

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LESIONES CUTÁNEAS TRATADAS CON FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES.

Dina Pilipczuk, Mirtha Valenzuela, Nancy Sendra, Atilio Elías, Estela Barboza.

Email: dinaxia@hotmail.com

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes y Facultad de Medicina UNNE.

RESUMEN

Las lesiones de piel en los pacientes con enfermedades crónicas prevalente, representan un desafío en el proceso de cicatrización. Generan tratamientos de alto impacto en recursos, con gastos al sistema público y detrimento en la economía familiar, pudiendo evitarse con vigilancia y kinesiología. Objetivos: determinar el tipo de tratamiento kinésico de las lesiones cutáneas y describir la evolución de los cambios de la piel, en 3 hospitales públicos. Estudio descriptivo, prospectivo, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles con úlceras, que acudían a kinesiología. Recolección: cuestionario con preguntas sobre tratamiento y evaluación de la herida.

Resultados: se comparó en 10 pacientes con magnetoterapia y 10 atendidos solo con ejercicios, la edad promedio 56,2 años. Con magnetoterapia, ocho mujeres y dos hombres, dos mujeres diabetes tipo 2, y el resto, insuficiencia venosa crónica (IVC); como así, IVC en 10 hombres, que realizaron ejercicios, una media de 30 sesiones. Identificaron reducciones en úlceras en diez pacientes con magnetoterapia en un promedio de 3,5 mm cada 10 días, dos cicatrizaron, seis terminaron en dermis y dos hipodermis, los restantes 10 sin mucho cambios en herida, solamente el color en el borde. Localización, 12 lateral externa de pierna, 7 maléolo interno, uno talón; buen estado nutricional e hidratación. Tomaban medicación para hipertensión, vasodilatadores y dos para la diabetes.

Conclusión: en los tres hospitales la terapia kinésica que se utilizó fue magneto, y ejercicios, siendo más beneficioso la magnetoterapia al mejorar y reducir las úlceras, destacando el beneficio en la cicatrización de lesiones cutáneas, en personas que presentan patologías crónicas de base.

Palabras clave: Piel, Heridas, Terapéutica, Kinesiología, Público.

SUMMARY

Skin lesions in patients with prevalent chronic diseases represent a challenge in the healing process. Generate treatments of high impact on resources, with expenses to the public system and detriment in the family economy, which can be avoided with surveillance and kinesiology. Objectives: determine the type of kinesic treatment of skin lesions and describe the evolution of skin changes, in 3 public hospitals. Descriptive, prospective study in patients with chronic diseases not transmissible with ulcers, who attended kinesiology. Collection: questionnaire with questions about treatment and evaluation of the wound.

Results: compared in 10 patients with magnetotherapy and 10 treated with exercise alone, the average age 56.2 years. With magnetotherapy, eight women and two men, two women type 2 diabetes, and the rest, chronic venous insufficiency (IVC); like this, IVC in 10 men, who performed exercises, an average of 30 sessions. They identified reductions in ulcers in ten patients with magnetotherapy at an average of 3.5 mm every 10 days, two healed, six ended up in dermis and two hypodermis, the remaining 10 without much change in wound, only the color on the edge. Location, 12 outer side of leg, 7 inner maleolo, one heel; good nutritional condition and hydration. They took medication for hypertension, vasodilators and two for diabetes.

Conclusion: in the three hospitals the kinesic therapy that was used was magneto, and exercises, being more beneficial magnetotherapy in improving and reducing ulcers, highlighting the benefit in the healing of skin lesions, in people who present chronic baseline pathologies.

Keywords: Skin, Wounds, Therapeutics, Kinesiology, Public

INTRODUCCIÓN

Los actuales informes muestran que el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes (ECP) está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas prevalentes y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. Para ello es preciso que los dirigentes Nacionales y desde las Universidades que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas prevalentes, así como la comunidad de Salud Pública Internacional, adopten un nuevo enfoque.

