HERIDAS.UY

Publicación oficial de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Año I - Nº 3 - Junio / Julio 2015

Aplicación de la fotografía clínica al campo e las heridas (tercera parte)

Caso Clínico, Ulcera venosa

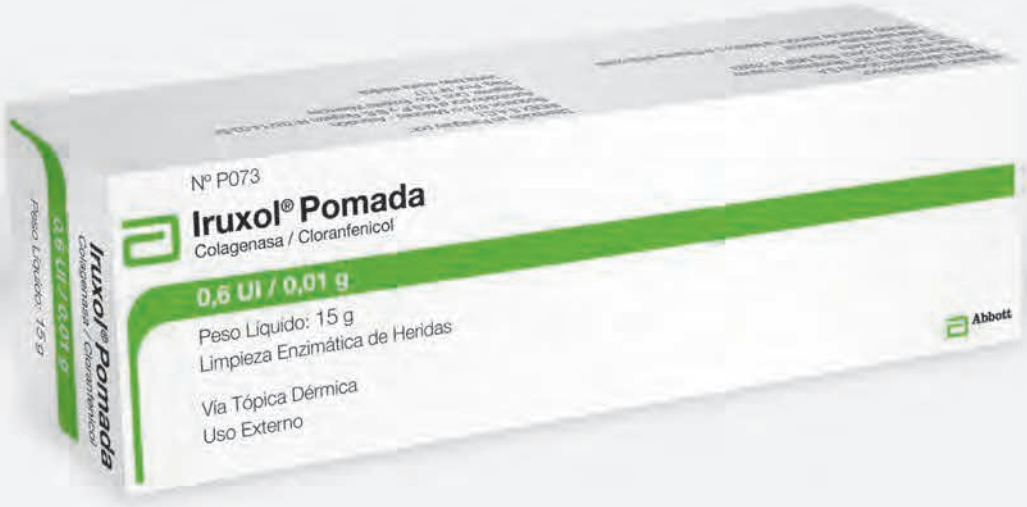
Nuevos desafíos en la práctica clínica BIOPELICULAS

Portafolio SCUH hidrocoloides

Iruxol Pomada

Colagenasa / Cloranfenicol

Indicaciones: Limpieza enzimática de heridas.



Actúa en el proceso de cicatrización

de úlceras, heridas, escaras y quemaduras.[1]

BENEFICIOS

- ✔ Disminuye el riesgo de contaminación de la herida.[2]
- ✔ Brinda un ambiente óptimo que favorece el proceso de cicatrización.[3]
- ✔ Ayuda a eliminar la acumulación de residuos celulares en heridas "estancas".[2]

Referencias: 1. Último prospecto aprobado. **2.** European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004. **3.** 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.

Abbott

HERIDAS.UY
Publicación oficial de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas (SCUH)

Junio / Julio 2015 - Número 3

Equipo Editorial

Mgter. Rocío González
• Vicepresidenta SCUH
• Magister en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados en Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. España.
• Experto en el Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Otorgado por el GNEAUPP. (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)
• Coordinadora de la Red Internacional de Úlceras y Heridas (RIUH) – Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE)

Mgter. Lucía García
• Presidenta SCUH
• Magister en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados en Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. España.
• Experto en el Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Otorgado por el GNEAUPP. (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)
• Coordinadora de la Red Internacional de Úlceras y Heridas (RIUH) – Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE)
Unidad de pie DÍABETICO-UDA Hospital Pasteur.

Lic. Esp. Mariela Olivieri
• Jefe de Sección Clínica Médica C, División de Enfermería, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela
• Especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Enfermería Médica, Cuidados Intermedios, Administración de Servicios de Salud
• Diplomada en Soporte Nutricional Enteral y Parenteral
• Experta Universitaria en el manejo de Heridas Crónicas

Lic. Esp. Carlos Pereyra
• Especialista Cuidados Críticos Pediátricos
• Especialista Emergencia Pediátrica
• Experto Universitario en el Manejo de Heridas Crónicas
• Coord. Comisión UPP en Pediatría de la SCUH

Grupo Asesor (Nacional/Internacional)
Participarán en próximas publicaciones

La Revista Heridas.uy, es la publicación oficial de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas (SCUH)
Domicilio: Luis Pedro Ponce 1433. Apto 805
Tel/fax: 2705 1048
Email: socuhe@gmail.com
Montevideo. Uruguay.

Es comercializada, diseñada e impresa por editorial Ideas Uruguay S.R.L.
25 de Mayo 451/Ofic. 202 - Tels. (00598) 2915 8911 - 2916 5790 -
Montevideo, Uruguay.
E-mail: scuhrevista@gmail.com

El editor no se hace responsable de las opiniones vertidas por los colaboradores o entrevistados en sus artículos.
Los artículos periodísticos que no están firmados, son producidos por la redacción de HERIDAS.UY.
El contenido publicitario es responsabilidad de los anunciantes.
Derechos reservados.
Prohibida su reproducción total o parcial sin el consentimiento de los autores y de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas (SCUH)
Impresión:
Depósito legal

SUMARIO

5
Editorial

10
Caso Clínico - Ulcera Venosa

14
Aplicación de la fotografía clínica al campo de las heridas (Parte 3)

22
Nuevos desafíos en la práctica clínica
BIOPELICULAS

27
RIUH
Red Internacional de Ulceras y Heridas

30
Protocolo -
Productos basados en cura en ambiente húmedo disponibles en Uruguay.
Hidrocoloides en placa o laminar.

ATENEOS CLÍNICOS 2015

SCUH
Sociedad Científica Uruguaya de Heridas

Ciclo de ateneos de casos clínicos.
Sociedad Científica Uruguaya de Heridas.

Úlceras de la extremidad inferior.

(úlceras de etiología venosa, isquémica, úlceras de pie diabético)

12 de Junio de 8 a 12 hs

Preparación del lecho de la herida.

18 de septiembre de 8 a 12 hs

Bases e inscripciones: www.socuhe.org.uy

Lugar a confirmar.

Socios: Sin costo
No socios: $u250

Sociedad Científica Uruguaya de Heridas

El actual contexto socio sanitario plantea constantes cambios y nuevos desafíos para los cuales debemos actualizar nuestros conocimientos y prácticas. En respuesta a ello, desde la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas (SCUH), continuamos respondiendo a las necesidades planteadas y sentidas por los profesionales de la salud en la difusión de nuevos conocimientos y experiencias relacionadas al estudio de las úlceras y heridas.

El Equipo de Enfermería con su vasta y rica experiencia en el tema, necesita comunicar sus experiencias y saberes de forma que trasciendan su accionar, evitando el empirismo.

Fortalecer el cuidado de las heridas, basados en la investigación científica como método para enfrentar la realidad con espíritu crítico, viabilizando cursos de acción que materialicen transformaciones positivas. Éstas involucran no solo al usuario y su familia, sino también a los trabajadores de la salud. Sin duda la formación y el desarrollo de las personas dignifican el trabajo cotidiano, dándole protagonismo, motivación, para generar cuidados de calidad.

En esta tercera edición, se presenta la última entrega de la aplicación fotográfica en el campo de las heridas, así mismo se profundizarán algunos aspectos que involucran las distintas estrategias de prevención y tratamiento del biofilm en las heridas crónicas.

Continuando con la sección de casos clínicos, se incluye un caso sobre el manejo de un paciente con ulcera de etiología venosa y se incluye en la misma un portafolio de productos (en este caso apósitos hidrocoloides) de modo que facilite a los lectores las propuestas comerciales existentes hoy en el mercado uruguayo.

Se incluye un espacio destinado a las novedades y eventos para el primer semestre del presente año.

Invitamos a los lectores a sumarse al desafío, a exponer sus experiencias, conocimientos, e inquietudes, que continúe el intercambio y la mirada crítica de los diferentes procesos relacionados a la temática !!!!!

Normas de publicación para revista Heridas.uy de SCUH

La Revista Heridas.uy, es un órgano de difusión e intercambio que recoge y publica artículos e investigaciones referido a la difusión, promoción, capacitación, investigación y actividades generadoras de conocimiento en áreas de naturaleza científica relacionadas a la salud humana con especial énfasis en la prevención y tratamiento de las heridas y úlceras.
La misma difundirá casos clínicos, fomentará la incorporación de avances científicos, nuevos productos y tecnologías, actividades de la sociedad y de otras instituciones que aportan a la calidad de las prestaciones en salud.
Es una publicación periódica, aunque el primer año, 2014, serán solamente 2 números. El ámbito de su distribución es el territorio nacional del volumen impreso y libre en la web.
El idioma principal es el español, también se aceptarán trabajos en portugués y en inglés.
Los resúmenes, palabras clave e instrucciones de publicación se presentan en español e inglés.
Los profesionales enfermeros y de disciplinas afines nacionales y extranjeros que deseen presentar trabajos para ser publicados deben enviarlos a:
Dirección: Avenida Ingeniero Luis P. Ponce 1433 apto 805 entre Avenida General Rivera y Palmar.
Todos los conceptos, ideas y presupuestos contenidos en los artículos publicados por Heridas.uy son de entera responsabilidad de sus autores.
La reproducción total y/o parcial de esta publicación podrá realizarse citando la fuente y con la autorización de su autor.

