

XII Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

¿SON REALMENTE EFICACES EN EL
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS ABIERTAS
EN ESTADIOS INICIALES?

*Simposio Paralelo
Valencia, 28 de noviembre de 2018*

Ácidos Grasos Hiperóxigenados
¿Son realmente eficaces en el tratamiento de úlceras abiertas en estadios iniciales?

Edita:



Jupiter 7 Local 1, 28850, Torrejón de Ardoz (Madrid)
www.id-medica.com

Depósito legal: M-16719-2019

Edición patrocinada por: Alfasigma España, S.L.

© 2019 INFORMACIONES DIGITALES Y COMUNICACIÓN, S. L.

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción digital sin autorización expresa del propietario del copyright.

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

¿SON REALMENTE EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS ABIERTAS EN ESTADIOS INICIALES?

Panorama actual de las heridas crónicas y la necesidad de implementar acciones para su prevención y tratamiento	2
J. Javier Soldevilla Agreda Director del GNEAUPP	
Heridas crónicas: coste de la prevención <i>versus</i> coste del tratamiento	4
Francisco Pedro García Fernández Profesor del Departamento de Enfermería. Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP	
Joan Enric Torra i Bou Investigador y profesor de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lérida. Miembro del GNEAUPP y del GRECS	
Casos clínicos de úlceras abiertas en estadios iniciales tratados con Ácidos Grasos Hiperóxigenados - MEPENTOL® y MEPENTOL® LECHE	8
Teresa Segovia Gómez Enfermera Experta en Heridas Miembro del Comité Director del GNEAUPP	
Conclusiones	11
Bibliografía	12



Panorama actual de las heridas crónicas y la necesidad de implementar acciones para su prevención y tratamiento

J. Javier Soldevilla Agreda
Director del GNEAUPP

Heridas crónicas

El director del GNEAUPP comenzó su ponencia perfilando la importancia sanitaria que representan las heridas crónicas en general y las de extremidad inferior en particular: **“Un problema que no se mide, no existe. Es imprescindible hacerlo visible, saber a cuántas personas afecta, el sufrimiento que provoca y cómo altera la calidad de vida; así como conocer el coste sanitario que representa su tratamiento y prevención”**. El ponente reconoció que es difícil calcular la cifra mundial del número de heridas porque, “aunque existen muchos estudios de corte individual, regional o nacional,

no parece existir ningún estudio fiable a nivel mundial”. En el curso de la vida, casi el 10% de la población desarrollará una herida crónica, con una tasa de mortalidad relacionada con la herida del 2,5%¹.

“En el curso de la vida, casi el 10% de la población desarrollará una herida crónica”

Sí existen más datos, indicó Soldevilla, de algunos países como el Reino Unido con más tradición en estudios epidemiológicos. En su ponencia presentó una estimación del *National Health Service* referente al bienio 2012-2013 según el cual 2,2 millones de personas, de 66 millones que tiene el país, sufrieron una herida². Con estos datos como base, se estima que el problema podría alcanzar hasta el 4% o el 5% de la población de ese país.

- Heridas agudas:** Un mínimo de 300 millones de personas en el mundo.
- Heridas crónicas:** Un mínimo de 20 millones de personas en el mundo.
- Heridas traumáticas:** Un mínimo de 100 millones de personas en el mundo.
- Heridas en general:** Un total mínimo de 400 millones de personas en el mundo.

(estimación - subestimación- de la situación mundial mediante la combinación de muchos estudios individuales-regionales-nacionales aportando los siguientes cálculos)

Figura 1: Epidemiología de las heridas crónicas | situación mundial³

Úlceras de extremidad inferior

Tras la presentación general, el ponente pasó a distinguir las heridas según su etiología. **Sobre la epidemiología de las úlceras de extremidad inferior, reconoció que las cifras de prevalencia de los autores según el tipo de heridas también se ajustan poco a la realidad: los hay que infravaloran el problema y otros que lo sobrevaloran.** “Sobre todo, no hay una metodología homogénea que permita sumar coherentemente lo que aportan los estudios, que, por otra parte, no son muchos y resultan muy parciales”, apuntó Soldevilla.

El ponente recordó a continuación los datos aportados por la única investigación que se ha hecho hasta la fecha en España, el Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna, realizado en 2003⁴. El trabajo arrojaba los siguientes datos de prevalencia: 0,89 casos de úlceras venosas por cada mil habitantes, 0,12 casos de úlceras arteriales y 0,27 episodios de úlcera de pie diabético. La prevalencia de úlceras mixtas era de 0,26 por cada mil habitantes. Con respecto a estas últimas, puntualizó que “hoy tenemos la convicción de que predomina una etiología, la mayor parte de las úlceras mixtas tienen una etiología venosa”. Teniendo en cuenta este factor, las lesiones alcanzan “la nada desdeñable cifra de 1,02 casos por mil habitantes, con unas cifras globales de más de 300.000 ciudadanos afectados en nuestro país”, apuntó el profesor. El director del GNEAUPP ofreció también los datos que aporta la Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI)⁵. La prevalencia que establece es de 0,10 a 0,30 casos por cada mil habitantes, con una incidencia de hasta cinco casos nuevos por año, que deben multiplicarse por dos entre los mayores de 65 años de edad.

