas de la miel y el azúcar.⁸ Las heridas se vendaban con carne los primeros días y luego con vendas embebidas con aceites y miel. Los agentes más utilizados eran la mezcla de miel y manteca de cerdo o miel y resina. La escasez de árboles en Egipto hizo difícil obtener resinas, por lo que también se utilizaba mirra para el tratamiento de las mismas, la cual fue importada en grandes cantidades. La fragancia de estas sustancias además evitaba el mal olor de las heridas.⁹ ✎



Cueva de Gargas- Francia: Manos con falanges amputadas



Trepanaciones en la antigüedad.



Esencias y plantas medicinales.



Plantaciones de Aloe Vera en el Antiguo Egipto.



Prótesis hallada en Tebas. Museo Egipcio- El Cairo.

BIBLIOGRAFÍA

¹Barquero A. Plantas sanadoras: pasado, presente y futuro. Revista química viva 2007 N2, año6: 53-69. Química@gb.fcen.uba.ar.

²Reverte Coma J. Medicina en la prehistoria. Antropología 1992 Sup 8: 63-79.

³Guzman Dabán E. Tratamiento de enfermedades en la antigüedad y en la edad media reflejado en el arte. Pasaj Cienc. 2010; 13:26-30.

⁴Demarchi G. La medicina en el Antiguo Egipto. Revista del Hospital Ramos Mejía 2012. Vol 15 (2) <http://www.ramosmejia.org.ar>.

⁵Calvo Soriano. La medicina en el antiguo Egipto. Act Ped. 2003; 5(1): 44-50.

⁶Dauton C, Kothari S. A history of materials and

practices for wound management. Wound Practice and research 2012; 20(4): 174-186.

⁷Forrest R. Early history of wound treatment. Journal of the Royal Society of Medicine 1982. 75: 198-205.

⁸Gottrup F. Wound Healing, Historical Aspects. EWMA Journal 2004 vol 4(2): 21-26.

⁹Dieckmann P. Perfumes and History. Rev. Mirab. 2003(3): 75-92.



Sulfadiazina de Plata
Vitamina A
Lidocaína

Platsul-A®

CREMA DE APLICACION TOPICA LOCAL



de **primera
elección** en todo tipo de
heridas y quemaduras

- Heridas quirúrgicas y domésticas
- Escaras por decúbito
- Úlceras vasculares

También en afecciones dermatológicas infectadas o susceptibles de infectarse



Actualización de Artículos Internacionales

En esta sección, los integrantes del Comité Editor de la Revista **Cicatriz Ar** realizamos actualizaciones de artículos internacionales, de temas novedosos y de interés para la comunidad hispanoparlante. Nuestro objetivo es poder contribuir con la actualización de conocimientos relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las heridas. Esperamos que esta sección sea de utilidad e inspiración para todos aquellos profesionales de la salud que nos dedicamos a esta disciplina.

Romina Vaccalluzzo. Secretaria de Redacción

TRATAMIENTO NOVEDOSO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS CON SIMVASTATINA: UN ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO POR PLACEBO.

Simvastatin as a novel therapeutic agent for venous ulcers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.

M.T.P. Evangelista, M.F.A. Casintahan and L.L. Vil-lafuerte¹

¹Department of Dermatology, Jose R. Reyes Memorial Medical Center, Rizal Avenue Sta. Cruz, Manila 1003, Philippines. *British Journal of Dermatology* (2014) 170: 1151-1157

RESUMEN

Si bien el tratamiento estándar de las úlceras venosas es la compresión, ciertos fármacos pueden utilizarse como terapia coadyuvante. La simvastatina demostró propiedades de interés para la cicatrización de heridas; sin embargo, ningún estudio ha investigado su uso en úlceras venosas.

Objetivo: evaluar la eficacia y la seguridad de la simvastatina en la cicatrización de las úlceras venosas cuando se combina con el tratamiento estándar para las úlceras.

Métodos: se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado por placebo. Los resultados evaluados fueron la proporción de úlceras cerradas, el tiempo de curación, la superficie cicatrizada y el score alcanzado en el DLQI (Dermatology Life Quality Index, un índice que evalúa la calidad de vida en relación con los problemas cutáneos).