Instrucciones para la publicación
1) Podrán enviar trabajos todos los profesionales de Enfermería o de disciplinas relacionadas con la temática, del país o del extranjero. Se aceptarán
trabajos en español, inglés y portugués.
2) Los trabajos podrán versar sobre temas científicos relacionados con la asistencia, docencia, investigación y extensión en Enfermería o áreas afines y otros que sean considerados de interés y aceptados por el Grupo Editorial y asesor de la Revista.
3) Los trabajos no deberán ser originales en una primera etapa, de forma de capitalizar los esfuerzos de los profesionales de la región, en el entendido, que la publicación oficial de la SCUH busca promover, apoyar, estimular la formación de recursos humanos y la divulgación del saber enfermero, y disciplinas relacionadas con la asistencia de usuarios con heridas crónicas o en riesgo de padecerlas. Los trabajos por tal motivo deberán tener una antigüedad no mayor a un año.
4) Al enviarse el trabajo, se adjuntará una nota de declaración de responsabilidad sobre el contenido del mismo y otra de transferencia de derechos autorales de acuerdo a modelos que se anexan, firmadas por todos los autores.
5) El Grupo Editorial tiene plena autoridad para decidir acerca de la publicación o no de los trabajos de acuerdo a la evaluación conjunta realizada con integrantes del Grupo Asesor y a consideraciones tales como originalidad, mérito científico, oportunidad del tema, conocimientos, adecuada definición del tema en estudio y claridad en la exposición del mismo.
El Grupo editorial podrá sugerir la introducción de eventuales modificaciones en el trabajo a fin de ajustarlo a los parámetros editoriales de la Revista.
6) Además de las presentes normas, los autores se ajustarán a los criterios que se citan a continuación y que son referidos a las diferentes secciones en que Heridas.uy podrá organizar sus contenidos.
7) Los trabajos deberán seguir las siguientes normas de presentación:
Cada artículo será enviado y digitado con un procesador de texto, impreso en papel A4 con márgenes de 2.5 cm. a doble espacio y utilizando Times New Roman tamaño 12.
Las páginas deberán estar numeradas con números arábigos desde la hoja de la Introducción hasta la de las Conclusiones. La hoja de Resúmenes y las Referencias bibliográficas no se enumeran.
El cuerpo del texto debe presentar los títulos de sus respectivas secciones en letra minúscula y en negrita; colocados a la izquierda y numerados progresivamente con números arábigos.
Se deberán enviar dos copias impresas y una en formato digital.
Las tablas, gráficas, figuras, fotos y otras ilustraciones deberán presentarse en hojas separadas del texto, con las leyendas correspondientes y numeradas consecutivamente con números arábigos en el orden que fueron citadas en el texto. No deberán exceder a un total de 6. Deben ser enviadas en archivos separados utilizando, para tablas y gráficos, Word o Excel.
Las ilustraciones extraídas de otros trabajos publicados deberán ser enviadas con un permiso escrito por los responsables de la publicación original.
La publicación de imágenes fotográficas deberán evitar la identificación de personas o de lo contrario adjuntar un permiso escrito para la publicación de las mismas (consentimiento informado de la persona o tutor responsable) elcual debe constar en el articulo publicado.
8) Cada trabajo estará estructurado de la siguiente forma:
Portada: en la cual aparecerá el título del trabajo en negrita con no más de 15 palabras; versión del título en español e inglés; nombre y apellido de cada autor; el apellido debe ir en minúsculas y los nombres solamente con la inicial, acompañado de título, cargo y lugar de trabajo o inserción profesional; dirección completa, código postal, teléfono, fax y e-mail del autor principal.

Resumen: en español e inglés con sus respectivos descriptores, con no más de 250 palabras para trabajos de investigación, reflexión, ensayos, presentación de tesis, relatos de experiencia, revisiones críticas y biografías. Resúmenes de hasta 70 palabras para entrevistas y página del estudiante. En el mismo se harán constar los propósitos del estudio o investigación, procedimientos básicos (selección de los sujetos del estudio o animales de laboratorio; métodos de observación y de análisis), hallazgos más importantes (consignando información específica o datos y su significación estadística siempre que sea posible) y las conclusiones principales.

Se acompañará de 3 a 5 palabras clave también en español, que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Se aceptarán entre 3 y 5 descriptores, cuya existencia en español e inglés debe ser confirmada por el (los) autor (es) en la dirección electrónica de Descriptores en Ciencias de la Salud de Bireme: http://decs.bvs.br.
Si no hubiera términos disponibles de la lista del Bireme para los recientemente incorporados a la literatura, se podrán utilizar términos o expresiones de uso conocido.

Introducción: en ella se definirán los objetivos del trabajo; se expondrán su justificación y los aspectos más relevantes que permitan conocer el tema de estudio.

Texto: debe presentar una secuencia lógica desarrollando el trabajo organizado en distintas secciones y planteando conclusiones según el tipo de trabajo presentado.

Referencias bibliográficas: La adecuación de las citas bibliográficas a las Normas de Vancouver y su exactitud son responsabilidad de los autores, por lo que se ruega una revisión exhaustiva de éstas y su comprobación con los documentos originales, para que no contengan errores que puedan entorpecer su localización por parte de los lectores interesados.

Se tendrán en cuenta las siguientes apreciaciones:
a) las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en que aparecen por primera vez en el texto b) se identificarán en el texto, tablas y leyendas, con números arábigos entre paréntesis c) las referencias que se citan solo en las tablas o en las leyendas de las figuras se numerarán de acuerdo con el orden establecido por la primera identificación dentro del texto de cada tabla o figura.

Cuando se trate de un trabajo de investigación a los tres primeros puntos (Portada, Resumen, Introducción) se agregarán los siguientes:

Método: se describirá la metodología utilizada, la población en estudio, los procedimientos y el tipo de análisis que se realizó. Se incluirán los métodos (estadísticos), las referencias y breves descripciones de los mismos; se describirán los métodos nuevos o sustancialmente modificados y se darán las razones para utilizarlos, evaluando sus limitaciones. Se identificarán con precisión todos los fármacos y productos químicos utilizados, incluyendo los nombres genéricos, dosis y vías de administración.
Los informes sobre ensayos clínicos realizados de forma aleatoria deberán presentar información referente a los principales elementos del estudio, incluyendo el protocolo (población estudiada, intervenciones o exposiciones, resultados, y los fundamentos lógicos para la realización de los análisis estadísticos), asignación de las intervenciones (métodos de aleatorización, asignación a los grupos de intervención y control) y el sistema de enmascaramiento empleado (ciego).
Los autores que envíen revisiones deberán incluir una sección que describa los métodos empleados para localizar, seleccionar, extractar y sintetizar la información.

Ética
• Ética: Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm)
• Análisis y resultados: Se debe realizar una descripción exhaustiva de cómo se ha realizado el estudio, con información suficiente para que otros investigadores puedan replicarlo; es decir, que lo puedan llevar a cabo sin consultar con los autores.
Su contenido estará determinado por los objetivos del estudio. Contiene varios subapartados que no es necesario especificar en el texto.
Diseño: Se debe mencionar el tipo de estudio realizado, justificando, si es necesario, las razones de la elección.
Ámbito: Indicar el lugar y la fecha de realización del estudio.
Sujetos: Especificar las características de la población estudiada y los criterios de inclusión y exclusión. Si no se ha estudiado a toda la población se debe indicar cómo se ha calculado el tamaño de la muestra y el valor de los parámetros utilizados, así como la técnica de muestreo.
Variables: Definir todas las variables que se han recogido, determinadas por los objetivos planteados, especialmente las variables de resultado más importantes.
Si se trata de un estudio experimental, se debe describir la intervención realizada (también la del grupo control, si es pertinente) y el tiempo de seguimiento.
Recogida de datos: Explicar cómo se ha realizado la recogida de los datos y quién lo ha hecho, así como los instrumentos utilizados para tal fin, indicando si están validados y la referencia bibliográfica correspondiente.
Análisis de los datos: Mencionar el programa estadístico utilizado para el análisis y el análisis realizad, se destacaran las observaciones y resultados más relevantes encontrados, no se debe repetir en el texto la información de las tablas o figuras.
Por último, indicar la estrategia utilizada para la revisión bibliográfica, es decir: las bases de datos revisadas, los descriptores o palabras clave empleados en la búsqueda y los años revisados.
• **Resultados:** Se deben incluir solamente los resultados más importantes, según los objetivos y el análisis estadístico planteado en el apartado de Método.
Los resultados deben responder exactamente a los objetivos que se hayan planteado y deben aclarar si certifican o no las hipótesis de trabajo. No deberá aparecer ningún objetivo en la introducción al que no se dé respuesta en los resultados y no deberá aparecer en éstos una respuesta a un objetivo que no se haya mencionado en la Introducción. Tampoco se deberá incluir en este apartado ninguna valoración ni comentario de los resultados obtenidos.
En general, se puede comenzar con una descripción de los sujetos de estudio, para conocer realmente el número estudiado y sus características. Si, durante el estudio, se han perdido sujetos o no se ha podido contactar con el total de la muestra seleccionada, también se debe indicar tanto el número como la causa.

Tras la descripción de los sujetos, se presentará el análisis descriptivo de las
variables más importantes, según la escala de medición, y se elegirá la manera más adecuada para describirlas, tratando de aportar la mejor información sobre cada una (así, para las variables cualitativas nominales se utilizarán frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas, media y desviación estándar cuando sigan una distribución normal, etc.). Se indicarán también los intervalos de confianza correspondientes.
Si hay más de un grupo de estudio, se debe caracterizar cada uno, y a continuación indicar las comparaciones entre estos grupos en términos de significación estadística y magnitud de la diferencia y, sobre todo, en términos de relevancia clínica.
No deben emplearse pruebas estadísticas que no se hayan descrito en el apartado de Método, y sus resultados deben acompañarse del valor estadístico, los grados de libertad y la significación estadística (valor de p), y el intervalo de confianza (cuando sea oportuno). Para indicar el valor de p es aconsejable no utilizar más de 3 decimales ($p = 0,002$); así, un valor de $p = 0,000001$ se puede expresar como $p < 0,001$.
Se pueden utilizar tablas y/o figuras para complementar la información, no para duplicarla. Deben ser lo suficientemente claras como para poder interpretarse sin necesidad de recurrir al texto. Si se utilizan abreviaturas o siglas, se deben explicar en el pie de la tabla o figura.
• Discusión: los autores deben exponer sus opiniones sobre el tema de estudio y los resultados obtenidos, evitando repetir

información que ya se ha dado en los Resultados o en la Introducción. Deben hacerse comparaciones con los resultados obtenidos en otros estudios, con las correspondientes referencias bibliográficas. Se indicarán también las posibles limitaciones del estudio que puedan condicionar la interpretación de los resultados. Se reflejarán las conclusiones y las recomendaciones pertinentes, así como sugerencias para futuras investigaciones sobre el tema y las implicaciones que tiene para la práctica. La Discusión, del mismo modo que las conclusiones, se debe derivar directamente de los resultados y se debe evitar hacer comentarios o afirmaciones que no estén refrendadas por los resultados obtenidos en el estudio. Hay que tener en cuenta, también, que aunque se encuentren diferencias estadísticamente significativas en los contrastes de hipótesis, estas diferencias pueden no ser relevantes para la práctica y, por tanto, se ha de ser cauto en su interpretación.

Conclusiones: consideraciones finales en relación con los objetivos y la discusión de resultados

Referencias bibliográficas.

La adecuación de las citas bibliográficas a las Normas de Vancouver y su exactitud son responsabilidad de los autores, por lo que se ruega una revisión exhaustiva de éstas y su comprobación con los documentos originales, para que no contengan errores que puedan entorpecer su localización por parte de los lectores interesados.

Las referencias bibliográficas deberán ir numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos volados. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá siempre a dicho signo. Pueden consultar ejemplos de cómo escribir las referencias en :http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Anexos: se utilizarán cuando aporten información imprescindible para la comprensión del trabajo. Se pueden incluir tablas, gráficos, fotos, ilustraciones, esquemas Se presentaran al final del manuscrito, una en cada hoja, con el título en la parte superior de éstas y numeradas con números arábigos, según orden de aparición en el texto. Las figuras deben presentarse en archivo aparte, también con título y numerada según orden de aparición. Las figuras y las tablas no deben repetir los resultados que ya se hayan redactado en el texto y han de ser claras no se debería tener que recurrir al texto para poder entender su contenido, por lo que el título ha de ser explicativo y se deben acompañar de las notas aclaratorias necesarias al pie.

