

**CICATRIZACIÓN CUTÁNEA: FACTORES QUE INFLUYEN EN SU EFECTIVIDAD.****SKIN HEALING: INFLUENCING FACTORS IN EFFECTIVENESS.**

Carrero José<sup>1</sup>; Chipia, Joan<sup>2</sup>; y Castillo, David<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Dermatólogo Sanitario, Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud. FM-ULA.

<sup>2</sup> Profesor de Bioestadística. Grupo de Investigación en Bioestadística Educativa. FM-ULA.

<sup>3</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina-ULA

**Resumen:**

Objetivo: analizar los factores socioculturales que influyen positiva y negativamente en la cicatrización cutánea, en Mérida, Venezuela, 2016. Metodología: enfoque cuantitativo, de tipo epidemiológico analítico comparativo, de diseño caso y control; se estudiaron las variables de riesgo y protectoras en la cicatrización de lesiones de piel; la muestra estuvo conformada por 180 individuos distribuida en 60 casos (fracaso) y 120 controles (éxito). Resultados: se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95%, entre aspectos demográficos, clínicos y comórbidos, el manejo ambulatorio (aseo local) y la calidad de vida, están relacionadas con la cicatrización cutánea. Conclusiones: los aspectos sociodemográficos influyen en la cicatrización cutánea, por ello, se deben intervenir los hábitos sociales por medio de recomendaciones individuales, familiares y comunitarios; los aspectos clínicos y comórbidos influyen adversamente en la cicatrización cutánea, por tanto el equipo de salud, debe controlar estos aspectos, para se restaure la cicatriz; el manejo ambulatorio en el contexto de la cura seca o tradicional es factor de riesgo que influencia negativamente en la cicatrización cutánea; la inadecuada cicatrización alteran la calidad de vida de forma moderada o severa. Recomendaciones: exhortar a los trabajadores de salud a eliminar la tradicional cura seca o tradicional por la cura húmeda o avanzada; realizar investigaciones posteriores tomando en cuenta dichos resultados, para hacerlos aplicativos al nivel de atención primaria de salud.

**Palabras clave:** Lesiones de la piel, Cicatrización, Factor de riesgo, Apósito.

**Abstract:**

Objective: to analyze the socio-cultural factors that positively and negatively influence cutaneous healing, in Mérida, Venezuela, 2016. Methodology: quantitative approach, analytical comparative epidemiological type, case design and control; Risk and protective variables were studied in the healing of skin lesions; The sample consisted of 180 individuals distributed in 60 cases (failure) and 120 controls (success). Results: Statistically significant differences were found at a 95% confidence level, among demographic, clinical and comorbid aspects, ambulatory management (local grooming) and quality of life were related to cutaneous scarring. Conclusions: sociodemographic aspects influence cutaneous healing, therefore, social habits should be intervened through individual, family and community recommendations; The clinical and comorbid aspects adversely affect the healing of the skin, so the health team must control these aspects to restore the scar; Ambulatory management in the context of dry or traditional cure is a risk factor that negatively influences skin healing; Inadequate healing alter the quality of life moderately or severely. Recommendations: urge health workers to eliminate the traditional dry or traditional cure for wet or advanced cure; To carry out further research taking into account these results, to make them applications at the level of primary health care.

**Keywords:** Skin lesions, Scarring, Risk factor, Wound

**Introducción:**

El proceso vida, salud, enfermedad y muerte del ser humano es modelado por la dinámica sociocultural del sistema que rige los grupos sociales. En la medicina moderna las bases filosóficas y epistemológicas están regidas por el pensamiento racionalista cartesiano y la física newtoniana que divide al ser humano en cuerpo y mente. En tal sentido un daño o lesión del cuerpo, como el caso de las lesiones abiertas en piel (aguda y crónica), tiene mecanismos intrínsecos para su reparación, donde la cicatrización cutánea es un elemento biológico reparador dentro de un proceso biopsicosocial que influye su evolución.

La cicatrización cutánea esencialmente es objeto de estudio del modelo biomédico, el cual se encuentra inserto en el ámbito fisiológico (celular e inmunológico) que en los últimos años, ha alcanzado importantes y grandes avances, no obstante, si se analizan los elementos fisiológicos del ser humano como parte de un proceso biopsicosocial, la cicatrización cutánea demanda una concepción holística complementaria del modelo biomédico para obtener una buena cicatrización. En este sentido la European Wound Management Association – EWMA - (2008), plantean que en cicatrización cutánea además del aspecto fisiológico o biológico, se debe enfocar lo psicosocial.

Venezuela y por ende el estado Mérida, poseen dimensiones o características geográficas, históricas, demográficas, políticas, institucionales, económicas, tecnológicas, ética-estética, así como perceptuales y de creencias que influyen positiva o negativamente en la resolución de los problemas de salud. La OMS (2008), expone que la ciencia biomédica es y debe ser el núcleo de la medicina moderna, no obstante señala que es mucho más importante conocer el paciente que tiene la enfermedad, a la clase de enfermedad que tiene el paciente, dicha aseveración indica la

necesidad de una buena atención médica en un contexto biopsicosocial individual, familiar y comunitario expresado en el proceso vida, salud, enfermedad y muerte.

En el caso de la cicatrización cutánea, consecuentemente en el cierre o no de las lesiones abiertas de piel, las características socioculturales del país, región, estado, municipio, parroquia, sector y comunidad generan procesos cutáneos mórbidos agudos (quemaduras, excoiaciones, infecciosas) y crónicos (ulceras venosas, diabetes, úlceras por presión, nefropatías), que exigen una atención integral de salud a través de un abordaje médico de las lesiones abiertas de piel, que por lo general se fundamenta en un plan cuestionado hace más de cinco décadas, como es la cura seca o tradicional (caracterizada por ser agresiva, dolorosa, donde se usan sustancias y apósitos citotóxicos) y solamente se fundamenta en el aspecto infeccioso sin considerar una buena cicatrización, lo cual predispone a una baja adherencia terapéutica y agrega la ausencia de protocolos técnicos para el buen desarrollo de la cicatrización cutánea, cuya expresión es la improvisación con aumento de iatrogenia (Pérez, Perdomo, Bañón, Flores, Pérez, Volo, Montes, Nuñez, Nuez y Pérez, 2014).

Por lo tanto, el contexto holístico del abordaje médico destaca positivamente en el proceso de curación, la necesidad de utilizar los códigos socioculturales, tomando en cuenta la dimensión perceptual y de creencias, a la hora de analizar si el uso de sustancias tóxicas existentes en cada localidad influyen positiva o negativamente en la curación de lesiones abiertas, hecho frecuente y obviado por los miembros del equipo de salud de los servicios de atención primaria (Carrero, Borges, Convit, Avilan, y De Lima, 2011; Monsonís, 2013).

En vista de las consideraciones anteriores, el objetivo general de la investigación es: analizar los factores socioculturales que influyen positiva y negativamente en la cicatrización cutánea; y los objetivos específicos son: 1.-establecer los aspectos biopsicosociales relacionados con la

cicatrización cutánea; 2.-identificar la influencia que tiene el abordaje biomédico en la cicatrización cutánea; 3.-describir el grado de asociación que tiene el manejo local de la lesión y su influencia en la cicatrización cutánea; y 4.-determinar si el abordaje biomédico u holístico de la cicatrización cutánea influye positiva o negativamente en la calidad de vida del paciente.

Como hipótesis se plantearon: 1.-la efectividad de la cicatrización cutánea está influenciada por las características socioculturales del paciente; 2.-el abordaje holístico influyen positivamente en la cicatrización cutánea; 3.-la cicatrización cutánea está relacionada con el manejo terapéutico local de la lesión; y 4.-el abordaje holístico de la cicatrización cutánea efectiva está relacionada con una mejor calidad de vida.

#### **Metodología:**

Es una investigación con un enfoque cuantitativo, de tipo epidemiológico analítico comparativo, de diseño caso y control (C-C) en razón 1:3 (tres controles por cada caso), que busca determinar los factores que influyen positiva y negativamente en la cicatrización cutánea.

Las variables que se establecieron son: dependiente (cicatrización de lesiones ó curación), e independientes como son las dimensiones socioculturales (edad, sexo, ocupación, hábitos, comorbidad, tipo de cura, uso de analgésico, dolor, perceptuales y de creencias, calidad de vida), con indicadores de medición cuantitativo discreto y cualitativo ordinal y/o nominal.

Se utilizó un instrumento de recolección diseñado para la recolección de la información, la cual se realiza por médicos previamente entrenados para tal fin. Específicamente, existen dos cuestionarios dermatológicos especializados que han sufrido.

Para determinar la calidad de vida se utilizó el índice de calidad de vida Jones-Caballero y Peñas (2002), una adaptación cultural al español: Dermatology Life Quality Index y Skindex-29.

La población está determinada por los pacientes registrados por los servicios de atención primaria de salud del estado Mérida. La muestra para estudio de C-C para muestras independientes, se calculó con el programa Epidat 3.1, con un criterio de selección en frecuencia de la variable del grupo expuesto de 65%, en el grupo control de 43%, nivel de confianza de 95 %, potencia del 80%, y razón de discrepancia de 2,5; se estimó un total de 180 individuos, del cual 60 son casos y 120 controles (equiparamiento de 1:2).

*Criterio de inclusión:*

*Control:* diagnosticados en los servicios de atención primaria de salud (APS) del estado Mérida, con registro clínico adecuado y tratado con terapia convencional.

*Caso:* diagnosticados en los servicios de APS del estado Mérida, con registro clínico adecuado y tratado con terapia convencional que no cure en el tiempo según criterio (agudos: con un máximo de 21 días; crónicos: con un máximo 3 meses).

*Criterio de exclusión:*

*Control:* diagnosticados fuera de los servicios de APS del estado Mérida, registro clínico inadecuado, uso de tratamientos distintitos a la terapia convencional.

*Caso:* diagnosticados fuera de los servicios de APS del estado Mérida, registro clínico inadecuado, uso de tratamientos distintitos a la terapia convencional.

*Procedimiento de recolección de datos:* con aprobación por el comité de ética, los datos se recolectan de la historia clínica; retrospectivamente a partir del año 2016, según el número de registro en el servicio de atención.

*Procesamiento de la información:* los datos se procesan en los programas estadísticos Epidat 3.1 y Microsoft Excel 2016.

*Procesamiento estadístico:* frecuencias (casos), porcentajes, proporciones, Odd ratio (OR) y prueba de significancia (Chi cuadrado, Fisher), límites de confianza (LC), fracción atribuible en expuestos (FAE) y fracción atribuible en población (FAP). Se determinara la asociación por el análisis univariado. Nivel de significancia: Alfa: 0,05 (bilateral), (región crítica: 95 %). Regla de decisión:  $p \text{ valor} \leq 0,05$  se rechaza  $H_0$ , en caso contrario ( $p \text{ valor} > 0,05$ ) no se rechaza  $H_0$ .

*Aspectos éticos:* los datos son estrictamente confidenciales, no publicación de datos, fotos u otro que identifique a los pacientes.

### **Resultados:**

La muestra de 180 individuos distribuida en 60 casos (fracaso) y 120 controles (éxito), estudiando por cada definición (demográfica, clínica y manejo de la lesión, calidad de vida) sus variables, con el análisis univariado se halló lo siguiente:

Según el género, las mujeres tienen mayor proporción de falla de cicatrización cutánea que los éxitos en la misma condición,  $X^2: 10,28$  ( $p < 0,05$ ), OR en 2,80 (LC: 1,48 - 5,30), FAE de 47,9 % FAP de 28 %.

En la edad, tienen mayor proporción de protección de cicatrización cutánea los menores de 15 años de edad, Yates: 110,89 ( $p < 0,05$ ), OR en 0,01 (LC: 0,64 - 0,48). Los mayores de 65 años de edad, tienen mayor proporción de falla de cicatrización cutánea que los éxitos en esta edad,  $X^2: 32,72$  ( $p < 0,05$ ), OR en 7,0 (LC: 3,46 - 14,13), FAE de 85,0 % FAP de 50,0 %.

Según el estrato social (Graffar), hay mayor proporción de falla de cicatrización cutánea en los estratos IV y V (pobreza crítica y extrema) que el éxito de la misma condición,  $X^2: 41,14$  ( $p < 0,05$ ), OR en 4,40 (LC: 9,0 - 18,41), FAE de 88,0 % FAP de 67,0 %.

En relación a la ocupación, es mayor la proporción de tipo obrero que fracasa a la cicatrización cutánea que la proporción con ocupación de empleado,  $X^2: 62,50$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 9,86 (LC: 26,71 – 72,36); con FAE de 96 % y FAP de 88,0 %.

Con el hábito tabáquico, es mayor la proporción del fumador que fracasa a la cicatrización cutánea, que la proporción de fumador con éxito,  $X^2: 14,29$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 4,71 (LC: 2,01 – 11,03), como FAE: 79 % y FAP: 24 %.

Al tener comorbidad es mayor la proporción que fracasa a la cicatrización cutánea, que tener comorbidad con éxito,  $X^2: 69,37$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 46,19 (LC: 13,54 – 157,21), como FAE: 98 % y FAP: 93 %.

Por no tener acompañamiento, es mayor la proporción de fracaso a la cicatrización cutánea que la proporción de no tener acompañamiento con éxito,  $X^2: 65,56$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 18,18 (LC: 8,35 – 39,55), como FAE: 94 % y FAP: 71 %.

Por tiempo de evolución clínica es mayor la proporción con lesión crónica que fracasa a la cicatrización cutánea que la proporción de lesión crónica con éxito,  $X^2: 28,13$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 7,0 (LC: 13,24 – 15,11), como FAE: 86 % y FAP: 71 %.

Según la ubicación de lesiones, en articulaciones es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar ubicación con éxito,  $X^2: 6,87$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 6,5 (LC: 1,24 – 5,00), FAE de 60 % y FAP de 45 %.

Por infección secundaria severa es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar infección con éxito,  $X^2: 221,63$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 8,14 (LC: 3,02 – 21,90), FAE de 88 % y FAP de 26 %.

Por reposo, no cumplirlo es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar aspecto y con éxito,  $X^2: 66,38$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 18,61 (LC: 8,50 – 40,63), FAE de 94 % y FAP de 72 %.

Con percepción de miedo (dolor) por la cura local es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar condición con éxito,  $X^2: 115,2$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 91,0 (LC: 32,36 – 255,8), FAE de 98 % y FAP de 86 %.

Consumir analgésicos – antiinflamatorios (AINES) es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar condición con éxito,  $X^2: 137,8$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 253,0 (LC: 70,3 – 910,4), FAE de 99 % y FAP de 91 %.

Por aplicación de terapia tradicional (Cura seca), es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar terapia con éxito,  $X^2: 132,7$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 319,0 (LC: 67,6 – 1504,6), FAE de 99,0 %, FAP de 96 %.

Con el uso tópico de sustancias erráticas es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar uso con éxito,  $X^2: 127,03$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 154,0 (LC: 48,13 – 492,73), FAE de 99 % y FAP de 91 %.

Según la calidad de vida, con afectación es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar condición con éxito,  $X^2: 101,25$  ( $pv < 0,05$ ), OR de 55,0 (LC: 221,52 – 140,5), FAE de 98 % y FAP de 81 %.

### **Discusión:**

El manejo o cuidado de las heridas cutáneas es tan antiguo como la historia del hombre, siendo un problema trascendental para los sistemas de salud mundial. En la vida, el individuo presenta heridas en piel con la probabilidad de retraso en el tiempo de cicatrización como

expresión clínica (efecto) y con origen sociocultural (causa), que además de afectar al propio paciente, afecta su entorno (familiar y comunitario).

Bien conocido es, que en los servicios de APS la atención de lesiones abiertas de piel, históricamente se ha fundamentado en la visión biomédica, un hecho que se resiste al cambio o de progresión muy lenta hacia la atención holística, en este sentido, la cicatrización de heridas se basa en controlar el agente causal esencialmente infeccioso y su manejo se enfoca enérgicamente en esta dirección causal como fenómeno único (microbiológico), ignorando lo subjetivo del paciente y la influencia del contexto integral o biopsicosocial (Triviño y Sanhueza, 2005; Sociedad Argentina de Dermatología, 2008).

El enunciar buena calidad del servicio de salud es arduo y centro de muchas aproximaciones, es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, interés, costumbres y nivel educativo entre otros factores (Krivoy, 2008).

En muchos países como Venezuela, el Sistema Público de Salud es gratuito, el estado financia los servicios de salud. La evaluación y abordaje de lesiones dermatológicas en los servicios de APS, tienen una implicación social, económica y gubernamental. Cuando se habla de curación, se requiere asegurar la atención oportuna y eficiente de los pacientes, permitiendo el uso eficiente de los recursos, descongestionando los servicios de atención y mejorando la calidad de la atención. Para ello es necesario contar con una adecuada infraestructura y equipamiento que permita una atención de calidad con el beneficio de la aplicación de los avances tecnológicos de la ciencia mundial, proporcionando la formación de recursos humanos idóneos (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) para el manejo de los problemas de salud (Donabedian, 1988; Luft y Hunt, 1986).

Resulta oportuno indicar que el factor demográfico la edad, influencia la respuesta terapéutica (curación), tal es el hecho que, los menores de 15 años representan un grupo como factor protector significativo ( $p < 0,05$ ) OR: 0,01 (LC: 0,64 – 0,48) (Fernández, 2012), refiere que los datos de la edad del paciente y la velocidad de cicatrización se comportan inversamente proporcional, e incluso en niños se suele producir cicatrices hipertróficas (Carrero y otros, 2011). Según McCord y Levy (2006), por lo general en pediatría el cuidado de la lesión cutánea abierta se basa en la experiencia clínica y productos desarrollados, empleando prácticamente similares técnicas y principios usados en adultos, lo que plantea un reto. Si bien los niños tienen óptima cicatrización, sus factores de riesgo y protección difieren del adulto, se deben considerar características de la edad pediátrica tal como incontinencia urinaria, fecal e incapacidad para referir el dolor y participar en el cuidado de heridas. De otra manera, el paciente longevo, mayor de 65 años de edad, tienen significativa ( $p < 0,05$ ) mayor proporción de falla de cicatrización cutánea que el de menor edad OR: 7,0 (LC: 3,46 – 14,13), es decir esta edad lo hace 7 veces más probable de tener falla de curación, cuya menor de cicatrización obedece al desgaste natural del sistema inmunológico, un menor riego sanguíneo y capacidad fibroblástica, con comorbidad (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, arteriosclerosis,) que disminuyen el riego sanguíneo ya presente biológicamente. Este déficit de  $O_2$  y de nutrientes tisulares facilitan la infección y por ende un probable fracaso de curación (Lázaro y Longo, 2001; Abbas, Lichtman y Pober, 2000; Fernández, 2012).

El aumento de la edad proporcionalmente se eleva la probabilidad de tener otras comorbidades, de esta manera es mayor la proporción el tener lesión crónica que fracasa a la cicatrización cutánea que la proporción con lesión crónica con éxito ( $p < 0,05$ ), siendo 46,19

(LC: 13,54 – 157,21) veces una probable de falla por esta causa, como factor de exposición y que al controlarlo disminuirá el 98 % y de 93 % al aplicarlo en control en la comunidad.

Por la naturaleza genéticamente el sexo define al masculino o femenino, no obstante el género varón o mujer, es una construcción social y cultural que define características emocionales, afectivas, intelectuales y conductuales naturales de hombre o mujer, siendo esta condición de sustrato biológico pero con una representación socialmente construida, donde la mujer se le asigna un carácter subalterno cual se extiende al conjunto de la vida social, con una discriminación a cual se somete por la sociedad, expresado en estilos de vida definidos. En la cicatrización cutánea, es significativo ( $p < 0,05$ ) mayor proporción de falla de cicatrización cutánea en mujeres que los éxitos con la misma condición, teniendo una probabilidad de falla de cicatrización de 2,80 (LC: 1,48 - 5,30) veces más quienes pertenecen a este género, siendo el 67,0 % de la fallas atribuidos a esta condición (Carrero y otros, 2011), plantean que la mujer en ámbito domiciliario y familiar desarrolla un proceso de trabajo “invisible” con actividades cotidianas en bipedestación por largas horas y durante años, que junto a otras variables (anticonceptivos, embarazos, partos, genéticos) elevan la presión venosa, la cual mantenida genera insuficiencia valvular expresada en varices en miembros inferiores, que finalmente terminan en úlceras crónicas, la cual en algunos medios sociales se considera como “propio de la mujer” o inclusive como una expresión de lo mágico (hechicería), la cual para ser tratado como lesión abierta de piel requiere un enfoque integral en su cotidianidad, es decir más como mujer que como úlcera propiamente, para el logro exitoso en la curación cutánea (Martínez, Castellanos y Navarro, 1998).

El apoyo (familiar, pareja) verdaderamente comprometido es requerido por el enfermo, donde un a estas categorías de unión marital (soltero, casado, unido, viudo, divorciado) es una variable

que pudiera influir como protección o riesgo basado en el apoyo o no en desarrollo óptimo para la cicatrización cutánea (Martínez y otros, 1998).

Carrero y otros (2011), plantea que cuando el jefe de hogar, no puede cumplir con su rol social en la familia, se convierte en un obstáculo para cumplir el tratamiento, situación que se reflejó significativamente mayor la proporción no tener acompañamiento y fracasar a la cicatrización cutánea que la proporción de no tener acompañamiento con éxito ( $p < 0,05$ ), siendo 18,18 (LC: 8,35 – 39,55) veces más probable el fracaso ante esta condición, siendo el 94% atribuido el fracaso a esta condición y de controlarlo disminuiría en la comunidad el 71% (Ellison y Harney, 2000; Fernández, 2012).

En relación a la úlcera como parte de un todo, es fundamental el entorno del paciente con lesión cutánea dado a que factores como depresión social, dependencia familiar predisponen a trastornos psicológicos, pérdida de la autoestima, del contacto social y familiar, abandono y temores con la liberación de cortisol y otros mediadores neuroendocrinos que bloquean los procesos de cicatrización (Sociedad Argentina de Dermatología, 2008). En este sentido según el Graffar, tienen significativamente ( $p < 0,05$ ) mayor proporción de falla de cicatrización cutánea los estratos IV y V que los éxitos con la misma condición, teniendo una probabilidad de falla de cicatrización de 4,40 (LC: 9,0 – 18,41) veces más quienes tienen esta estrato social, siendo el 88,0% de las fallas atribuidos a esta condición, y de controlarse disminuiría en un 67,0% la falta en la comunidad (Martínez y otros, 1998).

En concordancia, el nivel socioeconómico con bajo nivel profesional es un factor predictivo de la ocupación laboral, lo cual se reflejara diferentes tipos de actividad física, menor reposo del área afectada, más compromiso social de sí mismo y familiar con la consecuente minusvalía para enfrentar la cicatrización de lesiones de piel dado el aspecto directo de la ocupación, en tal

sentido la clase obrera tiene significativa ( $p < 0,05$ ) mayor proporción de falla de cicatrización cutánea que los éxitos, con probabilidad de falla de curación de 26,7 (LC: 9,8 – 72,3), siendo atribuido el 96,0 % de la fallas a esta condición y de controlarse disminuiría en un 88,0 % la falla en la comunidad. Es conocido que las úlceras venosas y del pie diabético afectan a poblaciones con pocos ingresos, y estas úlceras duran mucho tiempo y recidiva (Carrero y otros, 2011).

Con el hábito tabáquico, es significativa ( $p < 0,05$ ) mayor la proporción del fumador que fracasa a la cicatrización cutánea que el éxito, siendo 4,71 (LC: 2,01 – 11,03) veces más probable al fracaso, atribuido en 79 % a esta condición individual, y que al controlarlo disminuiría en la comunidad el 24 % (Carrero y otros, 2011; Just-Sarobé, 2008).

En lo que respecta a la cura, como procedimiento que favorece lo fisiológico en la cicatrización de cualquier injuria cutánea, hasta conseguir la remisión de la herida, planteándose dos formas de realizar la cura: La tradicional (seca) y la avanzada (húmeda). Las lesiones según el tiempo de evolución clínica, significativa ( $p < 0,05$ ) mayor la proporción con lesión crónica y fracasar la cicatrización cutánea, con probabilidad de 7,0 (LC: 13,24 – 15,11) veces fracasar, siendo atribuido este factor en un 86 % los fracasos y al controlarse disminuirían en 71 % en la comunidad. Según la Sociedad Argentina de Dermatología (2008), la causa por la cual una lesión cutánea no cicatriza y se transforma en crónica es multifactorial. Entonces, la perfusión inadecuada de los tejidos o la isquemia aumentan el riesgo de contaminación e infección, liberación de proteasas y productos tóxicos de oxígeno por los neutrófilos, déficit de factores de crecimiento, degradación de la fibronectina que dificulta la migración de los fibroblastos, presencia de tejido necrótico. Por consumo de medicamentos, las lesiones cutáneas se cronifican, la corticoterapia (interfiere la fase inflamatoria del macrófagos, síntesis proteica y la proliferación celular), los quimioterápicos alteran a los fibroblastos (Rivera, 2006).

Los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) bloquean la inflamación inhibiendo a las prostaglandinas (inhibición de la quimiotaxis y de la agregación de neutrófilos, bloqueo de las citocinas, estimulación de la vía óxido nítrico-GMPc ), es significativo ( $p < 0,05$ ) con el consumo AINES una mayor la proporción fracasa la curación cutánea, con una probabilidad 253,0 (LC: 70,3 – 910,4), atribuida a esta condición el 99 % del fracaso y de controlarse disminuiría el fracaso en 91 % control en la comunidad, un hecho explicado porque, el paciente a oculta su clínica del dolor, no así, el edema o proceso inflamatorio propiamente, de manera que al disminuir el dolor (farmacológico) incumplirá otras recomendaciones mitigadoras del dolor (periodos de reposo indicados, elevación de piernas o uso de cabestrillos), no obstante al momento de realizar el aseo local presenta dolor importante por tener inflamación “oculta” ante una “pseudomejoría”, lo cual hace distanciar u omitir el ritmo las curas o la calidad de las mismas, lo cual incidirá en alargar el tiempo de curación llegando incluso a lesión crónica, dado el manejo de la cicatrización con un efecto farmacológico “mal interpretado” (Carrero y otros, 2011; EWMA, 2004).

En tal sentido, ante la percepción de miedo (dolor) al momento de la cura local es significativa ( $p < 0,05$ ) la proporción que fracasa a la cicatrización cutánea, que la proporción de similar condición con éxito, con una probabilidad de 91,0 (LC: 32,36 – 255,8) veces mayor quienes tienen dolor, siendo atribuido a este factor el 98 % de los fracaso de curación y disminuiría en 86 % en la comunidad al controlar este factor. Finalmente, es importante es resaltar, que este hábito puede profundizar la mala calidad de vida del paciente dado los frecuentes efectos secundarios como gastritis, úlceras gastrointestinales, sin descuidar la insuficiencia renal crónica por AINES cuando se maneja úlceras crónicas en piel. Una medida efectiva no farmacológica, frecuentemente obviada por la concepción biomédica con el uso de

AINES, es el reposo del área afectada (elevación de piernas o uso de cabestrillos), de hecho es escasa la investigación al respecto, aun siendo de capital importancia para controlar el dolor, edema y dolor por sobrecarga de vasos venosos, arteriales y linfáticos (EWMA, 2004), donde efectivamente por reposo, no cumplido es mayor la proporción que fracasa a la cicatrización cutánea, que la proporción de similar habito con éxito ( $p < 0,05$ ), siendo probable 18,61 (LC: 8,50 – 40,63) veces fracasar por no cumplir reposo, siendo el atribuidos 94 % de casos debido a esta condición y de controlarse esta disminuirá en 72 % los fracaso en la comunidad.

Así, Fernández (2012), refiere que el tiempo de curación en lesiones crónicas es excesivamente largo, se ha establecido entre 150 a 180 días para el cierre efectivo de lesiones (a veces en el tiempo muy oscilantes), esto demanda acciones terapéuticas asociadas con otros factores biopsicosociales para lograr efectividad, que entre brinden mejor calidad de vida, a bajo costo y de intervenciones quirúrgicas mínimas que disminuyan la estancia hospitalaria prolongada. En lesiones crónicas propias del adulto mayor, la contaminación e infección en el lecho de la ulcera genera la inflamación duradera, con aumento de glóbulos blancos y disminución de fibroblastos. El exceso de exudado retrasa la proliferación de los fibroblastos, células endoteliales y queratinocitos, alterando la matriz extracelular. La localización y características del lecho de la lesión influyen en la cicatrización, de manera que la temperatura alrededor de la herida es de 37 °C, si disminuye provoca una vasoconstricción, dificultando el aporte de glóbulos blancos a la herida y una alteración en el transporte de oxígeno y nutrientes.

El mismo autor refiere una herida cutánea amplia y de larga duración con presencia de fibrina de la superficie de la úlcera tiene mayor probabilidad de retraso en la cicatrización. En una ulcera crónica, se presentan número importante de células senescentes entre estas los fibroblastos (no

capaz de reproducirse), lo que reduce la reparación tisular, la proliferación celular y la angiogénesis.

También el tamaño y la profundidad de la úlcera crónica tienen alta probabilidad de conseguir la cicatrización retardada, por tal las lesiones de menor tamaño logran reducirlo en menor tiempo por tener menos riesgo de complicación, de manera que un tratamiento se debe enfocar a disminuir el tamaño y el riesgo de infección (Carrero y otros, 2011)

Si el factor isquemia está asociado, priva al tejido de un intercambio gaseoso y metabólico eficaz, lo que provocará un aumento de la permeabilidad vascular, la retención de leucocitos y un incremento en la síntesis y liberación de radicales libres del oxígeno y de enzimas proteolíticas. A la isquemia e inflamación, se adiciona la contaminación y desarrollo de infección, con la frecuente la presencia de bacterias, apoyadas por la existencia del *biofilm*, como mecanismo de protección bacteriana, según reporta Kennedy, Brammah y Wills (2010), el 60% de las muestras de heridas crónicas lo presentan, mientras que sólo el 6% de las heridas agudas contenían biofilm, lo que indicaba que los biofilms eran frecuentes en muestras de heridas crónicas y relativamente raros en muestras de heridas agudas.

Por ser una lesión abierta cualquier tipo de bacteria se instala, pero la *Pseudomonaaureoginosa* y anaerobios son los más frecuentes influyentes en el retardo de la cicatrización de las lesiones crónicas, donde por la respuesta inflamatoria incrementada hay producción de citocinasproinflamatorias y de enzimas proteolíticas (metaloproteasa, elastasa y plasmina), destructoras de la matriz extracelular inactivando el factor de crecimiento. En tal sentido, por infección secundaria severa es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea ( $p < 0,05$ ), con una probabilidad 8,14 (LC: 3,02 – 21,90) de fracasar en quienes la padecen,

atribuido el 88 % del fracaso a esta condición y al controlarlo disminuiría un 26 % en la comunidad (Kennedy y otros, 2010).

Según la localización anatómica de la úlcera ha sido señalado como un factor adverso de cicatrización ( $p < 0,05$ ), siendo 7 (LC: 1,24 – 5,00) veces más probable de fracasar por esta condición clínica. En las extremidades y fundamentalmente las inferiores son un reto para el clínico debido a factores como: estasis venosa, bipedestación, traumatismos e infección bacteriana. De igual forma, las áreas de piel donde hay importante movilidad o tensión (codos, rodillas, muñeca, falanges, tobillos, pie, cuello), así como el de poca irrigación (oreja) (Lázaro y Longo, 2001). Es también particular las úlceras del pie diabético por presión, por neuropatías y del calcáneo son de difícil resolución, inclusive catalogándose tradicionalmente como lesiones no curables, de igual manera hay que destacar que los pacientes con úlceras de las piernas son más vulnerables y peor calidad de vida, sin embargo con adecuado reposo junto con los cuidados integrales se puede diferir de esta condición clínica, de manera que su control podría disminuir hasta un 60 % la falla de curación clínica y en 45 % en la comunidad (Carrero y otros, 2011).

Ahora bien, la forma de proceder frente a la lesión cutánea abierta se enmarca en la variabilidad de procedimientos, incertidumbre de abordaje y sin la existencia de protocolos institucionales como normas de procedimientos en el nivel primario (ambulatorio) ni secundario (hospitalario) de salud. De tal manera que el tipo de cura es prácticamente en su totalidad la cura tradicional ó seca (CT), en todos los servicios de atención, en este sentido se halló mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la similar terapia con éxito ( $p < 0,05$ ), teniendo 319,0 (LC: 67,6 – 1504,6) veces más probable de fallar la cura al aplicar esta terapia, a la cual se le atribuye el 99,0 % de la causa de falla de curación, donde de controlarla disminuiría un 96 % la falla de curación cutánea en la comunidad (Pérez y otros, 2014).

En la CT el fundamento de trabajo es esencialmente bajo la fisiopatología infecciosa, dadas las características de su aplicación clínica, donde el propio contexto de la cicatrización es visualizado como “secundario ó adicional”, es decir se plantea bajo un abordaje local (la lesión) y no propiamente lo general (paciente y su entorno). Su objetivo es mantener la lesión cutánea limpia y seca, previniendo daño intrínseco (exudado) y extrínseco (daño bacteriano), tratando siempre en segundo plano la granulación, epitelización de la lesión y el cuidado del área de piel perilesional (Carrero y otros, 2011).

El contexto de la lesión es mantenerla “seca”, allí se utilizan líquidos jabonosos (citotóxicos) para el aseo local (jabón azul y iodados), ritmo de cura dos ó tres veces de curas diarias, partiendo eliminar todo tejido expuesto (viable o no) hasta que “al sangrar ya estará en tejido viable”, por lo que el aseo local se frota ó fricciona vigorosamente, donde en caso de requerir desbridar se hace en un solo tiempo(un solo momento), generando dolor importante en la cura lo que hace disminuir la enfermo la adherencia a las curas y con menor confort de trabajo al mismo paciente y al técnico de salud.

Posterior al aseo local se aplican directamente a la lesión Antisépticos (peróxido de hidrógeno, alcohol, vinagre, Gerdex entre otros) (todos citotóxicos), seguidamente tópicos o ungüentos (sulfadiazina de plata, gentamicina, bacitracina entre otros) directos en la lesión (todos citotóxicos), finalmente se colocan apósitos pasivos (gasa o tela) sustentada con cinta adhesiva (Hipersensibilizante), la cual tiene alta capacidad de adherencia al lecho de la lesión, de difícil y traumática retirada en sucesivas curas locales, el exudado absorbe hasta deshidratar el lecho de la herida, sin adecuada garantía de protección física, química ni biológica, no se logra controlar el intercambio gaseoso, ph, humedad ni temperatura, donde si bien logra una ulcera limpia la

misma se retrasa en la cicatrización óptima (granulación y epitelización) por la interferencia de la técnica de curación.

Siendo importante aclarar, que la piel circundante también es intervenida e injuriada concomitantemente con la técnica, y donde el equipo de trabajo y sus recursos son de alto costo alto económico. McCord y Levy (2006), recomiendan limpiar la herida solo con solución salina normal, dado a que muchos limpiadores de la piel y antisépticos utilizados históricamente en la limpieza de lesiones son citotóxicos a los glóbulos blancos y fibroblastos, con retrasos en la cicatrización de heridas como se demostró en muchos estudios *in vitro* e *in vivo* (Lineweaver, Howard, Soucy, McMorris, Freeman, Crain, Robertson y Rumley, 1985; Byrant, 2000).

Mención particular se merece el uso tópico de sustancias erráticas, dado a que es mayor la proporción que la utiliza y fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar uso con éxito ( $p < 0,05$ ), teniendo 154,0 (LC:48,13–492,73) veces más probable de fallar la cicatrización al aplicar estas sustancias, a cual se le atribuye 99,0 % causal de falla de curación, donde al controlarla disminuiría un 91 % la falla de curación cutánea en la comunidad (Carrero y otros, 2011).

El proceso de cicatrización es identificada para manejo local tanto por la comunidad como por los pacientes, sin embargo, la adherencia terapéutica por sus representaciones sociales (códigos culturales) les llevan a conductas erráticas de influencia directa al desenlace clínico, pues se auto-medican con sustancias irritantes, un hecho muy relacionado por su situación laboral, escolar y del hogar donde pretenden curarse en un periodo corto (dos a tres semanas). Además de no poder realizar su vida cotidiana se agrega el gasto en medicamentos y traslados al servicio de atención, de esta manera estos elementos influyen en la regularidad de citas y cumplimiento terapéutico en forma regular. De manera que para un buen logro del cumplimiento del

tratamiento indicado por el profesional de salud demanda conocerlas y manejarlas en cada paciente (Carrero y otros, 2011).

Por lo general en el aseo local diario de lesiones dérmicas se utilizan sustancias antisépticas como povidona yodada, clorhexedina, agua oxigenada, etc., dónde la mayoría son citotóxicas. En el medio rural se utiliza el jabón azul comercial, con capacidad limpiadora, disponibilidad, económico y de escaso efecto secundario manifestado en pacientes. Sin embargo, tiene un potencial efecto irritante por el alto grado de alcalinidad (pH de 9,4) de. De igual forma los cuerpos extraños en la úlcera hacen desarrollar una reacción inflamatoria crónica, granulomatosa que dificulta la infiltración fibroblástica y al contrario propician la infección. La compresa húmeda es útil para drenar úlceras infectadas y limpiar detritus, pues producen vasoconstricción aliviando los signos de flogosis y los más utilizados son astringentes como *Matricaria chamomilla*, *Plantagomajor* y *Aloe vera* (Carrero y otros, 2011; Dobles-Ulloa y Perriard, 1994).

Desde el sector salud, la respuesta inicial al tratamiento es un factor predictivo de curación. Se ha establecido que una disminución alrededor del 15 % de la superficie de la herida al cabo de una o dos semanas de tratamiento, justifica continuar el tratamiento. Para llevar a cabo todos estos pasos, es necesario tener un personal sanitario con habilidades y conocimientos profesionales (Fernández, 2012).

Es conocido que cuando una herida no cicatriza, comienza un periodo defensivo por parte del personal que atiende al paciente, por lo general la no cicatrización agobia emocionalmente a los profesionales que brindan la asistencia a este tipo de enfermo, en estos casos el profesional acude a establecer las estrategias defensivas necesarias ante la imposibilidad de curar la herida, como son: suspende visitas, evita continuar con la asistencia, culpa a otros. Por ello, el médico deberá en estos casos: identificar las necesidades del paciente; identificar y documentar los obstáculos

para la cicatrización de la úlcera; ofrecer apoyo, inclusive de otros profesionales u organismos; tratar al paciente y al entorno como un todo (Dobles-Ulloa y Perriard, 1994).

En relación a los apósitos, se dispone comercialmente hace tres décadas, existiendo innumerables productos disponibles de forma prácticamente exagerada, que dificulta su elección dada las variadas presentaciones al momento de seleccionar el más adecuado para cada lesión cutánea (según el estado de cicatrización e infección).

En general la elección del apósito se basa en la: cantidad de exudado, dolor, colonización, región anatómica, tunelizaciones, piel perilesional y lecho de la lesión. En la CT se utilizan los apósitos pasivos, como es la gasa, el apósitos tradicional es de gasa tejida, impregnada con cremas o ungüentos de bacitracina, gentamicina, mupirocin, nitrofurantoina, sulfadiazina de plata entre otras, o humedecida con solución salina u otras soluciones. Su composición es algodón hidrófilo o sintético. Útil para el momento de realizar el aseo local de la lesiones abiertas y solo como apósito secundario y no se debería usar directos como apósito en piel. En errático de uso directo o primario, se cambian diario para “evitar infección y desarrollo del tejido de granulación”. Tienen el inconveniente se generar dolor retirarlo, con hemorragias e incluso retrocede la cicatrización, generan reacción a cuerpo extraño por quedar restos del filamentos en el lecho de la lesión. Han quedado relegados en la actualidad por la introducción de nuevos apósitos (Bioactivos) para el tipo de cura húmeda (CH) o avanzada que superan dichos inconvenientes.

Carrero y otros (2011), en su trabajo reportan que según la percepciones y creencias (sustancias tópicos erráticas), la curación casera se hace en todo hogar, comunidad y en el mundo, pasando estos remedios tradicionales de padres a hijos por cientos de años. Siendo algunos de interés en la práctica médica y de enfermería, tal es el caso de la cicatrización pero

más que por la curación es por lo errático de su uso, donde lejos de ayudar a la curación la empeoran, dado al componente del producto o la forma como se aplicación, es prácticamente imposible que un paciente con lesión abierta de piel sea aguda pero fundamentalmente las crónicas que no haya tenido múltiples intentos erráticos para la curación domiciliar. En tal sentido, ante el uso tópico de sustancias erráticas es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar uso con éxito ( $p < 0,05$ ), siendo 154,0 (LC: 48,13 – 492,73) veces más probable de fallar al utilizar estas sustancias, al cual se le atribuye el 99% causal de falla y que de controlarse este factor disminuiría en 91 % el retraso de cicatrización en la comunidad.

Los hallazgos de Carrero y otros (2011), coinciden con esta investigación y en efecto las sustancias erráticas (citotóxicas e inflamatorias) halladas son: a) Uso clínico: Betadine<sup>®</sup> (*Povidona yodada*), Soluhex<sup>®</sup> (*laurilsulfato de sodio, propilénglicol, parafina, carbomer, trietanolamina, metilparabeno, butilparabeno, fenoxietanol, etilparabeno, propilparabeno, fragancia*), Listerine<sup>®</sup> (*Alcohol, Timol, Eucaliptol, Salicilato de Metilo, Mentol, Acido Benzoico*), Oxoferin<sup>®</sup> (*complejo de Cl, óxido O<sub>2</sub>, glicerina*), Agua oxigenada<sup>®</sup> (*Peróxido de hidrógeno*), Alcohol, Mercurocromo<sup>®</sup> (*Mercromina*), Nitrato de Plata, Sulfadiazina de Plata (*Crema, Spray*), Azul de metileno<sup>®</sup> (*Cloruro de Metiltionina*), Cremas, Ungüentos (*Esteroides, Antimicóticos*), PR- 88<sup>®</sup> (*desapantenol, Heparina, bacitracina, Oxido de zinc, cloruro de decualino, Acido bórico*). b) Uso veterinario: Lepecid<sup>®</sup> (*Clorpirifos, Violeta de Genciana*), Creolina (*Creosota*), c) Uso domestico: Agua (*a mayor tolerancia de temperatura*), Jabón azul<sup>®</sup> (*Hidróxido de Na, al 14 %*), Vinagre<sup>®</sup> (*Ácido acético*), Cloro<sup>®</sup> (*Hipoclorito de sodio*). d) Otros usos: Kerosén, Aceite de motor, Gerdex<sup>®</sup> (*Bromuro de Dodecil Diemtil Bencil Amonio*), Gasolina, Chimo<sup>®</sup> (*Nicotina, Sales de Fe, Si, Ca, Mg*), K y Na. Aromatizantes. Además

*benzopirenos, alcoholes, naftalina, arsénico, polonio*). e) Plantas o sustancias vegetales: Miel de limón (*Citrus limón*), Plátano (*Musa acuminata Colla*), Manzanilla (*Matricaria chamomilla*), Llantén (*Plantago major*), Onoto (*Bixa Orellana*), Sábila (*Aloe vera*), Maravilla (*Mirabilis jalapa L*), Tua Tua (*Jatropha gossypifolia L.*), Mata de Rabo de ratón (*Gliricidia sepium*), Yerba mora (*Solanum nigrum L.*), Árnica (*Árnica montana Linneo*), Ajo (*Allium sativum*), Cebollín (*Allium schoenoprasum*), Tabaco (*Nicotiana tabacum*). f) Miselaneos: Leche materna, Heces de lactantes, Orina, Saliva, Pasta dental, Arcilla (*Caolín*), Sapo (*Bufo bufo*), Perro (*Canis lupus familiaris*), Mágico (*Hechicería*), Rezos y Rituales. No es aconsejable la utilización de remedios caseros (emplastes, fomentos, barro, crema dental,... etc.), pues no hay evidencias de que éstos puedan cicatrizar sin problemas, lo ideal utilizar productos sanitarios de cura en ambiente húmedo (CAH), respaldados por evidencia científica.

Si bien, hay efectos adversos por la mayoría uso de estas sustancias seguramente existen una proporción de estas sustancias útiles para la cicatrización de lesiones abiertas, por lo que deben ser motivo de profundización en investigación. En este sentido, la OMS define la medicina tradicional como la sumatoria de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales (OMS, 2013).

La calidad de vida es un concepto muy amplio que combina salud física, estado fisiológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias y relaciones con el ambiente, etc. Por este motivo, se ha desarrollado en el mundo médico la idea de "calidad de vida relacionada con la salud". Esto corresponde a una noción más limitada de la calidad de vida, se refiere sólo a las "dimensiones" que están relacionadas específicamente y directamente con la salud (8-10), y excluye elementos como la libertad, creencias y ambiente de la persona (Jones-Caballero y

Peñas, 2002). Según la calidad de vida, con afectación es mayor la proporción que fracasa a la curación cutánea, que la proporción de similar condición con éxito ( $p < 0,05$ ), siendo 55,0 (LC: 221,52 – 140,5) más probable el fracaso cuando esta se afecta, atribuido el 98 % del fracaso a esta condición y de controlarlo disminuiría en 81% en la comunidad.

De allí, su importancia dada últimamente a la calidad de vida surge del desarrollo de las relaciones entre médico y paciente. Los pacientes desean participar activamente en la toma de decisión sobre su tratamiento, y requiere que se tengan en consideración las expectativas y las preocupaciones de los pacientes. Debido al aspecto visible de las lesiones de la piel y a su potencial impacto psicológico, la evaluación de la calidad de vida en dermatología es un complemento muy útil de los estudios clínicos (Restrepo, Escobar, Mejía, Tamayo, García, Lugo y Sanclemente, 2013). Se puede enfocar la calidad de vida desde la perspectiva de diferentes dimensiones, entre ellas: económica, religiosa, espiritual, sociológica y de salud; los cambios en la percepción de salud pueden afectar cualquiera de estas dimensiones. La satisfacción y el bienestar de los pacientes cobran cada vez mayor importancia (Restrepo y otros, 2013).

Finalmente, intentar reducir el tratamiento de lesiones abiertas a una fórmula es prácticamente imposible, pues variaciones intrínsecas individuales, en sus aspectos demográficos, comórbidos, clínicos y de adherencia al tratamiento junto a la farmacocinética de los productos biológicos, requieren de un enfoque integral. Otros factores intervinientes: estrés, ansiedad, depresión, accesibilidad y disponibilidad del servicio de atención con un estrato social deprimido (toxicidad o riesgos del medio ambiente, nutrición, educación, hacinamiento, hábitos), tienden a generar mayor morbilidad infecciosa lo que hace pensar en un compromiso del sistema de defensa

### **Conclusiones:**

Los aspectos sociodemográficos (edad, sexo, hábitos, ocupación, acompañamientos, uso de sustancias tóxicas erráticas) influyen en la cicatrización cutánea, por ello, se deben intervenir los hábitos sociales por medio de recomendaciones individuales, familiares y comunitarios.

Los aspectos clínicos (infección, dolor, ubicación, no reposo, medicaciones) y comórbidos influyen adversamente en la cicatrización cutánea, por tanto el equipo de salud, debe controlar estos aspectos, para se restaure la cicatriz.

El manejo ambulatorio en el contexto de la cura seca o tradicional es factor de riesgo que influencia negativamente en la cicatrización cutánea.

Los aspectos sociodemográficos, clínicos, comórbidos y la cura seca alteran la calidad de vida de forma moderada o severa, la cual se constituye en un factor de riesgo frecuente y olvidado que influye en la cicatrización cutánea.

#### **Recomendaciones:**

Dar valor a los aspectos sociodemográficos y clínicos antes de decidir algún plan terapéutico para mejorar la calidad de vida del paciente con injuria cutánea.

Exhortar a los trabajadores de salud a eliminar la tradicional cura seca o tradicional por la cura húmeda o avanzada.

Realizar investigaciones posteriores tomando en cuenta dichos resultados, para hacerlos aplicativos al nivel de atención primaria de salud.

#### **Referencias:**

Abbas, A., Lichtman, A. y Pober, J. (2000). *Inmunología celular y molecular* (4a. Ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Byrant, R. (Ed.) (2000). *Acute and Chronic Wounds: Nursing Management* (2a. Ed.). St. Louis: Mosby.

- Carrero, J., Borges, R., Convit, J., Avilan, R. y De Lima, H. (2011) Immunotherapy of cutaneous leishmaniasis: factors that influence their effectiveness. *Bol. Mal. Salud Amb*, 51(1), 25-33.
- Dobles-Ulloa, A. y Perriard, C. (1994). Representation, attitudes, and practices related to cutaneous leishmaniasis in people from Acosta Country, San Jose province, Costa Rica. An exploratory anthropological study. *Cad Saude Pública*, 10 (2), 181-189.
- Donadebian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260 (12), 1743-1748.
- Ellison, J. y Harney, P. (2000). Treatment-Resistant depression and the collaborative treatment relationship. *J Psychother Pract Resp*, 9 (1), 7-17.
- European Wound Management Association (2008). *Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización*. Londres: Autor.
- Fernández, J. (2012). Heridas de difícil cicatrización. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 13(1), 1-10.
- Jones-Caballero, M. y Peñas, P. (2002). Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr*, 93(8), 481-489
- Just-Sarobé, M. (2008). Hábito de tabaco y piel. *Actas Dermosifiliogr*, 99(3), 173-184.
- Kennedy, P., Brammah, S. y Wills, E. (2010). Burns, biofilm and a new appraisal of burn wound sepsis. *Burns*, 36(1), 49-56.
- Krivoy, S. (2008). La problemática de la salud en Venezuela. *Gac Méd Caracas*, 116 (2), 91-92.
- Lázaro, O. y Longo, I. (2001). Tratamiento de úlceras crónicas. *Piel*, 16 (4), 213-219.
- Lineweaver, W., Howard, R., Soucy, D., McMorris, S., Freeman, J., Crain, C., Robertson, J. y Rumley, T. (1985). Topical antimicrobial toxicity. *Arch Surg*, 120 (3), 267-270.
- Luft, H. y Hunt S. (1986). Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. *JAMA*, 255 (20), 2780-2784.

- Martínez, F., Castellanos, P. y Navarro, V. (Eds.) (1998), *Salud Pública*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- McCord, S. y Levy, M. (2006). Practical Guide to Pediatric Wound Care. *Semin Plast Surg*, 20 (3), 192–199.
- Monsonís, B. (2013). *Abordaje en las heridas de difícil cicatrización*. (Tesis para Licenciado en enfermería). Universitat de Lleida, España.
- Organización Mundial de la Salud (2008): *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023*. Hong Kong SAR: Autor.
- Pérez, P., Perdomo, E., Bañón, N., Flores, O., Pérez, M., Volo, G., Montes, E., Nuñez, M., Nuez, F. y Pérez, J. (2014). Uso racional del material de curas (I). Cura tradicional en heridas agudas. *Bolcan*, 6 (2), 1-8.
- Restrepo, C., Escobar, V., Mejía, A., Tamayo, S., García H., Lugo, L. y Sanclemente, G. (2013). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *IATREIA*, 26(4): 467-475.
- Rivera, A. (2006). AINES: Su mecanismo de acción en el sistema nervioso central. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(1), 36-40.
- Sociedad Argentina de Dermatología (2008). Consenso sobre Cicatrización de heridas. *Dermatología Argentina*, 14 (4), 1-41.
- Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 11(1), 17-24. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art03.pdf>