“La nada desdeñable cifra de 1,02 casos por mil habitantes, con unas cifras globales de más de 300.000 ciudadanos afectados en nuestro país”

Un problema sanitario prevalente, crónico y con sesgo de género

“Hay algunos elementos que hay que añadir a la prevalencia y caracterizan a este problema, como es la cronicidad”, apuntó Soldevilla, para pasar a desgranar el argumento: **“Entre el 40% y el 50% de las lesiones permanecen activas por periodos no inferiores a seis meses, un porcentaje similar supera el año de evolución, y en un porcentaje no inferior al 10% alcanza los cinco años”**. Según los datos aportados por el ponente, el 75% de todas las lesiones de extremidad inferior tienen origen venoso. Otras dos características amplían el perfil de estas lesiones: se dan más en las mujeres que entre los hombres y tienen tendencia a recidivar: una de cada tres lo hace en los doce meses siguientes a su cicatrización. Algunos estudios hablan incluso de tasas de recurrencia de hasta el 70% en el primer

año. En este punto el ponente reflexionaba: “¿Recidivan por su propia naturaleza o porque hay algo que no estamos haciendo bien?” Para completar el panorama, añadió otro elemento a tener en cuenta, la mortalidad: “Aumenta de cuatro a seis veces el riesgo de muerte entre los que presentan estas lesiones y los que no”, pero añadió que no hay demasiados estudios fidedignos, sobre todo, referentes a úlceras venosas.

“Las lesiones se dan más en las mujeres que entre los hombres y tienen tendencia a recidivar: una de cada tres lo hace en los doce meses siguientes a su cicatrización”

Calidad de vida

Cuando las lesiones se prolongan meses y años constituyen “una agonía en píldoras”, según el profesor Soldevilla. Por eso, **un objetivo fundamental debe ser preservar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias**⁶. Las heridas tienen numerosas repercusiones físicas. “Capítulo especial merece el dolor porque es lo más grave que nos puede pasar”⁷. Una herida abierta duele, por definición, y podemos darnos por satisfechos si hacemos todo lo que podemos para mitigar o impedir ese síntoma”, explicó.

Entre las repercusiones sociales el ponente destacó la restricción en las relaciones que suelen acarrear, “con pérdida de vínculos sociales, familiares y de amistad; el aislamiento es una característica frecuente”. De la mano van las repercusiones psicológicas. “Los sentimientos de vergüenza, de frustración se abren paso, está en juego la aceptación de la imagen

corporal, el autoconcepto”, apuntó Soldevilla. Cuando esas sensaciones negativas se han instalado en la mente “la persona se ve arrinconada, disminuye su autoestima y la soledad se impone hasta el punto de creer que esa vida no merece la pena ser vivida”. Por último, el ponente apuntó las implicaciones económicas: “Estamos hablando de heridas crónicas en personas en plena vida laboral que pueden verse abocadas a contrarios precarios y pueden incluso quedarse sin empleo”.

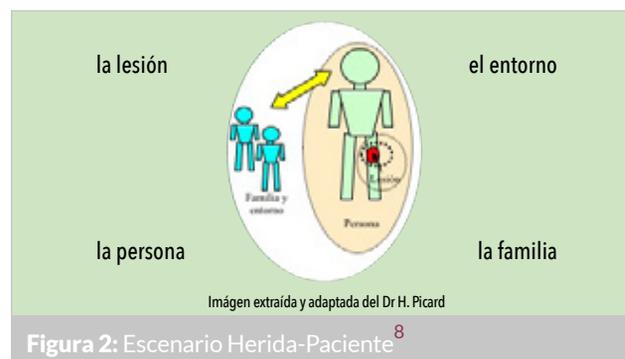


Figura 2: Escenario Herida-Paciente⁸

En opinión de Soldevilla, todas estas repercusiones necesitan una reflexión por parte de los profesionales para conocer y reconstruir un problema de salud de primer orden, e implicarse para que los gestores sanitarios tomen conciencia de lo que representa. Y para esto considera imprescindible saber con precisión, a través de los estudios correspondientes, a cuántas personas afecta y el coste de su tratamiento. En este sentido, el ponente explicó que hay un compromiso con la CONUEI para conocer el número de lesiones de extremidades inferiores en España.