9) **Categorías de trabajos:** todos serán elaborados según esta normativa

Editorial: desarrolla un tema de Enfermería o disciplina relacionada en el contexto de la temática abordada en el volumen respectivo. La selección del (os) autor(es) del editorial es de responsabilidad del Grupo Editorial y/o autores invitados

Investigación: relato de investigación concluida referida a Enfermería o áreas afines, siguiendo la estructura convencional (introducción, método, presentación y discusión de resultados, conclusiones). Puede tener hasta 20 páginas impresas y 30 referencias.

Reflexión: análisis de aspectos teóricos de Enfermería o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del (os) autor (es) que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.

Puede tener hasta 20 páginas impresas y 15 referencias.

Ensayo: interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, docente, de investigación y extensión de Enfermería o áreas afines, que contribuyan a la profundización del conocimiento. Puede tener hasta 15 páginas impresas y 15 referencias.

• **Relato de experiencia:** descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en Enfermería o áreas afines. Puede tener hasta 20 páginas y 15 referencias.

Revisión crítica: evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de Enfermería o áreas afines fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deben estar establecidos el tema, los procedimientos utilizados, la interpretación del (os) autor (es) y las conclusiones. Puede tener hasta 15 páginas impresas y 10 referencias.

Biografía: historia de vida de personas que hayan contribuido con la Enfermería. Puede tener hasta 15 páginas impresas y 10 referencias.

Historia de Enfermería: relato de hechos relevantes para la historia de Enfermería.

Puede tener hasta 10 páginas y 20 referencias.

Resumen de disertaciones y tesis: disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de Enfermería o áreas afines presentadas en el último año.

Puede tener hasta 20 páginas y 15 referencias bibliográficas.

Entrevistas: realizada a personalidades destacadas, especialistas o investigadores enfermeros o de otras profesiones cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica. Puede tener hasta 10 páginas impresas y 10 referencias

Comunicaciones breves: relatos de situaciones (análisis sobre situaciones de asistencia), puntos de vista (opiniones calificadas y contemporáneas sobre cuestiones de Enfermería), informes técnicos, informes institucionales que contengan datos novedosos y relevantes para Enfermería o áreas afines presentados en forma concisa y breve. Incluye además el reporte de un método, de una técnica o de un procedimiento nuevo, comparado con las técnicas previamente empleadas. Incluye la discusión de las ventajas o las desventajas de la nueva tecnología. Puede tener hasta 5 páginas impresas y 5 referencias.

Información: documentos e informes breves acerca de la situación de Enfermería a nivel nacional o internacional o de eventos de interés para la comunidad profesional, tales como jornadas, congresos, cursos, etc.

Proceso Editorial

• Heridas.uy acusará recibo de todos los trabajos que le sean remitidos a la Revista e informará acerca de su aceptación, asignando un número de registro a cada uno para cualquier consulta o información referente al mismo.

• Todos los manuscritos, así como los trabajos solicitados por encargo, serán revisados anónimamente por personas expertas e independientes; los trabajos originales, originales breves y revisiones sistemáticas serán revisados por dos personas, y el resto por una y el Comité Editor (C.E) quien valorará los comentarios de los revisores . El mismo se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario. Siempre que el CE sugiera efectuar modificaciones en los manuscritos, los autores deberán remitir, junto a la nueva versión del manuscrito, una carta donde se expongan, de forma detallada, las modificaciones efectuadas y, en el caso de no incluir alguna de ellas, los motivos por los que no se han realizado

• El envío del trabajo implica la aceptación de las presentes normas

• Se espera que el autor declare cualquier asociación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses con relación al artículo remitido

• La Revista declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen.

• El contenido del trabajo enviado queda bajo responsabilidad de los autores, no reflejando obligatoriamente la opinión del Comité Editor o del Consejo Editorial de la Revista.

SurePress®

Venda de Alta Compresión

La expresión confiable de una adecuada compresión

Los indicadores rectangulares toman una forma cuadrada, cuando la compresión correcta es aplicada

Su diseño proporciona una larga DURACIÓN

- Mantiene su elasticidad después de 20 lavados.

SurePress®	
Tamaño	Presentación
10 cm x 3 m	Caja x 1 unidad

ConvaTec®

www.urufarma.com.uy

Urufarma

Caso Clínico - Ulcera Venosa

Dra. Laura Pradines

Cirujana Vascular
Unidad de Pie Diabético Hospital Pasteur.
laurapradinesterra@gmail.com

Mgter. Lucía García

Presidenta SCUH - Magister en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados en Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. España.
Experto en el Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Otorgado por el GNEAUPP. (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)
Coordinadora de la Red Internacional de Úlceras y Heridas (RIUH) – Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE)
Unidad de pie DÍABETICO-UDA Hospital Pasteur.

Usuario sexo masculino, 56 años, vive en la capital (Montevideo) se asiste en policlínica del sistema público de asistencia. Se desempeña en el ámbito comercial (almacenero).

Antecedentes personales: Diabético tipo 2 en tratamiento con HGO y buen control metabólico y tabaquista de 30 cigarrillos diarios de 15 años de evolución.

Motivo de consulta: úlcera de Miembro inferior izquierdo de 9 meses de antigüedad de tórpida evolución, con múltiples tratamientos sin resultados. En cuanto al entorno de cuidos se destaca que concurre diariamente a un centro de asistencia externa para la realización del tratamiento de la ulcera (curas), no utilizando ningún tipo de terapia compresiva previo a la consulta.

Antecedente de enfermedad actual personal de relevancia: episodio de trombosis venosa profunda de MI izquierdo hace 10 años. No recibe medicación que pueda afectar el proceso de cicatrización.

Examen clínico se destaca: buen estado general. Pulsos femoral, poplíteo y distales de ambos miembros Inferiores (MMII) presentes, acompañado de edema y dolor local.

Miembro inferior izquierdo: lesión ulcerada perimaleolar interna. No presenta várices.

Exámenes complementarios:
Ecodoppler venoso MI izquierdo: muestra en el sistema venoso profundo vena poplítea de paredes gruesas e irregulares. Reflujo moderado. Resto del sistema venoso profundo competente.

Sistema venoso superficial y comunicante: Competente y sin reflujos. presenta várices.

Indice tobillo - brazo: 1 (normal).

Diagnóstico clínico:

Se trata de una úlcera de la extremidad inferior de etiología venosa.

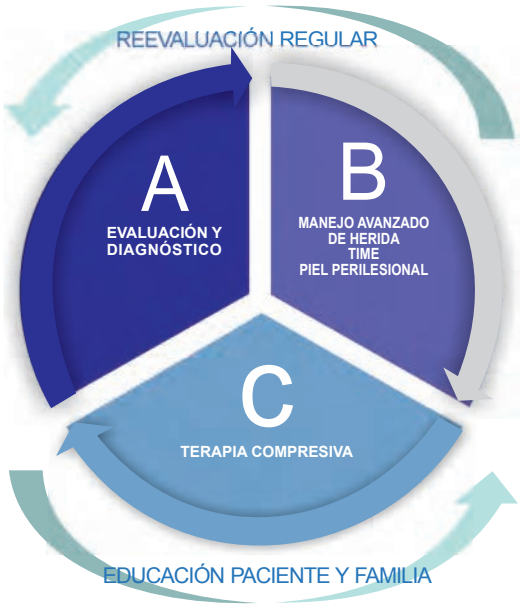
Diagnóstico etiológico:

Conforma parte de las denominadas úlceras postflebíticas o secundarias a una alteración del sistema venoso profundo. La insuficiencia venosa con reflujo produce hipertensión a nivel venoso profundo que es trasmitida por contigüidad al sistema venoso superficial con la afectación cutánea secundaria a la estasis vascular. La estasis tiene como consecuencia la distensión capilar con extravasación de líquido (edema), de proteínas (fibrina), de glóbulos rojos (dermatitis ocre y pigmentación bruna) y glóbulos blancos (liberación de enzimas proteolíticas). El depósito de fibrina produce un manguito fibroso pericapilar con alteración del intercambio de nutrientes y de oxígeno, que sumado a la liberación de enzimas proteolíticas puede llevar a la ulceración cutánea siendo esta la máxima expresión de la IVC.

Diagnóstico diferencial:

Dado los datos clínicos y ecográficos no se plantean diagnósticos diferenciales posibles.
Con respecto a la **clasificación CEAP** corresponde al grado VI.

Las estrategias para el manejo del usuario se basaron siguiendo el presente esquema:



Modelo ABC de Evaluación y Gestión de Ulceras de Pierna.
Harding K, et al. Simplificando el manejo de las úlceras venosas de la pierna. Recomendaciones de consenso. Heridas Internacionales 2015. Disponible para su descarga desde www.woundsinternational.com

1 – tratamiento de la etiología:

El mismo se basó en el objetivo de disminuir la hipertensión venosa mediante el uso de terapia compresiva (vendaje elástico de una sola capa) de modo de contrarrestar la hipertensión venosa crónica, facilitando el retorno del flujo sanguíneo venoso hacia el corazón, disminuyendo la estasis a nivel de la piel y mejorando el proceso de cicatrización.

2 - Preparación del lecho de la herida: TIME

Valoración de la Ulcera al ingreso:

Evaluado en forma conjunta con la Dermatóloga (Dra. Verónica Garra) quien realiza el diagnóstico de piel perilesional: dermatitis ocre y eccema subagudo por estasis.

Aspecto del lecho de la herida:

40% Tejido Granulación
30 % Tejido Necrótico
30% Tejido Esfacelado

Bordes irregulares, bien perfundidos, edematosos. Piel perilesional seca con dermatitis ocre, ligera descamación distal refiere prurito.

Dimensión de la ulcera: **10 cm largo x 4 cm ancho área 34,6 cm²**

Exudado: abundante, seroso. Presenta olor, Dolor Escala EVA : 8

Preparación del Lecho de la Herida (TIME) - Evolución.

Control de Tejido Viable:

Limpieza de la herida con SF (jeringa) + solución antiséptica de polihexametileno biguanida (PHMB) . Se realiza desbridamiento de corte.

Control de la Inflamación/ Infección:

Utilización de apósito antimicrobiano de plata (Aquacel Ag®)

Control de Exudado:

Apósitos Hidrocelulares (Foam)

Estimulación de los bordes:

Crema con Oxido de Zinc 10%, Vit E Gersitol Zinc®
Piel Perilesional: Desónida 0,05% no halogenada Segucort®
Acidos Grasos Esenciales (AGE)

Dos meses y 21 días de tratamiento.

Dimensión de la herida = 2,2cm x 1,3 cm área 2,86 cm² .

ASPECTO DEL LECHO DE LA HERIDA:
100% Tejido Granulación
BORDES: Irregulares, bien perfundidos
PIEL PERILESIONAL: Bien hidratada, integra, sin eritema.
EXUDADO: Escaso, SEROSO Olor: NO
DOLOR: EVA 3

Control de Exudado: Apósitos Hidrocelulares (Foam)
Continua con Terapia compresiva.