Entre las Enfermedades Crónicas Prevalentes¹ se destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer, sobrepeso, obesidad las enfermedades respiratorias crónicas, algunos trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales, enfermedades osteomusculares y enfermedades cutáneas.

Actualmente sabemos que casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente, en personas de menos de 70 años y una cuarta parte de esas defunciones se dan en personas de menos de 60 años.²

El sobrepeso y la obesidad infantiles son un problema mundial en aumento. Los casos de diabetes³ tipo 2 entre niños y adolescentes – algo insólito en el pasado – han empezado a incrementarse en todo el mundo.

En realidad, se conocen las causas principales de las enfermedades crónicas, y si se eliminaran esos factores de riesgo se podrían prevenir; para asumir el reto que plantean la prevención y el control de las enfermedades crónicas se requiere un cierto bagaje de valor y ambición. Conocemos las causas; actuar ahora, está en nuestras manos desde el área que nos compete.

Según el Consenso sobre Úlceras de miembro inferior⁴, el 15% de pacientes diabéticos desarrollará una úlcera a lo largo de su vida. La aparición de úlceras en los pies ocurre entre los 45 y 64 años, es superior en el sexo masculino respecto del femenino a la misma edad; las causan la neuropatía sensitivo-motora (55 %), la isquemia (10 %) y la interrelación entre ambos o neuroisquemia (35 %).

En la República Argentina las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad. El aumento de la incidencia y prevalencia en estas enfermedades, además de condicionar mayor mortalidad y carga de enfermedad, genera una creciente necesidad de uso de recursos de mediana, a alta complejidad asistencial con el equipo interdisciplinario para su atención. Las lesiones cutáneas⁵ por disminución del proceso de cicatrización se vuelven crónica, generando gastos que muchas veces la persona no puede costearse, por tal motivo es necesario buscar tratamientos en donde trabajen verdaderamente todo el equipo interdisciplinario de salud.

Las lesiones de piel⁴ en los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes, en su mayoría representan un desafío para el proceso de cicatrización. En las enfermedades crónicas no transmisibles incluye una variedad de patologías con características de evolución lenta y de largo tratamiento con terapias que generan gastos evitables con un correcto control. No todos los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes realizan tratamiento con fisioterapia en su primera etapa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ las enfermedades crónicas prevalentes, tienen por causa factores de riesgos comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes en el mundo por ese tipo de enfermedades, que en algunos casos por una mala cicatrización de las lesiones cutáneas, que se entorpece en el tiempo de evolución, induciendo a una infección generalizada que conlleva al óbito de la persona a cualquier edad, en hombres y mujeres y en todo el mundo.

La salud y la enfermedad son parte de nuestra vida como comer y beber. La O.M.S. define “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶. Cada sociedad ha desarrollado líneas direccionales básicas en relación a la comprensión de la salud y la enfermedad; y también sobre qué tratamientos y métodos de curación son ofrecidos y aceptados. Dentro del mismo contexto, la atención pública de la salud se orienta a los problemas sanitarios más importantes de la comunidad y para solucionarlos presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de promoción de la salud con todo el equipo interdisciplinario.

Es vital el rol del kinesiólogo como agente del equipo de salud en la rehabilitación de enfermedades. Así también, es necesaria la investigación de la fisioterapia o de la aplicación de agentes físicos⁷ (luz, calor, frío, etc.) en diferentes enfermedades. El profesional luego de recibir al paciente que acude con un diagnóstico médico y un tratamiento kinésico, se encarga de realizar una evaluación, un diagnóstico funcional con la prescripción del alcance de la discapacidad de acuerdo a la lesión y elabora un plan de tratamiento y seguimiento para su rehabilitación.

El Licenciado en Kinesiología y Fisiatría se perfecciona día a día con diversas técnicas que le permite para ser más efectivo en ayudar al paciente en su recuperación, colaborar a que su mejoría sea más duradera, evitar una recaída en el corto y mediano plazo, para la cual, se actualiza con los avances de la tecnología, como los agentes físicos eléctricos, diversas actividad física o ejercicios, como así también en técnicas como el drenaje linfático⁸, todos aportan diferentes técnicas para un tratamiento.