Universalización y gratuidad de todo lo preventivo

El director del GNEAUPP considera que es un mérito de la sociedad española y también profesional haber conseguido un sistema sanitario universal y gratuito, algo que considera “paradisiaco”, pero cree que debe perfeccionarse para que esos rasgos alcancen también a las acciones preventivas no institucionales, las que el paciente lleva a cabo cuando está en su casa. Los pacientes tienen que disponer en condiciones de gratuidad de un tratamiento eficaz, opinó el ponente, algo que en España solo es posible en algunas comunidades autónomas. “No es de recibo que un paciente tenga que pasar por la farmacia y pagarlo de su bolsillo. No tiene sentido que podamos gastar infinito en el tratamiento de un problema y cuando tengamos que recomendar algo preventivo lo hagamos por la puerta de atrás, salvo ciertas comunidades que están haciendo lo deberes”, señaló Soldevilla.



Heridas crónicas: coste de la prevención versus coste del tratamiento

Francisco Pedro García Fernández

Profesor del Departamento de Enfermería. Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP



Joan Enric Torra i Bou

Investigador y profesor de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lérida. Miembro del GNEAUPP y del GRECS

Francisco Pedro García Fernández centró su intervención en el coste sanitario que supone la prevención de las heridas crónicas en contraste con el del tratamiento, pero como prólogo al desarrollo de la ponencia incidió en la importancia de los costes intangibles. El ponente citó la frase de Erasmo de Rotterdam en la que decía que prevenir es mejor que curar, para preguntarse a continuación cuánto cuesta hacerlo, y señalar que “muchos gestores creen que es gratis y no lo es”.

Coste de las úlceras por presión

Según el profesor, la literatura científica aporta datos “interesantes”, por un lado, del monto económico que se dedica a la prevención de las úlceras por presión, y por otro, del importe que representa su tratamiento. En su ponencia presentó una revisión sistemática de estudios epidemiológicos aparecida en el *International Journal of Nursing Studies* que compara ambos costes⁹.

“Por cada euro gastado en prevención se ahorran entre 100 y 800 euros en terapias”

“Sabemos que el importe de la prevención de una úlcera por presión en una unidad de hospitalización varía entre los 15 y los 87 euros, mientras que su tratamiento oscila entre los 20 y los 70.000 euros, si requiere, por ejemplo, tratamiento de cirugía plástica”, apuntó

el ponente. A continuación ofreció datos relativos a su abordaje en otros ámbitos. El coste de la prevención en atención domiciliaria se sitúa entre 7 y 13 euros diarios por paciente,

mientras que el del tratamiento se dispara a un mínimo de 125 euros y a un máximo de 1.750 euros. En las residencias, “donde en principio la prevención es más barata”, el gasto preventivo oscila entre 2 y 20 euros, mientras que el tratamiento varía entre los 15 y los 1.500 euros.

Recapitulados todos los datos, el coste medio de la prevención por paciente en cualquier ámbito asistencial se mueve en una horquilla de 2,65 a 87.57 euros, mientras que el tratamiento varía entre 15 y 70.000 euros. “Es un abanico grande y el paciente no se desvuelve en un solo contexto, puede pasar del domicilio al hospital y de ahí acabar en una residencia”, explicó el ponente, como aclaración, para añadir que **“cuando se hacen los estudios teniendo en cuenta que se va de un ámbito a otro, lo que se llama una estandarización de tasas ajustada a la situación del paciente, podríamos cifrar el coste de prevenir una úlcera entre 50 y 60 euros y el tratamiento entre 5.000 y 50.000 euros”**.

Situación	Coste la prevención en €	Coste del tratamiento en €
Coste medio por paciente y día en cualquier contexto	2,65-87,57	15,10 - 69.472
Inversión en prevención	1 €	6 € - 793 €

Situación	Coste la prevención en €	Coste del tratamiento en €
Coste medio con múltiples configuraciones	53,69 - 59,98	5.527,40 – 50.556,92
Inversión en prevención	1 €	103€ - 843 €

Figura 3: Coste de las úlceras por presión⁹

A partir de los datos, y teniendo en cuenta solo un contexto de prevención, puede concluirse, según el ponente,

que “por cada euro que se invierte en medidas preventivas se ahorran entre 6 y 800 euros en tratamiento”. Si se contempla la situación real, añadió el profesor García Fernández, donde la persona afectada ha pasado por distintos ámbitos, por cada euro gastado en prevención se ahorran entre 100 y 800 euros en terapias. “Valorando los costes económicos y la importancia de los intangibles, ¿qué más necesitan los gestores para invertir en prevención de manera seria y formal?”, se preguntó el doctor García Fernández.