Estimulación de los bordes y Tejido.
Gel de Hidrocoloide en el lecho. Piel Perilesional: Crema con Vit A Acidos Grasos Esenciales (AGE) Gersitol AGE ®

Evolución: La cicatrización completa (epitelización) de la úlcera se produjo a los 5 meses.

PIEL Bien hidratada, integra, sin eritema.

Al alta continua con: Crema con Vit A Lubremol® Acidos Grasos Esenciales (AGE)®.
Terapia compresiva con vendaje Surepress® y posteriormente se indican medias elásticas (compresión 25-30 mm Hg).

5 meses de tratamiento.

Resumen y Conclusiones:

Las úlceras venosas representan el 70% de las úlceras de la extremidad inferior. Su principal factor etiológico es la **hipertensión venosa.**

Con respecto a las úlceras venosas la causa de la hipertensión venosa puede deberse a dos grandes factores:

1)el 90% de las úlceras es causado por la insuficiencia del sistema venoso superficial y/o comunicante **(ulcera venosa primaria)**

2)10%, secundario a insuficiencia del sistema venoso profundo **(úlcera venosa secundaria o postflebíticas).**

El caso clínico analizado corresponde a una úlcera de etiología venosa secundaria a una insuficiencia del sistema venoso profundo. La alteración del sistema venoso profundo fue debido al antecedente de trombosis venosa profunda presentado tiempo atrás que determinó una alteración anatómica con la consiguiente dificultad en el retorno venoso del miembro inferior afectado e hipertensión venosa. El tratamiento de la hipertensión venosa es de por vida y se basa en la terapia compresiva lo que requiere un seguimiento regular y el apoyo educativo permanente del usuario y su entorno familiar por parte del equipo de salud.

Nota : para la extracción de la imagen fotográfica de la ulcera se ha solicitado autorización a través del consentimiento informado (por escrito) elaborado por el servicio.

Aplicación de la fotografía clínica al campo de las heridas

Parte 3

Lic. Enf. Carlos Pereyra
Especialista Cuidados Críticos Pediátricos
Especialista Emergencia Pediátrica
Experto Universitario en el Manejo de Heridas Crónicas
Coord. Comisión UPP en Pediatría de la SCUH
azcunaga@adinet.com.uy

En la primera parte vimos la gran importancia de la documentación fotográfica de la evolución de las heridas, las ventajas de las nuevas tecnologías y las limitaciones que nos acompañan aún en nuestro Sistema de Salud. En la segunda parte nos sumergimos en todo lo relacionado a la cámara fotográfica y alguno de sus accesorios. En esta última parte del artículo pretendemos llegar a debelar algunas cosas importantes para una buena toma y sus procesos relacionados. Vamos a tener que considerar la luz, el color, los contrastes y otros secretos que nos permitan trasmitir lo más fielmente posible lo que estamos observando.

Utilizando las reglas básicas que definiremos a continuación, adquirirá nuestra fotografía de manera gradual el sentido de la composición y de lo que permite conseguir una toma bien equilibrada. Como en otro tipo de fotografía artística, o paisajística no necesitamos ser muy creativos; aquí se requiere trasmitir la realidad.

Regla de los tercios

La primera y más citada regla de composición dice que el centro o centros de interés principal de una fotografía deberían estar siempre situados en o cerca de la intersección de los tercios. Tradicionalmente, las líneas que parten en tercios el área se llaman líneas fuertes, y las intersecciones de las mismas, puntos fuertes, la línea del horizonte deberá estar siempre situada en una de las líneas fuertes, bien en la del tercio superior o la del inferior, según que la parte dominante de la fotografía sea la tierra o el cielo.

En la fotografía de heridas deberíamos considerar la ubicación en el tercio inferior, para que nos permita darle contexto a la lesión.

La segunda regla dice que algún elemento de la fotografía debería atraer la mirada hacia el sujeto principal o al menos parte de él debería contrastar con el fondo en razón del tono o del color.

La facilidad con que el fotógrafo sea capaz de poner en práctica las reglas anteriores depende enteramente de la clase del sujeto.

En algunos casos como en las naturalezas muertas, tiene un control total, y puede mover físicamente los diversos componentes a su antojo hasta lograr el resultado deseado. De modo parecido, en los retratos puede controlar la postura del modelo y cuando la fotografía en el interior de su casa, no suele ser difícil trasladar los muebles, jarros de flores, etc. En cambio, en la fotografía de paisajes tiene generalmente poco o ningún control sobre la posición real del tema.

Lo que si puede hacer es trasladarse el mismo con su cámara, en relación al tema, hasta que encuentre un punto de vista en el que las posiciones aparentes de los elementos del tema, unos respecto de otros, le permitan conseguir una composición satisfactoria.

En una fotografía, la elección del punto de vista es a menudo la decisión más importante que ha de tomar el fotógrafo antes de apretar el disparador.

Previamente a esta elección, debería estudiar con el mayor cuidado el sujeto y analizar las razones para fotografiarlo, pues en muchos casos sólo un pequeño cambio de punto de vista puede tener un efecto dramático en la composición, incluso hasta el extremo de desplazar el punto de interés.

En ciertos aspectos el ojo y la cámara son parecidos. Ambos tienen una lente que proyecta una imagen hacia una superficie sensible a la luz.
En el ojo esta superficie es la retina; en la cámara, la película. Sin embargo, aquí termina el parecido, y las formas en que la cámara y el ojo realmente perciben la misma escena son a menudo distintas. La cámara ve la escena objetivamente, y registra todo lo que está a su alcance sin discriminación.

El entorno del sujeto puede ser registrado con tanto detalle como el propio sujeto. En cambio, nosotros vemos subjetivamente, y la combinación de ojo y cerebro tiene la capacidad única de concentrarse sólo en aquella parte de la escena que atrae especialmente nuestra atención, ignorando las partes que no nos interesa.

Por consiguiente, cuando tomamos una fotografía puede que no nos demos cuenta de los detalles del entorno del sujeto que serán registrados por la cámara con claridad entorpecedora.

Esta diferencia entre las características de visión del ojo y de la cámara es la razón por la que el trabajo del fotógrafo inexperto a menudo contiene un exceso de detalle superfluo en el fondo que la atención del observador del sujeto principal, y por lo tanto reduce la eficiencia de la composición. En el momento de hacer la toma, el fotógrafo probablemente no se estaba percatando del fondo o por lo menos de sus efectos sobre la fotografía resultante.

El fotógrafo ambicioso debe entrenarse a mirar el sujeto y su entorno de la misma forma en que los verá la cámara, de modo que pueda reconocer los elementos de distracción potenciales.

Líneas, Formas, Ritmo, Contraste.

Las líneas en composición sirven o bien para conducir el ojo del observador hacia el sujeto principal de la imagen fotográfica o para indicar la estructura general de la misma, influyendo esto último en el carácter emocional que se quiera dar al mensaje a transmitir.

Líneas de dirección existen 3 clases: **las presentes o reales, las implícitas y las psicológicas.**

Las reales son las que podemos ver, pues existen en la imagen. Las implícitas son las sugeridas por el movimiento o las formas que intervienen en la fotografía y las psicológicas son las que nuestra mente coloca para conectar los diversos objetos.

Las formas geométricas de base que intervienen en la disposición de los elementos de una imagen fotográfica son: el triángulo, el círculo, el cuadrado y el rectángulo. Las formas libres son las que, en su mayor parte, nos brinda la propia naturaleza.

El ritmo proporciona sensación de continuidad y puede expresarse mediante formas o colores o ambas a la vez. Así, por ejemplo, varios tanques apilados unos encima de otros, dan la sensación de ritmo por su forma redonda. Pero si a la vez estuvieran pintados de amarillo, la repetición del color en uno y otro tanque, proporcionaría ritmo.
Mediante los contrastes tonales que implican la utilización de los valores en composición, podemos centrar la atención del observador sobre un punto determinado. Así, si queremos dar énfasis a un objeto, haremos que los que le rodean aparezcan en un valor distinto.

Cuando prescindir de las reglas básicas.

Una composición de éxito que queda fuera de las normas aceptadas no puede ponerse en fórmulas, sino que debe ser una cuestión d gusto personal basada en lo que el fotógrafo trata de decir a propósito de su tema.

La elección de los diversos lugares de los distintos elementos de la fotografía se usan como ayuda de expresión más que para producir un equilibrio de tonos y formas armoniosas, aunque a veces débil.

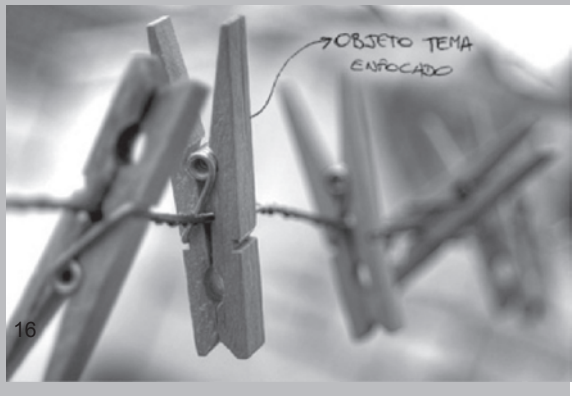
Se puede acentuar una sensación de tristeza, soledad, alegría, etc., desplazando el punto focal de la fotografía de la norma aceptada y aun así conseguir un equilibrio de formas y tonos.

Profundidad de campo.

Si el objetivo se enfoca inadecuadamente, de modo que esté demasiado lejos o demasiado cerca, la película no se situará en el vértice exacto del cono, sino en una posición en que los rayos de luz no han alcanzado aún un máximo o han pasado ya del punto de mayor definición de foco y divergen de nuevo.

Si examinamos una fotografía, vemos que aunque sólo algunas partes del sujeto están realmente en el plano de foco exacto, otras situadas algo delante o detrás del plano también aparecerán aceptablemente claras. Las áreas del sujeto que quedan más allá del plano de foco exacto se perciben imprecisas y se vuelven cada vez más indefinidas a medida que se alejan del plano. La anchura de la zona en que todo aparece suficientemente nítido se conoce con el nombre de profundidad de campo.

La profundidad de campo es menor cuando el objetivo se utiliza a grandes aperturas y aumenta a medida que se va cerrando el diafragma. La profundidad es también función de la longitud focal del objetivo, la distancia a la que éste se enfoca y el diámetro que han de tener los círculos de confusión para que podamos detectar que la imagen no está bastante nítida



Distancia Hiperfocal.

La distancia desde la cámara hasta el límite donde las imágenes empiezan a ser nítidas se llama distancia hiperfocal cuando está enfocada a infinito.

Las cámaras económicas, los objetivos fijos y sin posibilidad de enfoque, están preparados para trabajar a la distancia hiperfocal. Esta distancia varía también con el diafragma.

Movimiento de la Cámara y Sujeto.

Además del enfoque incorrecto del objetivo, la causa más probable de obtención de fotografías borrosas es el movimiento de la imagen durante el período de exposición.