Resultados: se seleccionaron 66 pacientes al azar, los cuales fueron divididos en dos grupos: grupo simvastatina (n = 32) y grupo control (n = 34). En el grupo simvastatina el 100% de las úlceras ≤ 5 cm se curaron, mientras que en el grupo control cerraron el 50% [riesgo relativo (RR) 0,10; intervalo de confianza 95% (IC) 0,0141-0,707].

El tiempo de curación para úlceras ≤ 5 cm fue de 6,89 $\pm$ 0,78 semanas y de 8,40 $\pm$ 1,13 semanas para el grupo simvastatina y el grupo control, respectivamente (P < 0,001). Para las úlceras > 5 cm, en el grupo simvastatina cerraron el 67%, con un tiempo de curación promedio de 9,17 $\pm$ 1,07 semanas. En el grupo control no cerró ninguna úlcera de ese tamaño (RR 0,33, IC 95% 0,132-0,840). El grupo simvastatina tuvo menor score DLQI post-tratamiento (P < 0,001). No se documentaron efectos adversos.

¿QUÉ ES LO QUE YA SE SABE SOBRE ESTE TEMA?

- El tratamiento estándar para las úlceras venosas es la terapia de compresión, pero algunos fármacos pueden ser utilizados como terapia adyuvante para acelerar el proceso de cicatrización.

- Las estatinas son medicamentos que reducen el colesterol y, además, tienen efectos pleiotrópicos, que aceleran la cicatrización de las heridas. Sin embargo, la evidencia proviene principalmente de estudios en animales.

- No existen estudios que investiguen el uso de estatinas para las úlceras venosas.

¿QUÉ APORTA ESTE ESTUDIO?

- Este es el primer estudio en investigar el uso de estatinas (simvastatina 40 mg/día) en la cicatrización de las úlceras venosas.
- Este estudio aleatorizado, doble ciego, controlado por placebo, mostró que la simvastatina, junto con el tratamiento estándar de las heridas y la terapia compresiva, se asocia a una mejoría significativa en la velocidad y el tiempo de curación, así como en la calidad de vida de los pacientes, en comparación con el placebo, en el tratamiento de las úlceras venosas. No se documentaron efectos adversos.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES PREDICTIVOS DE AMPUTACIÓN, EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ÚLCERAS DE PIE INFECTADAS?

Predictors of lower-extremity amputation in patients with an infected diabetic foot ulcer.

Pickwell K, Siersma V, Kars M y colaboradores, por el estudio Eurodiale¹

¹*Diabetes Care.* 2015; 38: 852-7

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2007, los investigadores del grupo EURODIaLE ("European Study Group on Diabetes and the Lower Extremity") han producido una serie de estudios sobre la problemática de las extremidades inferiores en los diabéticos. El presente trabajo estudia las infecciones de las úlceras de pie, que complican la situación clínica y con frecuencia tienen mala evolución. El propósito esencial es determinar, en un cohorte de individuos con una úlcera de pie infectada, si es posible a) determinar la existencia de factores predictivos independientes del riesgo de amputación, b) establecer el valor predictivo de la clasifi-

cación IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot), elaborada por una organización internacional que estudia estos problemas, y c) desarrollar una escala de riesgo numérica, cuyo score permita predecir las amputaciones.

DISEÑO

Estudio de cohorte prospectivo, con seguimiento a un año.

CONTEXTO

Integran el grupo de estudio EURODIaLE centros ubicados en varias ciudades de los Países Bajos, Bélgica, Alemania, Gran Bretaña, Italia y Suecia, en Copenhague (Dinamarca), Praga (República Checa) y Liubliana (Eslovenia), entre otras. En esta investigación específica participaron 14 centros clínicos especializados, pertenecientes a 10 países de Europa.

PACIENTES

Se incluyeron 575 pacientes diabéticos que presentaban úlceras de pies infectadas.