Tras la pregunta retórica, el ponente se centró en el coste del tratamiento de las úlceras por presión en contextos nacionales. Citó los estudios de Posnett¹⁰ que cifran entre 1.400 y 2.100 millones de libras (de 2.000 a 3.000 millones de euros) el desembolso que hace con este fin el *INH británico*, lo que representa entre el 3% y el 4% del presupuesto sanitario. En España los trabajos del doctor Soldevilla hablaban de un coste de 461 millones de euros al año, una estimación a la baja y con precios de 2006 que supone un 5% del gasto sanitario. “Y eso que es un problema silente”, reflexionó el ponente, para contextualizar después lo que representa y lo que podría ahorrarse el *Sistema Nacional de Salud* en tratamientos: “Es más de lo que nos gastamos en antirretrovirales. Si, con los datos del Dr. Soldevilla, fuéramos capaces de invertir en prevención, podríamos reducir el gasto a menos de 100 millones de euros al año”.

Coste de las úlceras de extremidad inferior

A continuación, la ponencia se centró en una pregunta: **¿Cuánto cuesta la prevención en úlceras venosas?. La respuesta de García Fernández fue clara: “No lo sabemos, no hay estudios potentes ni en España ni en el contexto internacional. Lo que sí conocemos es lo que cuesta no prevenir.** Hay estudios en el Reino Unido que estiman que el coste del tratamiento de las úlceras venosas alcanza los 600 millones de libras, y si hay comorbilidad asociada, se dispara hasta los 1.000 millones”. Otras investigaciones, incluidas en la presentación, cifran el gasto sanitario por este concepto en 800 millones de dólares, en el caso de Australia, y en alrededor de 1.000 millones de dólares en EE UU. Completó el panorama con los datos del estudio Posnett, según el cual el tratamiento en Europa, solo de las úlceras venosas, se sitúa en torno a los 6.500 millones de euros¹⁰⁻¹³.

En España tampoco existe ningún estudio sobre el importe de la prevención, pero el ponente ofreció una estimación a partir de los datos que se recogen en la investigación encabezada por el doctor Soldevilla sobre el coste económico del tratamiento de las úlceras por presión, y en el *Primer Estudio*

Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Como advertencia metodológica, indicó que es una mera aproximación a falta de una investigación que valore aspectos clínicos y otros elementos tan importantes como el absentismo laboral que genera este problema. Partió de un dato aportado por la investigación: el coste de tratar una úlcera de categoría I es de 52 euros; de categoría II, de 650 euros, y el importe medio en todos los estadios alcanza 1.233 euros. Por otra parte, según el estudio de prevalencia citado, el número de lesiones por presión es de aproximadamente 1,2 por paciente, son úlceras relativamente grandes (por encima de 18 centímetros), la mayoría, superficiales, pero también hay un porcentaje de heridas profundas, y casi dos tercios se curan bien. El número de curas por semana ronda las 4 y el tiempo medio de las mismas suma 13 minutos, es decir, que en enfermería se destina semanalmente a tal fin casi una hora. Además, la recurrencia llega al 60%.

Con todos estos datos, el costo estimado del tratamiento de las úlceras venosas en España casi triplica el de las úlceras por presión: 3.340 euros por paciente frente a 1.200 euros

“Con todos estos datos, el costo estimado del tratamiento de las úlceras venosas en España casi triplica el de las úlceras por presión: 3.340 euros por paciente frente a 1.200 euros. Si en Europa se habla de un coste de 2.500 a 10.800 euros por lesión, nuestro país se situaría en la horquilla baja”, apuntó el ponente. El dato, insistió García Fernández, está calculado a la baja y dista mucho del de Alemania, donde sí se han hecho investigaciones con poblaciones más controladas, y alcanza los 10.000 euros.

Coste de las úlceras de pie diabético

Joan Enric Torra i Bou comenzó su presentación recordando la gravedad de las úlceras de pie diabético: “Hay personas que mueren por complicaciones de estas lesiones”. Las investigaciones sobre el coste que genera su tratamiento reflejan la dimensión que ha adquirido la diabetes, la epidemia del siglo XXI. El profesor citó varios casos al respecto. En EE UU supuso un gasto de 1.380 millones de dólares al año (promedio entre 2005 y 2010), y en el Reino Unido, en el bienio 2010-2011, representó un coste de 1.300 millo-

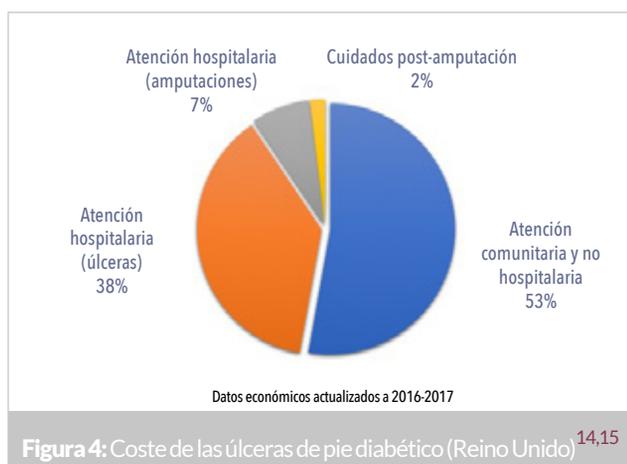


Figura 4: Coste de las úlceras de pie diabético (Reino Unido)^{14,15}

“Cuanta mayor prevalencia e incidencia de diabetes tengamos, más pacientes habrá en riesgo de pie diabético”

nes de dólares. El *National Health Service* del Reino Unido destina el 0,6% de su presupuesto al tratamiento de estas lesiones. La distribución de costes es la siguiente: un 7% corresponde a amputaciones, un 2% a curaciones, un 53% a atención comunitaria, y el 38% restante es el gasto de la atención hospitalaria^{14,15}. “No pueden compararse los costes de

un país a otro, pero estamos hablando de un ratio de entre 7.000 y 36.000 dólares”, apuntó el ponente¹⁴.