Esto en la práctica es prácticamente inaccesible y resulta casi inevitable alguna pérdida de resolución a causa del movimiento de la imagen. Hasta qué punto este enturbiamiento es aceptable en una fotografía depende de la proporción en que la imagen haya de ampliarse, de la distancia desde la que el resultado ampliado deba verse, de la naturaleza del sujeto y de la finalidad de la fotografía.

Hay dos posibles causas de imagen movida durante la exposición. Una es el movimiento de la cámara en relación con el sujeto y la otra es lo opuesto; el movimiento del sujeto en relación con la cámara.

Movimiento de la Cámara: Las fotografías tomadas con un objetivo estándar, con la cámara sostenida en las manos, debería impresionarse con una velocidad de obturación de 1/60 de segundo o aún con más rapidez. Si el objetivo es de mayor distancia focal que el normal, debe aumentarse la velocidad de obturación de acuerdo con ello.

Movimiento del Sujeto: Las fotografías que requieren imprescindiblemente que el sujeto esté lo más definido posible, deben tomarse con una velocidad de obturación tan rápida como se pueda, teniendo en cuenta que la mayor velocidad necesitará de mayor apertura, con la consiguiente reducción de profundidad de campo.

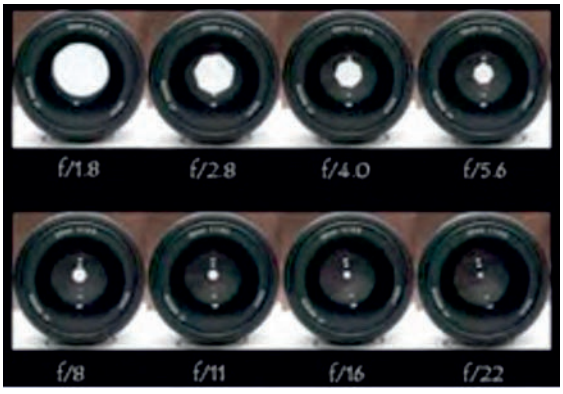
Binomio diafragma – velocidad

Tal como hemos visto, estos dos elementos de una cámara fotográfica son los que regulan la exposición que debe recibir el material sensible para un registro correcto.

Mediante la utilización del instrumento llamado fotómetro o exposímetro podemos determinar una serie de combinaciones de ambos elementos, de acuerdo a la intensidad de la luz existente y la sensibilidad del material fotográfico que se emplea.

La serie dada por el fotómetro presenta siempre un número de diafragmas combinados con tiempos de exposición. Así tenemos, por ejemplo, que si la lectura del fotómetro nos da la serie siguiente:

Diafragmas 1.8, 2.8, 4, 5.6, 8, 11, 16,22



T/obturación 500 250 125 60 30 15 8 4 2

¿Cómo determinar cuál es la combinación ideal de entre las que componen esta serie?
Debemos ante todo, analizar las características del trabajo que hemos de realizar, y seguidamente las características de las combinaciones que nos ofrece el fotómetro. A continuación lo veremos detalladamente.

El control de exposición

Para comprender el porqué de lo anterior examinemos las cifras un poco más de cerca. Si escogemos un diafragma 2,8 el tiempo de obturación será de 1/125 de seg. Pero supongamos que utilizamos f 5,6 la apertura está dos puntos enteros más cerrada que a f 2,8, por lo tanto, la intensidad de la luz que alcanza la película será la cuarta parte de cuando está a f 2,8.

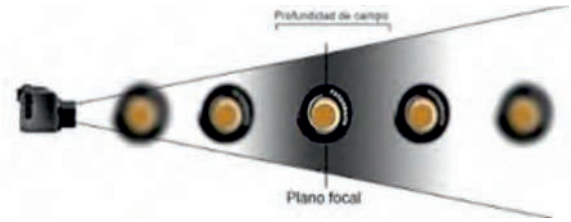
Debemos hacer entonces, que la luz alcance la película durante el cuádruple de tiempo, y por eso hemos de utilizar una velocidad de obturación de 1/30 de segundo. Podemos continuar cerrando el diafragma y ampliando la exposición con la velocidad, abriendo el diafragma y reduciendo el tiempo, hasta que ya no dispongamos de más ajustes.

¿Entonces por cuál de estos ajustes nos decidimos? Como veremos, la elección final es frecuentemente un compromiso de sopesar con el mayor de los criterios.

El control de movimiento y la profundidad de campo

Con prioridad en la velocidad de obturación, podemos controlar la forma en que los objetos móviles quedan registrados en nuestras fotografías. Supongamos, que estamos fotografiando un coche que viaja a través de nuestro campo de visión a 100 km/h., y que estamos utilizando una velocidad de 1/30 de seg. Durante el tiempo que el obturador esté abierto, el coche se desplazará unos 90 cms, y por consiguiente quedará registrado en la película como una imagen borrosa. Si aumentamos la velocidad de obturación a 1/500 de seg., el movimiento del coche será de unos 5 cms, y la imagen resultante será mucho más clara.

Si por el contrario damos prioridad a la abertura del diafragma, podemos controlar la "profundidad de campo", que es la distancia entre el punto más cercano a la cámara y el más alejado, entre los cuales todas las partes del tema aparecen suficientemente nítidas. Cuanto más pequeña la apertura tanto mayor es la profundidad de campo.



Distancia focal

Es la distancia en milímetros entre el centro óptico y la superficie de la película o sensor de la imagen, cuando ésta se encuentra proyectada.

En estos tres aportes intentamos acercarlos al mundo de la fotografía, tratando de despejar algunas dudas, que tanto pueden servir para el tema que nos atañe, como para las tomas personales, que realizamos habitualmente.

Queda mucho por trabajar en esta especialidad que quizás desde otros aportes les sigamos acercando.
Para finalizar e ir redondeando haremos una síntesis de las cosas más importantes que debemos considerar para realizar la documentación fotográfica de las heridas.

Consideraciones para realizar fotografías de heridas.

Es necesario contar en el Servicio con una cámara de fotos, propia de la Institución; no es bueno depender de las personales de los Funcionarios, porque pueden olvidarse en casa, no contamos con ella el día libre etc.

Es necesario contar con una impresión en color de las imágenes, para poder anexarlas a la Historia Clínica, para que no pierda calidad la imagen y se puedan distinguir claramente los diferentes estadios de la lesión.

Lo antes posible se hace necesario incorporar la Historia Clínica Electrónica, a la que siguiendo las normas de publicación de imágenes debemos incorporar la imagenología de heridas.

Si bien el Comité de Ética me comunicó que no es necesario el Consentimiento Informado para la realización de las tomas que se incorporaran a la HC (al igual que una Radiografía, para la que no se solicita autorización); sugiero que se realice la petición ya que luego la imagen podría ser necesaria para generar una clase, una charla o la necesitemos para otro uso didáctico, y en ese momento se dificulte encontrar al familiar para su validación.

Debemos tener presente siempre que la cámara debe estar en condiciones para cuando se necesita para fotografiar al usuario, para ello debemos revisar todas las cosas que fuimos tratando en estos artículos.

Como ser:

Memoria suficiente para guardar las tomas. Pilas o Baterías cargadas o sus repuestos también en condiciones.

Configurar en la cámara fecha y hora de la foto.

Contar con algún elemento reglado que nos permita identificar al usuario y el tamaño de la lesión.

Es de destacar que hay programas computarizados que nos permiten realizar la medición del tamaño de la lesión.

Debemos contar con la iluminación adecuada para realizar una buena toma, lo màs real posible.

No ir a las apuradas, hay que tomarse el tiempo necesario para realizar la mejor foto, aunque debemos considerar que estamos en medio de un procedimiento de cura, así que debemos estar coordinados con los operadores para no interferir.

Tomar firmemente la cámara con las 2 manos y con los codos pegados al cuerpo; o buscando otro modo de fijación adecuado.

Evitar caídas de la cámara, colocándonos las cintas de seguridad con que cuenta el equipo.

Evitar elementos innecesarios en la unidad.

De ser posible utilizar campos que contrasten con la toma para resaltar el producto. De no ser posible usar campos, la sabana es un elemento utilizable.

Nuestro centro de atención es la herida, de la que debemos obtener el mejor y más fiel documento, para incorporar a la HC, para que otros integrantes del Equipo puedan ver las características y la evolución de la lesión.

Es importante lograr un enfoque nítido, evitar movimientos bruscos, pulsar suavemente el disparador.

Realizar varias tomas, con y sin flash, desde distintos ángulos para luego elegir la mejor foto y la que más nos aproxime a la realidad de la herida.

Registrar en la HC y documentar el Proceso de Atención de Enfermería.

Fotografiar heridas, es una óptima documentación en la valoración de las lesiones y bien realizada es un aporte fundamental al registro. Las realizamos por razones clínicas, legales, de investigación, de docencia, para facilitar la administración de recursos materiales y humanos, mejora la comunicación entre los diferentes integrantes del Equipo de Salud.

El registro de la valoración de una herida se realiza a través de la documentación escrita y fotográfica de la evolución de la misma y conlleva un proceso de observación, recolección de datos y evaluación.

Debe incluir el registro de la valoración inicial, cambios que se vayan presentando en la evolución y todas las intervenciones realizadas.

La primer evaluación y su registro adecuado, sirven de base para futuras comparaciones que se realizaran a lo largo del proceso de evolución.

Un buen registro evita levantar innecesariamente la curación repetidas veces, una vez realizada y las ventajas de ello son el control de los costos (importante para los gestores), mantener la temperatura y la humedad adecuada de la herida (evitando el retraso en la cicatrización), disconfort del usuario (evita dolor innecesario, riesgo de infección por mayor exposición) y mejora los tiempos de enfermería (vinculados a los cuidados).

Fué importante brindar fundamentos técnicos del proceso fotográfico digital para unificar criterios y lograr una homogeneidad en los registros que permitan un seguimiento adecuado, científico y de calidad en el seguimiento de la evolución de las heridas.

Debemos seguir por este camino.

curatec®

URGO

CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICACIA
PARA SUS PACIENTES

TRANQUILIDAD PARA USTED

LA MÁS COMPLETE LÍNEA DE PRODUCTOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE HERIDAS ESTÁ A SU ALCANCE!

REPRESENTANTE, IMPORTADOR Y DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO AUTORIZADO EN URUGUAY:
BIOXEL S.A. JUAN M. FERRARI 1364, MONTEVIDEO
TEL. 2 606 01 72 / www.bioxel.com.uy

BIOXEL

Nuevos desafíos en la práctica clínica
- BIOPELÍCULAS -
Prevención y Tratamiento

Mgter. Lucía García

Presidenta SCUH - Magister en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados en Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. España.
Experto en el Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Otorgado por el GNEAUPP. (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)
Coordinadora de la Red Internacional de Úlceras y Heridas (RIUH) – Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE)
Unidad de pie DÍABETICO-UDA Hospital Pasteur.