INTERVENCIÓN

No se evaluó la evolución clínica de los participantes. La capacidad predictiva de los distintos factores e instrumentos se clasificó a través de mediciones del área bajo la curva **ROC**, un procedimiento estadístico que ayuda a determinar falsos y verdaderos positivos y negativos.

MEDIDAS DE EVOLUCIÓN

No se examinaron medidas de evolución clínica. El principal propósito del estudio fue la identificación de factores predictivos de amputación en los pacientes que presentaban úlceras de pie infectadas.

PRINCIPALES RESULTADOS

De los 575 pacientes incluidos, 159 individuos (28%) sufrieron amputación a los 12 me-

Actualización de Artículos Internacionales

ses. A continuación se indican las principales observaciones realizadas.

- Constituyen factores independientes de riesgo de amputación i) la presencia de edema perilesional, ii) el olor nauseabundo, iii) la ausencia de exudado purulento, iv) la profundidad de la úlcera de pie, v) el resultado positivo de un test de contacto óseo (PTB, "probe-to-bone test"), vi) la presencia de edema pretibial, vii) la fiebre y viii) los valores elevados de proteína C reactiva.

- Otro factor predictivo independiente de riesgo de amputación fue el incremento de la gravedad de la infección, medida con el IWG-DF.

- Sobre la base de estos hallazgos, los responsables del estudio desarrollaron su propio score de riesgo específico, en una modalidad aplicable a todas las formas de amputación y otra que se limita al dedo hallux, excluyendo los otros dedos del pie. Los principales componentes de ese score de riesgo son: sexo, diámetro de la úlcera, presencia de dolor a la palpación, edema perilesional y cardiopatía periférica.

- Los autores indican que su score de riesgo es más efectivo que el sistema IWGDF: los valores del área bajo la curva ROC resultan de 0,80 con el score de riesgo de amputación en general, de 0,78 con el score que excluye los dedos menores y de 0,67 con el IWGDF.

CONCLUSIÓN

El grupo de estudio europeo EURODiLE presenta un score de riesgo específico de amputación del miembro inferior en sujetos que padecen úlceras de pie diabético infectadas. De acuerdo con sus primeras mediciones, dicho sistema es más efectivo que el sistema desarrollado por el IWGDF. Los factores predictivos más significativos son sexo, diámetro de las úlceras, presencia de dolor a la palpación, edema perilesional y cardiopatía periférica.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Comisión Europea (Quinto Programa Marco), Bruselas, Bélgica. 

CYTEAL[®]

Hexamidina, clorhexidina, clorocresol

**Solución de uso externo
para la limpieza
y la antisepsia de heridas**



Las

**claves en
antisepsia**

PFM-CYT-15-BN-01B



Diplomatura en Cicatrización de Heridas 2016



- Gestión integral para instituciones relacionadas a la salud.
- Organización integral de eventos científicos.
- Transmisión de eventos científicos en vivo, a través de internet.
- Gestión de procesos administrativos y contables.
- Planificación y gestión de estrategias comerciales.
- Consultoría en comunicación y tecnología.
- Desarrollo de sistemas online (plataformas educativas, sitios web, newsletters, etc.).

www.eidosestudio.com

info@eidosestudio.com facebook.com/eidosestudio
011 4855.0924 011 4582.8899 011 5109.4047
Modesto Sánchez 1942, P.B. "2", Ciudad de Buenos Aires

EIDOS
ESTUDIO

Transmisiones online de los Ateneos de la AIACH: Impacto en un Profesional del interior del país

Dr. Pablo G. Fernández¹

¹ Especialista en Cirugía General (MAAC), Especialista en Flebología y Linfología (UCA), Hospital Zonal Esquel, Provincia de Chubut.

Alrededor de 45 minutos de colectivo, y otros tantos más hasta llegar al inmenso salón tamaño teatro porteño, el Aula Magna. Rápidamente buscar un lugar más o menos bajo y cerca como para poder escuchar y mirar bien. Ni hablar de la Biblioteca, plagada de miles de libros con diferentes tapas, tamaños y texturas, tardando horas o días en comprender y tomar nota de lo que uno buscaba. Esta asidua imagen me viene a la mente cuando recuerdo como hace casi 25 años transitaba los pasillos de la Facultad de Medicina, buscando respuestas a mis inquietudes.