La expectativa de vida ha aumentado y la población envejece con una acentuación de las enfermedades crónicas prevalentes, que conllevan a lesiones de piel, que si no son atendidas oportunamente, terminan por afectar los diferentes órganos y sistemas de los individuos pudiendo complicarse hasta poner en riesgo la vida del paciente⁴.

La mayoría de los países de nuestro entorno cultural y científico abordan la mejora de calidad en salud mediante herramientas apropiadas que facilitan la toma de decisiones clínicas hacia el tratamiento oportuno. En el caso de las lesiones cutáneas, todavía se están probando tratamientos kinésicos⁹ pero con escasa comprobación científica, por lo tanto es necesario recolectar datos de los servicios de kinesiología con una herramienta de evaluación para controlar, verificar, y seguir valorando continuamente la evolución de las lesiones dérmicas que se adapte a nuestro sistema de salud público y más aún en la región del Nordeste Argentino (NEA). En la piel se podrían identificar cambios observables y medibles, cuando realizamos un tratamiento kinésico, los cuales son factibles de ser considerados, indicadores de la respuesta al tratamiento y permitirían en un futuro la reformulación, rectificación o adecuación de las estrategias de rehabilitación propuestas¹⁰.

Objetivos. Determinar el tipo de tratamiento kinésico de las lesiones cutáneas y la evolución de los cambios de las lesiones cutáneas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio de tipo descriptivo, prospectivo, longitudinal.

Población: Pacientes mayores de 18 años de edad con lesiones cutáneas que concurren a recibir tratamiento kinésico en hospitales de la capital de la provincia de Corrientes. Su participación fue voluntaria con acuerdo de consentimiento.

Muestra: se hizo un muestreo 20 pacientes con heridas cutáneas agudas y crónicas, que se incluyeron como unidades de análisis a los pacientes con lesiones tegumentarias con antecedentes de enfermedades Crónicas Prevalentes (diabéticos, insuficiencia venosas), que acudieron voluntariamente a ser atendidos al Servicio de Kinesiología del Hospital Geriátrico "Juana Francisca Cabral", Hospital "Ángela I. de Llano", Instituto Lisiado de Corrientes ICAL, todos de la ciudad de Corrientes.

Instrumento de recolección de datos: cuestionario confeccionado (ad hoc) creada para tal fin, con preguntas cerradas, abiertas y combinadas con imágenes, recolectados cada 10 días. De los 20 pacientes observados, 10 tratados con magnetoterapia durante 30 minutos a 200 gaus, en comparación con 10 atendidos pero sin ningún agente físico eléctrico, solamente ejercicios durante 30 minutos, tres veces a la semana. Se midió la herida con el calibre digital Vernier Lcd 150 mm o regla llamada nonio, se calculó el tamaño de la lesión en milímetros con el archivo de fotos con una cámara fotográfica. Se evaluó la herida clínicamente con los datos del cuestionario cada 10 días en forma subjetiva y objetiva con la observación y medición. La evaluación objetiva se realizó utilizando las variables estudiadas.

Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico, fecha de inicio, fecha de alta, abandono, factores desencadenantes, localización de la lesión, su descripción que incluye su tamaño, nivel de compromiso, color, y todo lo referente a tratamiento kinésico con agentes físicos eléctricos mecánicos y preventivos. Además fue necesario conocer el estado nutricional e hidratación del paciente (indispensables para la reparación tisular), con las indicaciones y tratamiento médico, teniendo presente la medicación (inmunosupresores, corticoides, sedantes, etc.) que retardaron el proceso de cicatrización de la lesión, estos datos se obtuvieron de la lectura de la historia clínica que fuera realizado por el profesional médico.

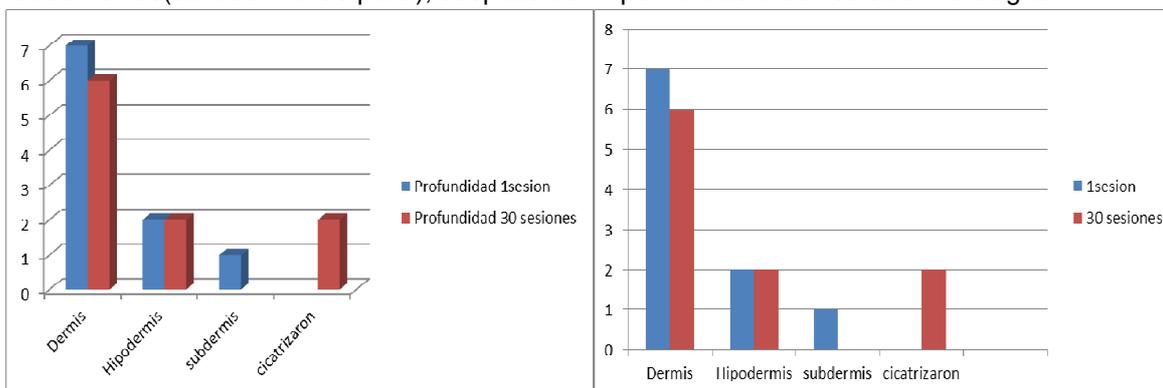
Se analizó en planilla de cálculo de Microsoft Excel.

RESULTADOS

En los 3 hospitales públicos consultados, la atención kinésica se basaba en magnetoterapia y ejercicios. La magnetoterapia lo realizaban 3 veces a la semana, durante 30 minutos, con una densidad de flujo de 200 gauss, mientras, los que utilizaban como tratamiento kinésico ejercicios, lo hacían 3 veces a la semana durante 30 minutos. Los 20 pacientes observados, se consideró 1 (una) lesión por paciente, 10 tratados con magnetoterapia en comparación con 10 atendidos en los servicios, pero sin ningún agente físico eléctrico, con una edad promedio de 56,2 años. De los pacientes que realizaron magnetoterapia, ocho (80%) mujeres y dos (20%) hombres, presentaban dos mujeres diabetes tipo 2, y el resto, insuficiencia venosa crónica (IVC); como así, también presentaron insuficiencia venosa crónica los otros 10 pacientes que fueron hombres, que solamente como tratamiento kinésico realizaron ejercicios,

Los 20 pacientes tuvieron una media de 30 (treinta) sesiones. Se identificaron reducciones del tamaño de las úlceras en los diez pacientes tratados con magnetoterapia en un promedio de 3,5 mm cada 10 días. En cuanto a su profundidad, dichas lesiones se encontraban, siete en dermis, dos en hipodermis y uno en tejido subdérmico, dos de los que estaban en dermis cicatrizaron (20%), seis (60%) terminaron en dermis y otros dos (20%) en hipodermis. Mientras que los otros 10 pacientes tratados con ejercicios tres veces a la semana, no mostraron muchos cambios en la herida, solamente se observó, un cambio de color alrededor de la misma, de un color eritemato-edematoso, con un exudado seroso, se modificó, a un color rojo con un exudado serohemático.

La localización de las heridas en los 20 pacientes fue, en 12 en zona lateral externa de la pierna, 7 sobre el tobillo, particularmente en maléolo interno, y uno solo en el talón. Todos los pacientes según la historia clínica se encontraban en buen estado nutricional y con adecuada hidratación. Los 20 pacientes tomaban medicación para bajar la presión arterial, vasodilatadores para mejorar la circulación, y en dos de ellos comprimidos para la diabetes. Además, se aplicaban apósitos con medicamentos (sulfadiazina de plata), después de limpiar la úlcera con solución fisiológica.



DISCUSIÓN

Se ha visualizado que el tratamiento del kinesiólogo acerca de la evolución de las heridas hacia la cicatrización, desde el punto de vista de la salud pública, es un área poco estudiada. Igualmente, es importante resaltar que existen pocos estudios que aborden este tema en particular y su aplicación en el ámbito clínico kinésico.

Entre las pocas investigaciones referente al tratamiento kinésico, se encontró una investigación en el año 2012, realizada en Chile en pacientes adultos mayores con lesiones ulcerosas se observó una tendencia que indica que el ultrasonido junto a la radiación ultravioleta-C aceleran el proceso de reparación, todos los grupos mostraron una disminución de áreas y puntajes, siendo los que recibieron terapia ultrasónica quienes presentaron los mayores cambios pero sin resultados significativos, probablemente por el reducido tamaño de la muestra.

La importancia de recolectar los datos de la evolución de la úlceras, cuando se realiza el tratamiento kinésico, ayudo a cotejar el proceso de cicatrización, permitiendo conocer la perspectiva del pronóstico de la misma. Es dificultoso confrontar con otras manera de recolección, siendo que solo miden el proceso de cicatrización, sin importar el tratamiento propiamente dicho, los otros estudios se refieren más sobre nuevas alternativas de tratamiento de las heridas, pero muy poco en establecer métodos de evaluación en la evolución de una úlcera.

CONCLUSIÓN

En los tres hospitales públicos la terapia kinésica que se utilizó fue la magneto, y los ejercicios, siendo más beneficioso la magnetoterapia al mejorar y reducir las úlceras, destacando el beneficio en la cicatrización de lesiones cutáneas, en personas que presentan patologías crónicas de base. La magnetoterapia podría acelerar el proceso de cicatrización de lesiones cutáneas en pacientes con estas patologías, mejorando su evolución. La terapia kinésica con magneto sería importante divulgar en los diferentes servicios de kinesiología para poder obtener mayor aporte de información.

Con esta metodología de tratamiento kinésico para estos pacientes, además de disminuir el tiempo de cicatrización, también ayuda a formar una buena cicatriz sin complicaciones adversas.

Este estudio contribuirá a generar datos, ya que no contamos registro de los mismos en nuestra región; podrán ser utilizados por otros grupos para continuar produciendo nuevos conocimientos, de modo tal que la Universidad sea transmisora y creadora de parte de los mismo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. OMS [Internet] 2014 [fecha de acceso 15 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es>
2. OMS. Prevención de las enfermedades 2005. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
3. OMS. Informe sobre la diabetes. 2016. ISBN: 978 92 4 356525 5. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es>
4. 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. Asociación española de enfermería vascular y heridas [Internet] 2018 [fecha de acceso 15 septiembre 2019] 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018. 10-11. Disponible en <https://www.aeev.net/guias/CONUEI2018AEEVH.pdf>
5. OMS. Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Ciudad de México. Edición Kunts gráficos Año 2016.
6. OMS. Constitución de la organización mundial de la salud. OMS [Internet]. Nueva York; 1946 [Citado el 29 de julio de 2015]. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006 Disponible en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
7. Wale JO. Masaje y Ejercicios de Recuperación en Afecciones Médicas y Quirúrgicas. Editorial Jims Barcelona (1999):119
8. Leduc A, Leduc O. Fisiopatología Linfática. En: Leduc A, Leduc O. Drenaje Linfático Teoría y Práctico. Editorial Elsevier Masson, 1ª Edición. Barcelona España. Año 2003 .pag.29
9. Alvarez-Sala M; Romero MDA, Alonso L, Diaz-Borrego P. Efectos del ultrasonido terapéutico en el tratamiento de las úlceras por presión en adultos mayores con dependencia severa. Revista Rehabilitación. 2012; 46:120-6
10. Ferrandiz C. Bases de diagnósticos dermatológicos. En: Ferrandiz C. Dermatología clínica. , S.A. Elsevier España, 5ª Edición. 2008:14-20.