Mgter. Rocío González

Vicepresidenta SCUH. - Magister en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados en Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. España.
Experto en el Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Otorgado por el GNEAUPP. (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)
Coordinadora de la Red Internacional de Úlceras y Heridas (RIUH) - Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE)

En el presente artículo profundizaremos algunos aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento del biofilm en las heridas crónicas.

El **cuidado de las heridas basado en biopelícula (BBWC)** consiste en el empleo de múltiples estrategias simultáneas (Wolcott y Rhoads, 2008) que busca intervenir en la comunicación intercelular, prevenir la regeneración y destruir el biofilm, de modo que permita la progresión del proceso de cicatrización de la herida. Este concepto incluye la preparación del lecho de la herida, el desbridamiento frecuente, el uso de biocidas selectivos, supresores del biofilm y antimicrobianos específicos.

Como hemos mencionado en ediciones anteriores , la presencia de biofilm en las heridas crónicas - que comprende un número de diversas especies microbianas recubiertas por una matriz protectora auto-secretada- es mucho más difícil de manejar para la inmunidad del huésped y por tanto en su tratamiento.[1]

Prevención y Tratamiento del Biofilm

Las biopelículas constituyen un desafío en el cuidado de las heridas por cuatro razones:

*Son resistentes a los antibióticos.[2]
*Son altamente resistentes a los biocidas.[3]
*Evaden el sistema inmune del huésped.[4,5]
*Los antibióticos que se utilizan habitualmente no son efectivos en el tratamiento de los mismos.[6]

Se han propuesto diferentes métodos para la eliminación del biofilm.[7,8,9]

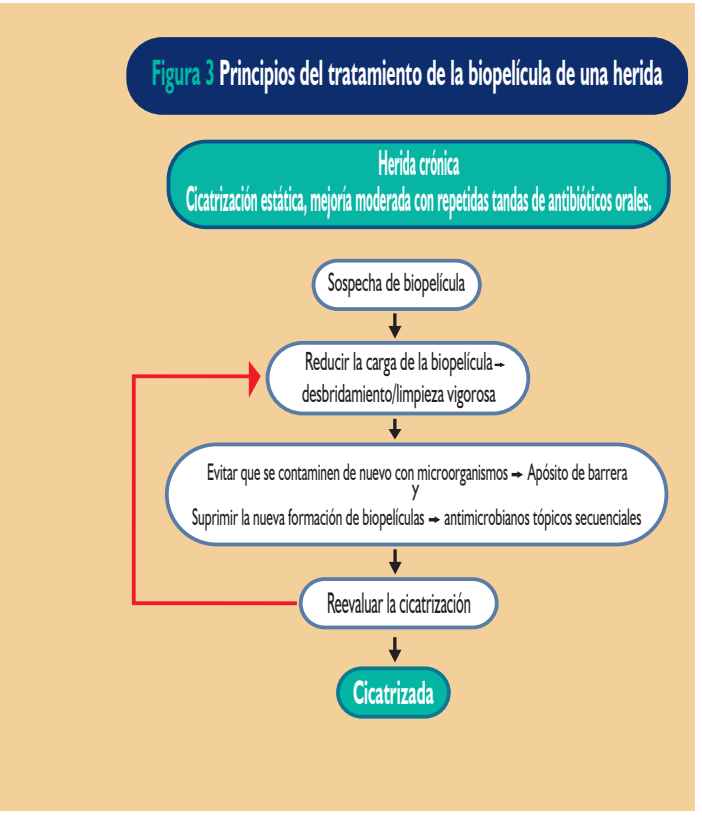


Figura 1. Principios del tratamiento de la biopelícula de una herida. Phillips PL, Wolcott RD, Fletcher J, Schultz GS. Biofilms Made Easy. Wounds International 2010; 1(3)

Las medidas antibiopelículas pueden dividirse fundamentalmente en :

1) remoción o destrucción de biopelículas,

2) prevención de su reconstitución.

En el primer grupo (de acuerdo a lo señalado por Lu TK, Collins y Kaplan) se encuentra el uso de enzimas que hidrolizan al exopolisacárido (dispersina D, alginasa, depolimerasa de fago) y en el segundo grupo se encuentran sustancias que interfieren en la formación del exopolisacárido, como xilitol, galio (Percival SL et al)y agentes quelantes captadores de hierro, como lactoferrina, deferoxamina y EDTA.

Una de las estrategias más eficaces y rentables supone la eliminación física de la biopelicula a través del desbridamiento de modo que pueda reducirse la carga del biofilm lo cual prepara el escenario para que agentes de tratamiento antimicrobiano sean más eficaces antes de la reconstitución del mismo.[10,11]

Previamente al desbridamiento es importante realizar una limpieza exhaustiva de la herida de modo de eliminar los contaminantes, residuos sueltos y restos de apósitos de la superficie de la herida y de la piel circundante.[12]

Es poco probable que exista una técnica de desbridamiento o limpieza que pueda eliminar totalmente el biofilm, de modo que cualquier bacteria/biopelícula que permanezca en el tejido puede volver a crecer y formarse una biopelicula madura en cuestión de días (incluso antes de las 24hs es capaz de reconstituirse).

Por esta razón se sugiere la realización de un desbridamiento periódico de las heridas en las que se sospeche que puede haber biofilm.

Esta nueva formación en la herida se produce por el crecimiento de fragmentos que no se eliminaron tras el desbridamiento o la limpieza, la propagación de bacterias planctónicas liberadas de la biopelícula restante o el crecimiento por microorganismos recientemente introducidos.

De modo para prevenir la reconstitución de la biopelícula deben incluirse estrategias que eviten la nueva contaminación de la herida (a través del uso de apósitos) y el uso de agentes antimicrobianos para eliminar los microorganismos planctónicos.

Una amplia variedad de agentes se encuentran actualmente en uso y bajo investigación para el tratamiento de las biopelículas bacterianas (Ammons, 2010). Estos tratamientos incluyen agentes químicos y biológicos que se dirigen a diferentes aspectos de la estructura bacteriana y del biofilm.

Es importante destacar que algunos productos para la limpieza de heridas, colaboran en la eliminación de bacterias, residuos y las biopelículas.

Algunas soluciones con polihexametileno biguanida (polihexanida o PHMB) afectan la tensión a nivel de la superficie de la herida ayudando en la eliminación de residuos y bacterias.[13]

Debemos de tener en cuenta que de acuerdo con el origen polimicrobiano de las biopeliculas deben de utilizarse antimicrobianos de amplio espectro de modo de eliminar los microorganismos. Los antimicrobianos microbicidas de amplio espectro más utilizados son: plata, cadexómero iodado, miel y PHMB.

Es importante considerar el cambio de antimicrobianos locales cuando no se observan ningún cambio en la herida (evolución del proceso de cicatrización), la utilización de formulaciones de liberación lenta para determinar los periodos de tratamiento y las presencia de sensibilidad/ alergias que presente el paciente.

La reevaluación de la situación clínica frecuente del paciente y la herida con un enfoque integral permitirá tomar decisiones que favorezcan el proceso de cicatrización.

Algunos antimicrobianos recomendados son aquellos que presentan en su composición plata iónica.
Cabe destacar que los iones plata se unen[14,15] a las membranas celulares bacterianas, desestructurando la pared de la célula y causando fuga celular. Los iones de plata transportados en la célula alteran la función celular al unirse a proteínas e interfieren en la producción de energía, la función enzimática y la replicación celular.

Los iones de plata son activos contra una gran variedad de bacterias, hongos y virus, incluidas muchas bacterias resistentes a los antibióticos. Estudios sobre los efectos de los apósitos de plata en modelos experimentales de biofilms han sugerido que la plata reduce la adherencia bacteriana y desestabiliza la matriz de las biofilms, destruye las bacterias en la matriz y aumenta la sensibilidad de las bacterias a los antibióticos.

[16]

Percival, et al evaluaron la eficacia de vendajes de hidrofibra con plata en bacterias crecidas en biopelículas, demostraron una mortalidad de 90% después de 24 horas de contacto. Se ha demostrado que los iones de plata a concentraciones mayores de 50 ppb tienen la capacidad de romper y disgregar las biopelículas en forma eficaz.

[17]

Los agentes biológicos que se han explorado en la gestión de las biopelículas incluyen la miel, la lactoferrina y xilitol. La miel tiene múltiples propiedades antibacterianas, incluyendo una alta osmolaridad que inhibe el crecimiento bacteriano, un pH ácido que puede ayudar a inhibir el desarrollo de la biopelícula, la producción enzimática de peróxido de hidrógeno en bajas concentraciones y la presencia de metilglioxal, una sustancia que reacciona con el proceso de glicólisis en bacterias (Merckoll et al, 2009;. Pieper, 2009).

En relación a la frecuencia del desbridamiento y la aplicación de antimicrobianos aún no hay consenso algunos artículos sugieren que el desbridamiento o la interrupción sucesiva sobre la herida solo podrían ofrecer un breve espacio de tiempo (esto es, menos de 24 horas) durante el cual los tratamientos antimicrobianos serían más eficaces a la hora de reducir tanto los microorganismos planctónicos como los de la biopelícula que se encuentran en las heridas.

[18]

Cada vez es más evidente que la adopción de la gestión del cuidado de las heridas con un enfoque basado en el biofilm, la utilización de un "maletín antibiopelículas" que contemple la combinación de diferentes terapias para eliminar y prevenir la reinserción de microorganismos del biofilm, han producido mejoras significativas en los resultados clínicos.

Educación al paciente y a la familia.

Es importante explicarle al paciente y su familia la importancia de las biopelículas, cómo estas influyen en el proceso de cicatrización y en que consiste el tratamiento de las mismas (el desbridamiento frecuente y la limpieza para su eliminación y la utilización de productos antimicrobianos para eliminar las bacterias que se encuentran en la herida).

Sin duda transmitir una correcta información en forma oportuna con un lenguaje que resulte comprensible para el paciente, influirá en la adherencia del mismo a las estrategias planteadas.

A modo de resumen podemos señalar entonces que:

* Las biopelículas constituyen una importante barrera en la cicatrización de heridas crónicas, pero el reconocimiento de su importancia es reciente. Se sabe que las biopelículas bacterianas contribuyen a causar numerosas enfermedades inflamatorias crónicas.

* Las biopelículas presentan altos niveles de tolerancia a anticuerpos, antibióticos, desinfectantes y células fagocíticas inflamatorias.

* La preparación del lecho de la herida constituye una medida efectiva para la prevención y tratamiento del biofilm en heridas crónicas.

* Los conocimientos actuales acerca de las biopelículas sugiere que el tratamiento de heridas con sospecha de biofilm debe incluir el desbridamiento frecuente de la herida (el que obliga a que la sustancia polimérica extracelular deba reformarse y constituye una herramienta efectiva para su remisión) junto con otro tipo de intervenciones como la aplicación de apósitos con antimicrobianos para impedir que la herida se vuelva a contaminar y suprimir su reconstitución.

NUEVO!!
ACCESIBLE !!