A continuación, Torra i Bou abordó el coste sanitario de las complicaciones vinculadas a las úlceras de pie diabético. **Los estudios internacionales apuntan que la más grave y la más medida económicamente, la amputación, alcanza un importe medio de 21.000 dólares¹⁶.** En la ponencia presentó los datos de diez países europeos recogidos en el año 2005, según los cuales el coste del tratamiento se eleva a 29.000 dólares, con diferencias significativas según el país: en Alemania se situaba en 25.000 dólares, en Francia en 37.000, Italia registraba la cifra más baja con una media de 10.000 dólares, y en España el coste era de 17.000 dólares por paciente. En opinión del ponente, la contundencia de los datos lleva a un conclusión: “Prevenir merece la pena”. La amputación por pie diabético, además, impacta profundamente en los pacientes. Según un estudio sobre complicaciones prevenibles por la diabetes realizado en México y presentado por el profesor en su ponencia¹⁷, si se tiene en cuenta los años de vida ajustados por calidad de vida, la amputación es la tercera complicación en cuanto a discapacidad.

Después de trazar el panorama del coste del tratamiento, Torra i Bou se centró en el gasto que representa la prevención de las úlceras de pie diabético. Comenzó por presentar una investigación desde la perspectiva de la economía de la salud, realizada según el modelo de Mackow¹⁸, en la que se refleja que la prevención primaria, que supone un desembolso de unos 50 dólares al año, tiene como consecuencia una disminución de un 25% en la incidencia de este tipo de lesiones. El estudio aporta otra conclusión relevante: en el caso de los diabéticos de medio y alto riesgo, la prevención (más intensiva y con un coste medio de 150 dólares al año) puede disminuir un 10% la incidencia de estas úlceras.

Como resumen de la dimensión económica, el ponente ofreció algunas cifras más. En primera lugar, habló de la prevalencia de la diabetes tipo 2, que en España se sitúa en el 13,8% y va en aumento, y de la incidencia anual de la enfermedad, que alcanza un 1,58%¹⁵. “Cuanta mayor prevalencia e incidencia de diabetes tengamos, más pacientes habrá en riesgo de pie diabético”, apuntó el profesor. A continuación se centró en la comparativa en cuanto al coste sanitario de tratar las distintas lesiones: “La úlcera de pie diabético ocupa el primer lugar, las úlceras por presión el segundo, y en último lugar se ubican las de pierna”.

Según los datos de 2015 referentes a EE UU, las úlceras de pie diabético suponen un gasto de 34.000 dólares, las lesiones por presión 16.000 y las de pierna 11.500 dólares. El ponente ofreció también los datos del coste medio por episodio en EE UU y referidos al mismo año: una revisión sistemática de 36 estudios¹⁹ refleja que el importe de las terapias para tratar las UPD (31.000 dólares) dobla al de las úlceras por presión (13.000). En cuanto al coste medio por episodio de hospitalización alcanza los 13.300 dólares en las úlceras por presión, mientras que llega a los 18.000 dólares en las de pie diabético.

“La prevención primaria, que supone un desembolso de unos 50 dólares al año, tiene como consecuencia una disminución de un 25% en la incidencia de este tipo de lesiones”

“Prevención primaria: intervenir antes de que aparezca el problema”

Con la evidencia que aportan los datos, Torra i Bou, insistió una vez más en un mensaje: “Vale la pena prevenir por lo que nos estamos jugando, calidad de vida, salud, costes...”. Como cierre de su intervención, explicó que hay que distinguir **tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Con frecuencia, la intervención sanitaria se centra en la última, en el abordaje de las complicaciones que surgen en una enfermedad ya instaurada, pero el profesor destacó la importancia de las otras dos:** “La primaria consiste en intervenir antes de que aparezca el problema, con un paciente con diabetes en riesgo de pie diabético, o una persona con una insuficiencia venosa con posibilidades de desarrollar úlcera de extremidad inferior”.

Con respecto a la importancia de la prevención secundaria, es decir, diagnosticar precozmente y tratar el problema lo antes posible, señaló que “cuanto antes se trate a un paciente y más eficazmente, menos secuelas van a aparecer y más fácil será su abordaje”.

Prevención secundaria: Cuanto antes se trate a un paciente y más eficazmente, menos secuelas van a aparecer y más fácil será su abordaje



De izquierda a derecha:
J. Javier Soldevilla
Agreda, Francisco Pedro
García Fernández,
Joan Enric Torra i Bou y
Teresa Segovia Gómez



Asistentes al simposio



Casos clínicos de úlceras abiertas en estadios iniciales tratados con Ácidos Grasos Hiperoxigenados - MEPENTOL® y MEPENTOL® LECHE

Teresa Segovia Gómez

Enfermera experta en heridas

Miembro del Comité Director del GNEAUPP

El cierre del simposio corrió a cargo de Teresa Segovia, que presentó una serie de casos clínicos de úlceras abiertas de diversas etiologías en estadios iniciales, en los que se emplearon Ácidos Grasos Hiperoxigenados con marca CE clase IIb con buenos resultados, observándose una rápida y completa cicatrización de todas las lesiones.

Caso clínico

Mujer de 79 años derivada por su centro de Atención Primaria, diabética insulinodependiente, con hipertensión arterial e insuficiencia venosa. **En el miembro inferior derecho presentaba pequeñas lesiones de grado II** de 56 días de antigüedad tratadas con múltiples pomadas. La enferma se quejaba de dolor, escozor y picor. El tratamiento consistió en limpiar la zona de la úlcera con suero fisiológico, aplicar AGHO en aceite en el lecho de la herida tres veces al día con una gasa como apósito secundario, además de emplear AGHO en emulsión en el resto de la pierna. **El periodo de cicatrización fue de 29 días.** Es importante destacar que, al tercer día, la paciente refiere desaparición de picor y escozor, y disminución del dolor casi en su totalidad.



Caso clínico

Varón de 78 años con insuficiencia venosa crónica. Sufrió un infarto agudo de miocardio hace tres años, padecía diabetes –tratada con insulina– y tomaba Sintrom®. **Presentaba unas úlceras de etiología venosa en ambas piernas** desde hace nueve meses que fueron tratadas anteriormente con múltiples pomadas y apósitos, pero el paciente no sabía cuáles. Sí refería que le produjeron reacciones alérgicas. Tenía elevada descamación y sequedad en la piel. Se recomendó lavado con jabón neutro y un aclarado minucioso, y la cura de la lesión con AGHO en emulsión dos veces al día y AGHO también en emulsión en las piernas una vez al día, compresa de gasa y Tufibix®. **El tiempo de cicatrización fue de 1 mes y 17 días.**



Caso
clínico

Varón de 65 años que llegó a la unidad desde el servicio de Atención Primaria. Sufría enfermedad pulmonar obstructiva crónica y alteración de la nutrición por exceso. También, disnea de dos pisos. **El enfermo presentaba una úlcera de etiología venosa de grado II en la cara externa de la pierna derecha**, piel caliente, pulsos conservados, y no se registraban edemas en los miembros inferiores. El tratamiento se inició limpiando la lesión con suero fisiológico, para después aplicar AGHO en emulsión tres veces al día durante 10 días. Después se le colocó una compresa de gasa y Tubifix®, dada la frecuencia de aplicación. A partir del día 11 se cambió la pauta de aplicación de AGHO una vez al día y se colocó una venda elástica de compresión. El resultado se percibe en la imagen: **la cicatrización fue completa y se produjo en 1 mes y 2 días**. Se nota una excelente mejora de la piel perilesional tratada con AGHO, una clara remisión de la descamación, sequedad y eritema.



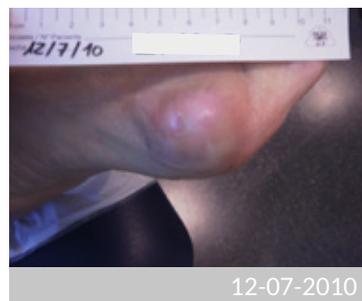
Caso
clínico

Mujer de 84 años que ingresó en Medicina Interna por neumonía por aspiración. Sus antecedentes clínicos eran: insuficiencia cardíaca, alzhéimer dependiente en todas las actividades de la vida diaria e incontinencia doble. **Presentaba una lesión por presión/ humedad de categoría II y IB, y en el talón por fricción de categoría I, con zonas de categoría II**. "Es un claro ejemplo de lo que nos encontramos, un mismo paciente con diferentes tipos de lesiones en distintas localizaciones", apuntó en la presentación Teresa Segovia. El tratamiento consistió en la limpieza con jabón neutro y abundante aclarado y en la aplicación de AGHO en aceite tres veces al día, y cada vez que el paciente hace una deposición. **El tiempo de cicatrización fue de 4 días**.



Caso clínico

Varón de 67 años que acudió a consulta remitido por Atención Primaria. Además de hipercolesterolemia, era diabético insulino dependiente y tenía neuropatía diabética. En la exploración de la lesión **se observaba una úlcera de grado II de 15 días de antigüedad en la cabeza del primer metatarsiano del pie izquierdo**. El tratamiento comenzó con el lavado de la úlcera con agua y jabón neutro. Después se aplicaron AGHO en aceite tres veces al día y se colocó un fieltro de descarga y calzado adecuado. Finalmente, se remitió a Podología para el estudio y colocación de plantillas definitivas. En este punto, Teresa Segovia incidió en la importancia de esta última medida: "Cuando se cura una úlcera neuropática, hay que mandar al paciente al podólogo para que haga un estudio porque si no la lesión volverá a abrirse". **La cicatrización se produjo en 7 días.**



Caso clínico

Mujer de 72 años que acudió desde Atención Primaria. Sus antecedentes personales eran coincidentes en algunos aspectos a otros casos descritos: diabetes insulino dependiente, insuficiencia respiratoria e insuficiencia venosa con un índice tobillo/brazo de 1. **La paciente presentaba una lesión de grado II** que había sido tratada con un antiséptico y también se observaba que la piel perilesional estaba afectada. Como tratamiento, se procedió a limpiar la zona con suero fisiológico, se aplicaron AGHO en aceite tanto en la lesión como en la piel perilesional tres veces al día, y como apósito secundario se empleó gasa y medias de compresión. **En un plazo de 25 días las lesiones habían cicatrizado.**



En todos los casos, se observa:

1. **Una rápida y completa cicatrización de todas las lesiones.**
2. **Una excelente mejoría de la piel perilesional y una clara remisión de la descamación y la sequedad, muchas veces asociadas.**
3. **La desaparición en su totalidad de los síntomas que acompañan a estas lesiones como el picor, el escozor y el edema.**

Según Teresa Segovia, y tras la explicación de los diferentes casos clínicos, concluyó que **cuando está afectada la integridad de la epidermis y dermis superficial, Mepentol® y Mepentol® Leche son una herramienta válida de tratamiento**, evitando que las úlceras avancen a grados/categorías superiores con graves consecuencias para los pacientes, así como para el sistema sanitario, e impidiendo la aparición de nuevas lesiones.

¿Realmente todos los AGHO son iguales?

En el debate que hubo después de las ponencias, se hicieron varias preguntas, y se destacó que **los Ácidos Grasos Hiperóxigenados de Mepentol® y Mepentol® Leche son los únicos que disponen de Marca CE Clase IIb**. Esto supone una mayor garantía de calidad y una eficacia garantizada con evidencia científica, no solo en la prevención y el tratamiento de lesiones de categoría I o grado I sino también, un nivel superior de tratamiento en herida abierta.

Teresa Segovia: “Evidencia en herida abierta ahora mismo no tiene más que Mepentol®. No estoy diciendo que otros productos no se puedan aplicar, sino que evidencia real la tiene solo Mepentol®”.

Joan Enric Torra i Bou: “No podemos extrapolar la evidencia porque sería un fraude, no solo en relación con los ácidos grasos, sino con cualquier producto. No estamos hablando de fármacos genéricos que son intercambiables entre sí porque tienen las mismas características. En este caso, las composiciones son diferentes y el proceso de fabricación también”.

Javier Soldevilla: “Hay cierto oportunismo de algunas casas comerciales. No solo porque su producto tenga la misma denominación que el que ha demostrado ser eficiente quiere decir que sea igualmente bueno”.

Conclusiones

Heridas crónicas

- En el curso de la vida, casi el 10% de la población desarrollará una herida crónica, con una tasa de mortalidad relacionada con la herida del 2,5%. *(J. Javier Soldevilla Agreda)*
- Las heridas crónicas, además del coste sanitario que representan, afectan a la calidad de vida de los pacientes y a la de sus familias. Preservar dicha calidad de vida debe ser un objetivo fundamental. *(J. Javier Soldevilla Agreda)*
- UPP: Cuando se hacen los estudios teniendo en cuenta que se va de un ámbito a otro, podríamos cifrar el coste de prevenir una úlcera entre 50 y 60 euros y el tratamiento entre 5.000 y 50.000 euros. Por cada euro gastado en prevención se ahorra entre 100 y 800 euros en terapias. *(Francisco Pedro García Fernández)*
- UEEl: El costo estimado del tratamiento de las úlceras venosas en España casi triplica el de las úlceras por presión: 3.340 euros por paciente frente a 1.200 euros. *(Francisco Pedro García Fernández)*
- UEEl: Entre el 40% y el 50% de las lesiones permanecen activas por periodos no inferiores a seis meses, un porcentaje similar supera el año de evolución, y en un porcentaje no inferior al 10% alcanza los cinco años. Las lesiones se dan más en las mujeres que entre los hombres y tienen tendencia a recidivar. *(J. Javier Soldevilla Agreda)*
- UPD: Cuanta mayor prevalencia e incidencia de diabetes tengamos, más pacientes habrá en riesgo de pie diabético. Las investigaciones reflejan la dimensión que ha adquirido la diabetes, la epidemia del siglo XXI. *(Joan Enric Torra i Bou)*
- Prevención primaria: intervenir antes de que aparezca el problema. Prevención secundaria: cuanto antes se trate un problema y más eficazmente, menos secuelas van a apercercer y más fácil será su abordaje. *(Joan Enric Torra i Bou)*

Mepentol®, Mepentol® Leche y Mepentol AGHO®

- Los Ácidos Grasos Hiperóxigenados de Mepentol®, Mepentol® Leche y Mepentol AGHO® son los únicos que disponen de Marca CE Clase IIb. Esto supone una mayor garantía de calidad y una eficacia garantizada con evidencia científica, no solo en la prevención y el tratamiento de lesiones de categoría I o grado I sino también, en un nivel superior de tratamiento de heridas abiertas, con una rápida y completa cicatrización de todas las lesiones. *(Teresa Segovia Gómez)*
- Cuando está afectada la integridad de la epidermis y la dermis superficial, Mepentol®, Mepentol® Leche y Mepentol AGHO® son una herramienta válida de tratamiento. Evitan que las úlceras avancen a grados superiores, con graves consecuencias para los pacientes, así como para el sistema sanitario, e impiden la aparición de nuevas lesiones. *(Teresa Segovia Gómez)*

Bibliografía

1. Sasanka CS. Venous ulcers of the lower limb: Where do we stand?. *Indian J Plast Surg* 2012;45:266-74.
2. Guest JF, et al. 'Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK'. *BMJ Open*. 2015; 5(12):e009283.
3. Queen D. The emergence of a clinical specialty in wound care. *Int Wound J*. 2010; 7(1):3-4.
4. Torra-Bou JE, et al. 1er estudio nacional de prevalencia de úlceras de pierna en España. *Estudio Smith&Nephew 2002-2003*. *Gerokomos* 2004; 4: 230-247.
5. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
6. Gorecki C, et al. Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1175–1183.
7. Pieper B, et al. Pressure Ulcer Pain: A Systematic Literature Review and National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. *Ostomy Wound Manage*. 2009 Feb;55(2):16-31.
8. Langemo DK. Quality of life and pressure ulcers: what is the impact?. *Wounds* 2005; 17(1):3-7
9. Demarré, L et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nur Stu* 2015. 52:1754-1774
10. Posnett J, et al. 'The resource impact of wounds on health-care providers in Europe' *Journal of Wound Care*. 2009. 18 (4): 154-161.
11. Guest JF, et al. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int Wound J* 2017; doi: 10.1111/iwj.12814.
12. Graves N, et al. Modelling the direct health care costs of chronic wounds in Australia. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, Vol. 22, No. 1, Mar 2014: 20-24, 26-33.
13. Wood CR, et al. The cost of treating venous ulcers to complete healing using an occlusive dressing and a compression bandage. *Wounds* 1992; 4: 138–41
14. Kerr M, et al. Cost of diabetic foot disease to the National Health Service in England. *Diabetic Medicine*, 31(12), 1498–1504. doi:10.1111/dme.12545.
15. Torra-Bou JE. Economía de la salud del pie diabético. Una revisión integrativa. 2º Cumbre de las Americas del pie diabético. Ciudad de México 10-12 X 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321151845_Economia_de_la_Salud_del_Pie_Diabético_Una_revisión_integrativa-Diabetic_Foot_Health_Economics_An_integrative_review_Presentation_in_Spanish
16. Van Acker K, et al. Burden of diabetic foot disorders, guidelines for management, and disparities in implementation in Europe: a systematic review. *Diabetes Metab res Rev* 2014; 30(8):635-45.
17. Lugo-Palacios DG, et al. 'Measuring the burden of preventable diabetic hospitalisations in the Mexican Institute of Social Security (IMSS)'. *BMC Health Services Research* (2016) 16:333 DOI 10.1186/s.
18. Brashes NR, et al. 'A model to estimate cost-savings in diabetic foot ulcer prevention efforts'. *J Diab Compl* (2017). DOI:10.1016/jdiacomp.2016.
19. Chan B, et al. 'Cost of illness studies in chronic ulcers: a systematic review'. *J Wound Care (North American Supplement)* 2017; 26(4): s4-s14.



*Quizás hay otras maneras de prevenir y tratar las úlceras...
pero ninguna con la calidad y eficacia de*

MEPENTOL® & MEPENTOL® LECHE

Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO)



*Prevención y Tratamiento
de Úlceras por Presión de categoría I y II*



*Prevención y Tratamiento
de Úlceras de la Extremidad Inferior
en los estadios iniciales*

ALFASIGMA

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - web: es.alfasigma.com - e-mail: info.es@alfasigma.com - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92

SIMP. M-ML. May/19