Con el transcurso de los años, las cosas han cambiado sin duda. Y uno también... El destino nos va llevando por lugares impensados y mucho menos imaginados. Me encuentro desde hace más de 10 años en Esquel, en el noroeste del Chubut, cerca del protegido bosque andino patagónico. Una ciudad de cuarenta mil habitantes con un área de influencia de setenta y cinco mil gracias al interior de la meseta chubutense y el sur de Chile, lugares solitarios y lejanos. Descubro que sólo hay cuatro vuelos semanales a Buenos Aires y que durante el invierno se hace difícil salir en ruta sin un vehículo adecuado. Vuelo de dos horas, y en auto dos días. ¡Qué lindo pero qué difícil es vivir tan lejos!

Como muchos colegas del interior donde no abundan algunas especialidades, me he vuelto el referente regional sin buscarlo. Mi responsabilidad ha crecido con los años, así como mi avidez por el saber de algunas patologías que he tenido que enfrentar sólo en muchas oportunidades. Por suerte uno mantiene contactos de referencia y logra desterrar esa ignorancia inicial. Y aquí es donde juega un papel fundamental la actualización permanente con los métodos actuales informáticos. No sólo porque existan, sino porque hay profesionales que hacen todo tipo de esfuerzos (desde económicos, laborales, sociales y operativos), para conseguir la excelencia y cultivar, en forma permanente, la sabiduría en mentes propias y ajenas.

De esto se trata, de abrir la mente para mejorar y contribuir con la formación de recursos humanos en la especialidad de Heridas (tan poco explotada pero en franco crecimiento), y la educación permanente por más lejos que estemos. La **AIACH**, ha innovado en materia educacional con los Ateneos Online, y participación en vivo de los profesionales del interior y exterior. No importando el lugar donde esté, si se está con sandalias o con botas de nieve. Siempre se puede hacer más, pero nadie puede negar la importancia y la trascendencia que esto implica a nivel científico y social.

Por el camino federal

La participación de los médicos y las enfermeras, es increíble. No sólo comunicándose entre sí mediante la ventana de diálogos, sino que además es posible interactuar con el Moderador y con el especialista Disertante invitado, haciendo preguntas en tiempo real, y participando en forma activa como si estuviéramos presentes en el salón.

En lo que a mí respecta, he ganado no sólo en conocimientos actualizados por los especialistas de vanguardia, sino también en amigos y referentes de todas las aristas de la Cicatrización, que no han hecho otra cosa más que apoyarme, aconsejarme y guiarme en la recuperación de mis pacientes más complejos, sin tener que pensar en una derivación innecesaria.

Felicitaciones a la AIACH y a todos sus equipos de trabajo, por esta nueva etapa tecnológica que sin dudas abrirá mentes, generará inquietudes, y que finalmente cosechará muchos amigos de las heridas en lugares que nunca imaginamos. 



Dr. Pablo Fernández presenciando, en vivo desde Esquel a través de internet, uno de los Ateneos de la AIACH.



DR. PABLO FERNÁNDEZ | 24-25

Beneficios de ser socio de la



- ✓ Importantes descuentos en Congresos, Jornadas, Ateneos y Cursos de Perfeccionamiento.
- ✓ Sistema online de interconsulta de casos complejos.
- ✓ Acceso a los Ateneos mensuales de la AIACH en vivo, a través de internet.
- ✓ Acceso exclusivo a la versión digital de los números de Cicatriz-Ar.
- ✓ Acceso a nuestra Biblioteca y Videoteca científica online.
- ✓ Acceso exclusivo a la Bolsa de Trabajo de la AIACH.

Para seguir creciendo juntos, te invitamos a asociarte en:

www.aiach.org.ar



En úlceras de pie diabético.

HEBERprot-p

El paso más esperado

ESTIMULA LA **GRANULACIÓN** Y **CICATRIZACIÓN** DE FORMA PROGRESIVA Y SOSTENIDA

REDUCE EL NÚMERO DE RECIDIVAS

REDUCE EL NÚMERO DE DEBRIDACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

REDUCE EL TIEMPO DE CICATRIZACIÓN



Sanabria 2353 - C1417AZE - Buenos Aires - Argentina
Tel. (54 11) 4379 4330
info@caif.com.ar

Reglamento para publicación de artículos

La revista **Cicatriz-Ar** es el órgano de difusión de la **Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas (AIACH)**, la cual tiene como objetivo la publicación de temas relacionados con la investigación, la prevención, el diagnóstico y el manejo de las heridas y todos los temas relacionados con las mismas.

Tiene una publicación cuatrimestral (tres números por año) y presenta formato digital e impresión en papel. La revista se basa en los requisitos para revistas biomédicas elaborado por el comité internacional de directores de revistas médicas (www.icmje.org).

El envío de artículos a la Revista **Cicatriz-Ar** implica que el mismo es original y no ha sido previamente publicado en ninguna otra. Sólo será considerado el caso cuando los autores cuenten con la aprobación de los editores de ambas revistas.

Todos los artículos se deberán remitir por correo electrónico a info@aiach.com.ar

Las partes que se adjuntan deben contener los siguientes documentos:

1. El artículo redactado según las instrucciones abajo mencionadas.
2. Una carta de los autores con sus datos personales, dirección de mail y teléfonos solicitando la evaluación del artículo para su publicación y garantizando que es un artículo original no publicado en otra revista.
3. Detallar que no existen conflictos de interés
4. Los autores deberán constatar que ceden el derecho a la revista **Cicatriz-Ar**.
5. Los manuscritos deberán redactarse con procesador word con letra Arial 12 puntos.
6. Las abreviaturas o siglas se limitarán a la cantidad mínima posible y solo serán aceptadas aquellas que se utilizan habitualmente. Las palabras abreviadas con siglas deberán redactarse por completo la primera vez y colocar la sigla entre paréntesis. El título no debe contener abreviaturas ni siglas.
7. La primera página incluirá el título sin abreviaturas en inglés y castellano y los autores (en orden correlativo; colocar también la casilla de correo del primer autor).
8. Se indicará la fecha en la cual el artículo fue presentado para su revisión
9. Comenzar cada sección en una nueva página. Reseñar en el siguiente orden:
10. Título: sin palabras abreviadas. Puede existir un subtítulo
11. Autores: en trabajos con más de seis autores, luego del sexto se añadirá "et al"
12. Resumen: debe tener un máximo de 250 palabras, y debe comentar los principales aspectos del desarrollo del trabajo y las conclusiones más relevantes. Debe ser en castellano e Inglés
13. Palabras clave: un máximo de cuatro. Deben colocarse en castellano e inglés.
14. Introducción: define el propósito del artículo. No debe mostrar resultados ni conclusiones
15. Material y método: Criterios de selección y exclusión, características de la muestra, detalle de los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados.
16. Resultados: los datos cuantitativos se incluirán en gráficos y tablas para no sobrecargar el texto y mejorar su comprensión
17. Discusión: debe presentar los aspectos más importantes sobre el marco teórico del trabajo y los aspectos más actuales sobre el tema desarrollado, así como también la comparación con los resultados y las conclusiones del trabajo presentado.
18. Conclusión: breve y clara
19. Bibliografía: las referencias bibliográficas se citarán en secuencia numérica, en formato superíndice, de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Ejemplo de reseña bibliográfica: Callaham M. Controversies in antibiotic choices for bite wounds. Ann J. Emerg Med 1998; 17: 1321-1324.
20. Tablas y gráficos: estarán numerados según el orden de aparición en el desarrollo del texto y colocados al final del mismo.
21. Las ilustraciones en blanco y negro o en color deben ser remitidas en forma individual, y las leyendas, a doble espacio, en página separada. Las imágenes deberán ser enviadas en formato JPEG a no menos de 300 DPI .
22. Incluir los permisos para reproducir material ya publicado o para el uso de ilustraciones que puedan identificar a personas.
23. Se debe revisar minuciosamente la redacción y el estilo antes de enviar el manuscrito
24. Artículos considerados para publicación: Artículo original, Artículo especial, Artículo de revisión, Casos clínicos, Ateneos de casos complejos, Resumen de reuniones científicas y congresos, Cartas al Director
25. Revisión del trabajo: una vez recibido el trabajo el mismo pasa al comité revisor, el cual tendrá un plazo de un mes para evaluar el trabajo y dar respuesta a los autores. El artículo puede tener las siguientes categorías: Aceptado para publicación, Aceptado con correcciones, Rechazado con correcciones (necesita correcciones mayores antes de ser aceptado), Rechazado
26. La revista **Cicatriz-Ar**, con la recepción del trabajo y la autorización del autor, adquiere los derechos y la propiedad del material remitido. Este no podrá ser reproducido ni publicado en otra revista sin la autorización expresa del comité editorial.



AIRMED⁺ S.R.L.



INSUMOS MEDICOS

Líneas



COVIDIEN



Lohmann & Rauscher



Laboratorio



Coloplast



SHARING EXPERTISE



Entregas en CABA

Consultar Gran Bs. As.

CUIDADO DE HERIDAS

HIDROCOLOIDE

ALGINATO DE CALCIO

APÓSITO DE POLIURETANO

APÓSITO DE PROPOLEO

GASA VASELINADA

GASA CON AMD

TG FIX

GASA CON PETROLATUM

GEL DE CURACIÓN

APÓSITO DE COLÁGENO

APÓSITO CON PLATA

ÁCIDOS GRASOS

ESPUMA

ESPUMA CON AMD

CINTA ADHESIVA

VENDA ELÁSTICA

GASA NO ADHERENTE

GASA COMÚN

GASA SINTÉTICA

APÓSITO EN HISOPO

APÓSITO EN SPRAY

CARBÓN ACTIVADO

APÓSITO HIDROSOLUBLE

GUANTES DE EXAMEN

GUANTES ESTÉRILES

VENDAS AUTOADHERENTE

VENDA CAMBRIC

VENDA CAMBRIC DE ALGODÓN

VENDAS AMD

ROLLO AMD

OTRO

Cel. 156-094-8465/8438

Tel.: 4547-2887

e-mail: consultas@airmed.com.ar

web: www.airmed.com.ar

Iruxol®

colagenasa-cloranfenicol

Desde el principio al fin

DOBLE ACCIÓN

Para úlceras, quemaduras, escaras y heridas de diferente origen y localización: ^{1,2}

- ✓ Disminuye el riesgo de contaminación de la herida. ³
- ✓ Además de ofrecer un desbridamiento efectivo, promueve la angiogénesis y favorece la epitelización. Puede utilizarse desde el principio hasta el cierre de la herida. ¹
- ✓ Actúa en forma sinérgica con la colagenasa autóloga acelerando el proceso natural de cicatrización. ^{3,4}
- ✓ Brinda un ambiente óptimo que favorece el proceso de cicatrización. ⁵



PRESENTACIONES:

Iruxol® ungüento x 15 gramos
Iruxol® ungüento x 30 gramos
Iruxol® ungüento x 50 gramos

 **pami** 60%
INSSJP
descuento

Referencias: (1) Prospecto de Iruxol aprobado por Disposición ANMAT 2451/14; 24/04/2014. (2) Chronic Wound Care Guidelines. Abridged Version from Wound Healing Society's Chronic Wound Care Guidelines published in December 2006. (3) European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004. (4) Gregory Schultz, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg 2003;11:1-28. (5) Adisbeth Morales-Burgos, et al. Postoperative Wound Care After Dermatologic Procedures: A Comparison of 2 Commonly Used Petrolatum-Based Ointments. J Drugs Dermatol. 2013;12(2):163-164.

La información de prescripción completa se encuentra a disposición de los profesionales médicos en la Dirección Médica de Abbott Laboratories Argentina S.A. E. Butty 240 - Piso 12 - C1001AFB. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel (011) 5776-7200 o en nuestra página web: www.abbottlab.com.ar

Material de uso exclusivo para Profesionales de la Salud.

 **Abbott**
A Promise for Life