AEROPIEL
Aceite de Siliconas

Como preventivo:
En piel perilesional de UPP
Zonas de riesgo (incontinencias, exudados, etc.)
Ostomías.
Manos profesionales.

Spray 255 ml (170 g)

HIGIA S.R.L.
Comercio 2064 I 2506-8044/2506-9169
www.higia.com.uy

BIBLIOGRAFIA

1) Tuttle MS, Mostow E, Mukherjee P. Characterization of bacterial communities in venous insufficiency wounds by use of conventional culture and molecular diagnostic methods. J Clin Microbiol 2011; 49(11): 3812–9

2) Stewart, P.S., Costerton, J.W. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. Lancet 2001; 358: 9276, 135-8.

3) Stewart, P.S., Grab, L., Diemer, J.A. Analysis of biocide transport limitation in an artifi cial biofi lm system. J Appl Microbiol 1998;85: 3, 495-500.

4) Lam, J.S., MacDonald, L.A., Lam, M.Y. et al. Production and characterization of monoclonal antibodies against serotype strains of Pseudomona aeruginosa. Infect Immun 1987; 55: 5, 1051-1057.

5) Leid, J.G., Willson, C.J., Shirtliff, M.E. et al. The exopolysaccharide alginate protects Pseudomonas aeruginosa biofi lm bacteria from IFN-gamma-mediated macrophage killing. J Immunol 2005; 175: 11, 7512-7518.

6) Anderl, J.N., Franklin, M.J.Stewart, P.S. Role of antibiotic penetration limitation in Klebsiella pneumoniae biofilm resistance to ampicillin and ciprofloxacin. Antimicrob Agents Chemother 2000; 44: 7, 1818-1824.

7) Rhoads DD, Wolcott RD, Percival SL. Biofilms in wounds: management strategies. J Wound Care 2008; 17: 502–8.

8) Humphreys G, Lee GL, McBain AJ, Percival SL. Assessment of combinatorial antimicrobial and anti-biofilm activities of ionic silver and sodium heaxametaphosphate against bacteria associated with chronic wounds. J Antimicrob Chemother 2011; 66: 2556–61.

9) Bjarnsholt T, Kirketerp-Møller K, Kristiansen S, Phipps R, Nielsen AK, Jensen PØ, Høiby N, Givskov M. Silver against Pseudomonas aeruginosa biofilms. APMIS 2007; 115: 921–8

10) Wolcott RD, Kennedy JP, Dowd SE. Regular debridement is the main tool for maintaining a healthy wound bed in most chronic wounds. J Wound Care 2009; 18(2): 54-56.

11) Wolcott RD, Rhoads DD. A study of biofilm-based wound management in subjects with critical limb ischaemia. J Wound Care 2008; 17: 145–55.

12) Rodeheaver RT, Ratliff CR. Wound cleansing, wound irrigation and wound disinfection. In: Rodeheaver GT, Krasner DI, Sibbald RG eds. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals. HMP Communications: Malvern, USA, 2007

13) Andriessen AE, Eberlein T. Assessment of a wound cleansing solution in the treatment of problema wounds. Wounds 2008; 20(6): 171-75.

14) Widegrow AD. Persistence of the chronic wound-implicating biofilm. Wound Healing Southern Africa 2008; 1:5-7

15) Chaw KC, Manimaran M, Tay FEH. Role of silver ions in destabilization of intermolecular adhesion forces measured by atomic force microscopy in Staphylococcus epidermidis biofilms. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 2005; 49, 12: 4853-4859.

16) Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012

17) Chaw KC, Manimaran M, Tay FE. Role of silver ions in destabilization of intermolecular adhesion forces measured by atomic force microscopy in Staphylococcus epidermidis biofilms. Antimicrob Agents Chemother 2005;49:4853-4859

18) Phillips PL, Wolcott RD, Fletcher J, Schultz GS. Biofilms Made Easy. Wounds International 2010; 1(3): disponible en http://www.woundsinternational.com

La propuesta para la conformación de una Red Internacional en Úlceras y Heridas surge inicialmente en año 2010 en el seno de la Asamblea Anual de la Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas.

En esta reunión se expresaron y analizaron temas conforme a distintas realidades de nuestros países iberolatinoamericanos, el contexto y experiencias en donde se enmarcan los distintos servicios de salud de cada uno de los países miembros de la misma. Durante la participación en diferentes eventos sobre la temática se observó, la realización en varias oportunidades de actividades aisladas lideradas por las diferentes sociedades científicas vinculadas a la temática por lo que se manifiesta la necesidad de contar con un nexo de intercambio de gestión, información y comunicación de modo de integrar a todos los involucrados.

Alineados con el propósito de la conformación de distintas Redes de las Américas para el logro de los Objetivos del Milenio y el desarrollo de sistemas de salud basados en APS, consideramos que la temática representa un verdadero problema de Salud Pública digno de ser abordado por los profesionales de la salud con énfasis en la sistematización de buenas prácticas.

La Red Internacional de Ulceras y Heridas participa como miembro de la Red Internacional de Enfermería y Seguridad de los Pacientes.

Este acuerdo fue sellado en Montevideo en el marco del Coloquio Panamericano de Investigación del 2013 y la reunión de redes de enfermería internacionales de la OPS. El motivo del mismo fue poder desarrollar estrategias y actividades conjuntas que puedan fortalecer los lazos de cooperación entre las redes en el beneficio de la comunidad toda.

Entre las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas podemos destacar un progresivo envejecimiento de la población como consecuencia del incremento de la esperanza de vida y un cambio importante en el patrón epidemiológico,

al adquirir un creciente protagonismo las enfermedades de naturaleza crónica y degenerativa. Se trata, sin duda, de dos importantes factores de riesgo que ayudan a entender la prevalencia que están alcanzando los problemas de salud relacionados con las heridas crónicas tales como úlceras de la extremidad inferior, úlceras de pie diabético y las úlceras por presión.

Entendiendo que para operar eficazmente en un entorno global cada vez más complejo, se deben liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los estados y las organizaciones, de modo que promuevan la equidad en salud combatiendo la enfermedad y mejorando así la calidad de vida de nuestros pueblos. Creemos indispensable fomentar alianzas que incrementen la gestión de la información y del conocimiento estimulando el aprendizaje mutuo y el fortalecimiento del trabajo en equipo

La Red es la estrategia de articulación y cooperación técnica entre instituciones vinculadas directa o indirectamente a la educación de profesionales y técnicos en salud, con el objetivo de fortalecer los sistemas nacionales de salud. Basada en la suposición de que la calificación de los recursos humanos en salud es una dimensión fundamental para la implementación de políticas públicas que atiendan a las necesidades de salud de la población en cada país miembro.

Está integrada actualmente por sociedades científicas relacionada con la presente temática de España, Portugal, Italia, México, Brasil, Chile, Argentina, Venezuela, Ecuador, Perú y Uruguay. Próximamente se integrarán, Bolivia y Angola.

La Red Internacional de Úlceras y Heridas se basa en la convicción que el trabajo en red supone solidaridad, confianza y respeto intercultural por los conocimientos y experiencias como valores valiosos para la salud; que la excelencia y responsabilidad en la participación constituyen imperativos éticos cuando se trata del trabajo en salud; que el cuidado humano es esencial para la vida plena de los sujetos y las sociedades y que la contribución de las enfermeras es imprescindible para el desarrollo sostenible de las naciones.

Son objetivos de la Red:

- Compartir conocimientos e información relacionados al área de las heridas.
- Identificar problemas, intereses y prioridades comunes relativos a la práctica, gestión, investigación y educación del equipo de salud vinculados al cuidado del paciente con heridas o en riesgo de padecerlas y generar alternativas de transformación compartidas.
- Promover la articulación entre los miembros para ampliar y fortalecer sus actividades de cuidado, formación, investigación y cooperación técnica.
- Promover y participar en el desarrollo de programas y planes de salud que incluyan la temática de las heridas conjuntamente con las organizaciones gubernamentales de salud (ministerios de salud u otras organizaciones).
- Dar visibilidad a la situación y tendencias en relación a las heridas facilitando la identificación de prioridades de transformación y desarrollo.
- Compartir metodologías y recursos tecnológicos destinados a las actividades de cuidado, gestión, formación, investigación, información y cooperación técnica relacionadas a la temática.
- Promover la producción y uso intensivo de información científico-técnica y referencial relativo a las heridas crónicas.
- Promover el acceso equitativo y universal a fuentes de información científico-técnica y referencial en materia de úlceras y otras heridas.
- Potencializar el desarrollo de investigaciones (estudios multicéntricos) entre los miembros;

- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en relación a la prevención y cuidado de las heridas.
- Promover la formación de los recursos humanos en salud en la especialidad conjuntamente con organismos formadores en al ámbito académico correspondiente (universidades, escuelas , etc)
- Promover la educación e integración de los usuarios y sus cuidadores a través de distintas estrategias y promuevan la participación de los mismos.

Si deseas unirte a esta propuesta o quieres mayor información visítanos en:

Sitio Web: www.riuh.net

Escríbenos: info@riuh.net

Te esperamos!!

PRODUCTOS BASADOS EN CURA EN AMBIENTE HUMEDO DISPONIBLES EN URUGUAY

HIDROCOLOIDES EN PLACA O LAMINAR

COMPOSICIÓN

Constituidos por una capa de gel adherida a una película semipermeable o a una espuma de apoyo. La capa de gel consta de una matriz adhesiva que contiene una combinación de materiales absorbentes como carboximetilcelulosa sódica (CMC), en menor medida pectina y gelatina, elastómeros y aditivos en la mayor parte de los casos. Se trata de apósitos estériles que se presentan en forma de placa adhesiva, con reborde o sin reborde y de diferentes formas (cuadrada, rectangular, redonda o con formas anatómicas -sacro, talón, codo.

MECANISMO ACCIÓN

La CMC es una sustancia no reabsorbible que en contacto con el exudado absorbe agua, aumenta su volumen formando un gel sobre el lecho de la herida protegiendo los tejidos frágiles.
El gel mantiene la humedad y temperatura necesarias para favorecer la angiogénesis, la diferenciación de los fibroblastos y la proliferación de los queratinocitos. Además, promueve el desbridamiento autolítco.
Promueve el confort del paciente disminuyendo el dolor; el medio ambiente húmedo producido por el apósito, protege las terminaciones nerviosas y de este modo ayuda a reducir el dolor en el lecho de la herida. Su film previene que las bacterias y virus entren en contacto con la herida mientras el apósito se mantiene intacto.

INDICACION

Sobre piel íntegra: para disminuir la fricción en distintas localizaciones del cuerpo.
Heridas agudas o crónicas de diversa etiología superficiales y de espesor parcial con escaso o moderado exudado.
Ejemplos heridas agudas: quemaduras de segundo grado, lesiones traumáticas, quirúrgicas y zonas donantes de injertos.
Ejemplos heridas crónicas: úlceras por presión, úlceras de etiología venosa, isquémica y úlceras de pie diabético.
Frecuencia de cambio del apósito:
Piel íntegra: 7 días
Heridas: de 3 a 7 días dependiendo de etiología de la lesión, características del lecho y cantidad de exudado.

OBSERVACIONES

El apósito hidrocoloide seleccionado debe ser de un tamaño y forma apropiados para la herida y superponerse sobre la piel sana aproximadamente 3 cm alrededor de la herida.
Debe aplicarse calor con las manos previo a la aplicación ya que esto aumenta la adhesividad y flexibilidad del apósito, permitiendo que se adapte mejor a los contornos de la herida.
Si en el momento de su retiro está muy adherido aplicar suero fisiológico para su remoción.
NO DEBEN APLICARSE en heridas infectadas por ser apósitos semi oclusivos u oclusivos dependiendo de la marca comercial.

SCUH
Sociedad Científica Uruguaya de Heridas

MARCA COMERCIAL	PRESENTACIÓN	CONTACTO
Duo DERM CGF® Apósito estéril con matriz elastométrica compuesto por una pelicula interna de tres hidrocoloides (gelatina, pectina y carboximetilcelulosa sódica), polisobutileno y polímeros elastoméricos. La película externa está compuesta por espuma de poliuretano.	Apósito 10 x 10 cm Caja con 5 apósitos Apósito 15 x 15 cm Caja con 5 apósitos Apósito 20 x 20 cm Caja con 5 apósitos	**URUFARMA** Juan Ramón Gómez 3265 www.urufarma.com.uy Montevideo - Uruguay
Duo DERM Extra Thin® Apósito estéril con matriz elastomérica, traslúcido y extra-delgado, compuesto por una película interna de tres hidrocoloides (gelatina, pectina y carboximetilcelulosa sódica), polisobutileno y polímeros elastoméricos. La película externa está compuesta por espuma de poliuretano.	Apósito 10 x 10 cm Caja con 10 apósitos Apósito 15 x 15 cm Caja con 10 apósitos Apósito 5 x 20 cm Caja con 10 apósitos	
Curatec Hidrocolóide Plus® Hidrocoloide hipoalergénico que contiene capa interna autoadhesiva (carboximetilcelulosa CMC-sodio), conservantes, y polisobutileno, una capa exterior de película de poliuretano y un revestimiento compuesto de papel de silicona.	10 x 10 cm - Standard Caja con 5 apósitos 15 x 15 cm - Standard Caja con 5 apósitos 15 x 18 cm – Standard Caja con 5 apósitos 15 x 20 cm – Standard Caja con 5 apósitos 20 x 20 cm – Standard Caja con 5 apósitos 10 x 10 cm - Extra-fino Caja con 10 apósitos	**BIOXEL** Juan M. Ferrari 1364 www.bioxel.com.uy Montevideo – Uruguay
Pharmacoll® Vendaje hidrocoloide adhesivo para heridas, laminado de poliuretano semipermeable resistente a las bacterias y al agua. No contiene gelatina.	Pharmacoll® Caja con 5 Apósitos de 15 x 15 cm Caja con 5 Apósitos de 20 x 20 cm Caja con 10 Apósitos de 10 x 10 cm Caja con 5 Apósitos de 15 x 15 cm Pharmacoll® Comfort SACRO - Caja con 5 Apósitos de 22 x 22 cm	**APITER** Dr. Carlos María de Pena 4469 C.P. 11900 - Montevideo - Uruguay www.apiter.com
Pharmacoll® Cushion Es un apósito hidrocoloide con respaldo de espuma Hollister. Compuesto de dos capas, la capa de hidrocoloide de 0.6 mm que está en contacto con la herida y la capa exterior de espuma de Hollister para dar un colchón mullido confortable.	Pharmacoll® Cushion Caja con 10 apósitos de 10x10 cm Caja con 5 apósitos de 20x20 cm	

PRÓXIMOS EVENTOS

Congresos/Jornadas/Charlas/Cursos/Actividades de la SCUH

INTERNACIONALES

EWMA 2015. 25th Conference of the European Wound Management Association 13-15 May 2015/UK, London.

Congreso Internacional de Ventilación Mecánica - CTI. Junio 2015 Cuba, La Habana.

XXVII Congreso Nacional de Enfermería Vascular y Heridas, Bajo el lema " Enfermería Vascular y Heridas: Pasado, Presente y Futuro". 4 y 5 de Junio Castellón, España.

7º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión / 9ª escuela de verano del GNEAUPP. 17-20 junio Cantabria, España.

IX Congreso Internacional de la Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas. "Por una atención de calidad y seguridad para el Paciente" 27 al 30 de agosto 2015- World Trade Center - WTC - Ciudad de Mexico.

XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. 4 al 8 de septiembre de 2015. Río de Janeiro. Brasil.

EPUAP 2015: 16 - 18 September Ghent, Belgium.

XIV Congreso de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.
XVI Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. I Simposio de la Alianza Neonatal. III Simposio de Docencia en Enfermería. III Reunión de Redes de Enfermería. La Habana, Cuba, 5 al 9 de Octubre 2015.

VIII Congreso Iberolatinoamericano sobre Ulceras y Heridas. 11 - 13 Noviembre 2015. Mérida (México) VII Congreso Iberolatinoamericano sobre Ulceras y Heridas. (SILAUHE)

NACIONALES

III Congreso de Medicina Ambulatoria y Nutrición del Conosur, XXII Jornadas de Actualización en Medicina Ambulatoria y XX Jornadas de Nutrición.
21 al 23 junio 2015.
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Montevideo Uruguay.

ECOM 2015 - II Encuentro y Congreso Opción Médica. 16/7/2015 - 17/7/2015
Intendencia de Montevideo - IM (Sala Azul) Montevideo.

VII Congreso Uruguayo de Endocrinología y Metabolismo. 13/8/2015 - 15/8/2015
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel. Montevideo.

3as. Jornadas Internacionales de Medicina Intensiva – SMI. 13/08/2015
Hotel NH Columbia. Montevideo.

XV Congreso Latinoamericano de Dermatología, XVII Jornadas de ATD Uruguay, Encuentro de Residentes, XIII Rioplantense y III Latinoamericano.
20/8/2015 - 22/8/2015
Sheraton Hotel Montevideo.

NACIONALES

XXX Congreso Uruguayo de Pediatría, I Congreso Integrado de Adolescencia y VIII Jornadas del Pediatra Jóven del Conosur.
8/9/2015 - 11/9/2015.
Laboratorio Tecnológico del Uruguay - LATU. Montevideo.

VI Congreso Iberoamericano de Nutrición, XVI Congreso Latinoamericano y del Caribe de Nutricionistas y Dietistas, V Congreso Uruguayo de Alimentación y Nutrición.
9/9/2015 - 11/9/2015.
Intendencia de Montevideo.

XIV Congreso Uruguayo de Medicina Intensiva.
27/10/2015 a 30/10/2015
Intendencia de Montevideo.

Congreso Internacional de Medicina Legal y Ciencia Forense, IX Congreso Iberoamericano de Derecho Médico, II Jornada Académica de Bioética.
4/11/2015 - 7/11/2015.
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel.

Primer Congreso Uruguayo de Cuidados Paliativos. 19-20 noviembre de 2015 Hotel NH Columbia. Montevideo

II Congreso Regional Sur de la Federación Latinoamericana de Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) I Congreso Uruguayo Integrado de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Nutrición (SUNUT) 21/11/2015 a 24/11/2015.
Intendencia de Montevideo

31o. Congreso Uruguayo de Cardiología
29/11/2015 a 01/12/2015
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel.

66º Congreso Uruguayo de Cirugía.
2/12/2015 - 4/12/2015.
Hotel Cottage. Montevideo.

XXI Congreso Iberoamericano de Cirugía Plástica.
9/3/2016 - 12/3/2016.
Punta del Este, Maldonado, Uruguay.

ECOM 2015

2º ENCUENTRO Y CONGRESO OPCIÓN MÉDICA

Congreso multidisciplinario de Medicina

16 y 17 de julio - 2 salas simultáneas, Dorada y azul de la IMM
de 9 a 17 horas

Jueves 16

Enfermería

- **Dr. enf. Agusuto Ferreira**
  - Enfermería pediátrica
  - Enfermería y sus desafíos actuales: con la mirada dirigida a los cuidados
- **Dra. Enf. Zoraida Fort**
  - Plan de desarrollo de la enfermería uruguaya
- **Mag. Lucía García - Mag. Rocío González**
  Sociedad Uruguaya de Heridas
  - Gestión de Enfermería en el abordaje de heridas crónicas: una propuesta interdisciplinaria

Pediatría

- **Dr. Gustavo Giachetto - Dra. Adriana Ithurralde - Dra. Maite Arana - Dr. Daniel Bia - Dra. Loreley García - Centro Cuidarte**
  - Prevención de salud cardiovascular en niños y adolescentes. Abordaje oportuno e integral

Clínica médica

- **Dr. Edgardo Romero Galván**
  - Quién acompañará a las Estatinas para disminuir el riesgo residual

Genética

- **Dr. Mario Stoll y equipo**
  - Genética en la práctica clínica, Medicina predictiva. Programa GENYCO

Osteoporosis

- **Dra. Diana Wiluzanski**
  - Uso de Densitometría en Clínica Médica

Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor

- **Dr. Pablo Hernández y equipo**
  - Manejo del dolor crónico y oncológico

Tecnología médica

- **Ing. Jorge Morales Mello**
  - Seguridad del paciente e ingeniería de factores humanos

Cátedra de Medicina Familiar

- **Dr. Julio Vignolo**

Viernes 17

Clínica médica

- **Dr. Edgardo Romero Galván**
  - Osteoporosis: nuevas dianas terapéuticas

Oncología

- **Dr. Mauricio Luongo y equipo**
  - Braquiterapia

Investigación

- **Dr. Gustavo Arroyo**

Mesa Aparato Locomotor

- **Dra. Mercedes Navilliat y equipo**
  Cátedra de Reumatología
- **Dr. Luis Francescoli y equipo**
  Cátedra de Traumatología

Inscripciones al congreso y contratación de stand:
2915 0048 - opmedica@gmail.com

opciónmédica

Promocione sus productos directamente a todos los profesionales médicos, enfermeros, técnicos vinculados a la salud

Participe de

ECOM 2015

2º ENCUENTRO Y CONGRESO OPCIÓN MÉDICA

16 y 17 de julio - 2 salas simultáneas, dorada y azul de la Intendencia de Montevideo de 9 a 17 horas

Congreso Multidisciplinario de Medicina

Directores académicos

Sector Medicina: Dr. Edison Romero Galván
Por Enfermería Dr. en Enf. Augusto Ferreira

Exposición con más de 30 stands, entrada libre y gratuita

Módulos especializados a cargo de médicos referentes del sector

Varias opciones de participación

- Stands de varios metrajes ubicados estratégicamente
- Banners (gigantografías) colocados en una excelente ubicación
- Distribución de folletería

Asesórese por: 2915 0048
opmedica@gmail.com

HERIDAS.UY

Publicación oficial de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas