

LAVASEPT UNA NUEVA TERAPIA ANTISEPTICA

Dr. Carlos Buccé
Dr. Edgar Nieto
Dr. Hector Acosta

Dr. Carlos Buccé Bravo, Dr. Edgar Nieto, Dr. Hector Acosta. **Lavasept una Nueva Terapia Antiseptica**, Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol 29, Nº 1, Mayo 1997.

RESUMEN

Se realizó un estudio del tipo experimental, en donde se evalúa la eficacia de un antiséptico tópico llamado LAVASEPT (2,3), Utilizado en el tratamiento de fracturas abiertas, pié diabético, miasis, y quemaduras de 3er grado (1). El mismo se efectuó en 31 pacientes quienes ingresaron por el área de Emergencia, fueron 18 hombres y 13 mujeres, a los cuales se les realizó cultivo y antibiograma, desde el ingreso hasta que el paciente egreso.

Al ingreso los pacientes fueron evaluados clínicamente por un equipo multidisciplinario integrado por Internista, Cadiólogo, Ortopedista y Anestesiólogo. Durante el tiempo de hospitalización los pacientes no recibieron ningún tipo de antibioticoterapia, solo se le realizaron limpieza quirúrgica y el uso tópico de compresas impregnadas con LAVASEPT. La evolución clínica de los 31 pacientes fue satisfactoria, considerándose el aspecto de la recuperación de los tejidos blandos sin presencia de infección y ninguna osteomielitis en las fracturas abiertas.

En vista de los buenos resultados se considera que su uso, en los procesos séptico de tejidos blandos y óseos, pudiendo ser una alternativa excelente para ser utilizado en cualquier hospital del país.

PALABRAS CLAVE

Antiséptico, Tópico.

ABSTRACT

We performed a study to evaluate the efficacy of a topic antiseptic with a brand name of Lavasept, 2,2 which was used in the treatment of open fractures, diabetic foot, myiasis in patient's with third degree burns. ¹

The sample consisted of 31 patients admitted to the Emergency area, 18 men and 13 women. Immediately after admission patients were evaluated by a team formed by an internist, cardiologist, a surgical orthopedist and the anesthetist; when wound infections were suspected, local culture and antibiogram for identification of pathogenic germs were carried out. Cleaning of the wound and local moisten compresses with Lavasept, was the only treatment the patients received during hospitalization. They never received any antibiotic therapy.

There was satisfactory clinical evolution in the 31 patients, from the point of view of the soft tissue recovery and the absence of osteomyelitis in the open fractures.

From what we learned from this experience, we have considered to use Lavasept as an alternative therapy for patients to be admitted in the Orthopedy and Traumatology Unit at the Instituto Autonomo Universitario de Los Andes, Mérida - Venezuela.

KEY WORDS

Tropical antiseptic.

Introducción

El desarrollo de los antisépticos ha sido un proceso fascinante, lleno de esperanza, éxitos y fracasos. El término "Antisepsis", fue acuñado a finales del siglo XVIII por un inglés que era cirujano militar llamado John Pringle (1707 - 1782), ⁶ para la prevención de infecciones en heridas, pero fue Lister (1827 - 1912), quien le dió su completo significado y éste, ha permanecido como la piedra angular a la cirugía.

Pero los estudios de Lister con Fenol, para tratar las heridas infectadas o prevenirlas, no fueron efectivos por las intoxicaciones que producía (Locher 1881).⁶

El próximo paso fue el uso de soluciones Clorinadas Sublimadas; por Carrel (1873 - 1994), el que mediante la instalación continua intermitente para el tratamiento de la fractura por arma de fuego.⁷

A partir de ese momento se presentó a la disposición de los ortopedistas diferentes productos antisépticos iodados o no y fue hacia finales de la década de los 80 cuando es introducido un antiséptico de uso tópico llamado Lavasept, para el tratamiento de fracturas infectadas y lesiones de tejidos blandos.

El objetivo del presente estudio es analizar los resultados del tratamiento tópico con Lavasept, en los pacientes con fracturas abiertas, pié diabético, miasis o quemaduras de 3er grado, al ingresar por el área de Emergencia de Adulto en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) en Mérida, Venezuela, seguidos por un período mayor a un año.

MATERIAL Y METODO

Se evalúan a 31 pacientes con un diagnóstico de fractura abierta grado III (Gustillo 1940), pié diabético, miasis o quemaduras de 3er grado (ver Cuadro 1.1). El Grupo estaba compuesto por 18 hombres (58.06%) y 13 mujeres (41.94%), tratados por un equipo multidisciplinario conformado por Internista,

Cardiólogo, Ortopedista y Anestesiólogo. Una vez ingresado se les realizó todo tipo de exámenes de laboratorio donde se incluyeron Hematología completa TPT-TP Creatinina, Glicemia, Urea, la toma de cultivo por el Departamento de Microbiología de IAHULA.

Los resultados fueron evaluados desde el punto de vista clínico, tomando los criterios de curación total, dichos criterios incluyeron cierre de la herida

de manera natural (no quirúrgico), disminución de las bacterias en las heridas de acuerdo a resultado de cultivo y antibiograma¹ y los que se considera más importante, la satisfacción por parte del paciente por haberse curado.

En vista de lo anteriormente expuesto se considera la evaluación con satisfacción y no satisfactoria; siendo satisfactoria los casos que incluyeron los puntos dichos en el párrafo anterior y no satisfactorio todo lo contrario a éste.

CUADRO 1.1

CLASIFICACION POR PATOLOGIA INCLUIDO EN EL PROTOCOLO

CASOS	CANTIDAD	%
Fractura Abiertas Grado III	14	45.2
Pie Diabético	12	38.8
Miasis	3	9.6
Quemaduras de 3er. Grado	2	6.4
TOTAL	31	100.0

Fuente: Historia Clínicas I.A.H.U.L.A. 1.992 - 1.995.

Se tomó como criterio de inclusión para el estudio, pacientes con edad comprendida entre los 15 años y 65 años.

Se realizó una evaluación clínica completa y la toma de una fotografía semanal para evaluar la evolución progresiva de cada caso.

Se diseñó un esquema terapéutico, en donde no se incluía el uso de antibioticoterapia,⁵ pero sólo se realizarían curas diarias en área de hospitalización y curas periódicas en áreas de quirófano, la toma de cultivo y antibiograma fue hecha semanalmente por la misma persona y utilizando igual técnica para todos.

A medida que los cultivos fueron reportados se podía aumentar o disminuir la concentración del producto, el cual era elaborado por el mismo técnico con medidas de asepsia y antisepsia. La elaboración consistía en extraer del frasco original del Lavasept concentrado al 2%, 0.5cc, el cual se introduciría en 500cc, de solución fisiológica, las curas se realizaron, lavando la herida con jabón neutro, secado total de la herida y posterior colocación de apósitos impregnados del producto Lavasept y en el caso de fracturas abiertas se utilizó el método de infección continua.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos en los 31 pacientes el 100% fueron considerados como satisfactorios y los pacientes egresaron en buenas condiciones

generales, la mayoría de los pacientes presentaban fracturas expuestas (Cuadro 1.1) y el germen más común fue el S. Aureus (Cuadro 2.1),^{8,9}

CUADRO 2.1
PRESENCIA DE BACTERIAS EN LOS CULTIVOS TOMADOS EN LOS 31 PACIENTES DURANTE SU PERMANENCIA EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN. IAHULA, AÑO 1992 - 1995

BACTERIAS PRESENTES EN CULTIVO	Fx ABIERTA GRADO III	PIE DIABETICO	MIASIS	QUEMADURAS 3ER GRADO
S. AUREUS	24	12	2	2
S. DORADO	6	1	1	-
P. AURIGINOSA	10	9	-	2
S. MARGABELLI	5	1	-	-
E. COLI	11	1	1	-
ENTERBACTER	8	5	-	2

Fuente: Historia Clínicas I.A.H.U.L.A. 1.992 - 1.995.

Se pudo corroborar la eficiencia del Lavasept, por la negatividad en los reportes de cultivo y antibiograma, al momento de alta, a pesar de que la herida se consideraba curada persistían contaminaciones iniciales sobre todo de s. Aureus (Cuadro 2.2) aunque se consideró el hecho de que el paciente manifestó su satisfacción al verse curado.

Los efectos bactericidas del Lavasept lo pudimos corroborar siempre en la presencia de sangre, pues es allí donde tiene efecto.

Se observó que a medida que se iba realizando el tratamiento ocurrían grandes cambios en las

estructuras tanto ósea como de tejidos blandos, con formación de un tejido granulación abundante, con excelente vascularización que llegaba inclusive al cierre de la herida, con disminución potencial de la presencia de bacterias en los cultivos reportados (cuadro 2.2).

La toxicidad del Lavasept, es insignificante debido a que sus componentes, Biguanidas y Polyetileneglicol, tienen toxicidad menor a 50 gramos por kilo de peso corporal.

CUADRO 2.2

**PRESENCIA DE BACTERIAS EN LOS CULTIVOS TOMADOS EN LOS
31 PACIENTES REPORTADOS AL MOMENTO DE EGRESO.
IAHULA, AÑO 1992 - 1995**

BACTERIAS PRESENTES EN CULTIVO	Fx ABIERTA GRADO III	PIE DIABETICO	MIASIS	QUEMADURAS 3ER GRADO
S. AUREUS	2	1	-	-
S. DORADO	1	-	-	-
P. AURIGINOSA	1	-	-	-
S. MARGABELLI	-	-	-	-
E. COLI	-	-	-	-
ENTERBACTER	-	-	-	-

Fuente: Historia Clínicas I.A.H.U.L.A. 1.992 - 1.995.

COMENTARIO

El tratamiento selectivo con Lavasept en pacientes con fracturas abiertas grado III, pie diabético, miasis, o quemaduras de 3er grado, es una alternativa terapéutica, eficaz por su efuciente efecto contra bacterias y hongos así como la no toxicidad tanto local como sistemática.¹⁰

CONCLUSIONES

Existen unos requerimientos indispensables para el uso de un antiséptico y ellos son:

A. Un antiséptico puede ser muy eficiente en contra de la bacteria y los hongos, incluso en presencia de la albúmina y la sangre.

B. Para una prueba experimental de tejido y de compatibilidad clínica.

C. 'La investigación toxicológica tiene que ver con la reabsorción del producto en las heridas humanas.

Pues bien, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, y he aquí una nueva alternativa para el tratamiento de proceso infeccioso en el área de traumatología y ortopedia, de parte nuestra está el interés de seguir los estudios y lograr nuestra satisfacción al ver tan buenos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrera A, Sandía A, Quintero M, Fractura abierta de los huesos largos análisis microbiológicos. Monografía de acreditación como especialista. IAHULA, 1990.
2. Willenegger H. Lavasept. Step'By Step to perfect Wound Management. Davos, 1989.
3. Willenegger H. on the omeback of tropical Antiseptics in Surgery. Vortrag lecture. Essen. Oct. 1990.
4. Kallenberger A, Willenegger H. Experimental investigations on tissue compatibility on Antiseptic. Hyg Med. 16: 383-395. 1991.
5. Korzinek K. War injuries of the extremities. Department of Orthopedics, Unfallchirurg, 1993; 96: 242-247.
6. Ochsner P, Psister A. Experiences with closed irrigation - succión drainage and simultaneous administration of an antiseptics. Orthopadische Klinik, 1993; 96: 332-340.
7. Baltzer K, Roth B. Preliminary treatment of the recipient site and healing of open spongiosa trasplant in post-traumatic osteitis. Helv-Chir-Acta, 1989; 56: 571-572.
8. Baltzer K, Roth B. Preventive intraoperative irrigation in wound management with Lasept. Report of experiences with 1.610 cases. Chirurgische Abteilung Bezierrksspital Wattenwil. Z Unfallchir. Versicherungsmed, 1990; 83: 224-226.
9. Werner H. Microbicidal effectiveness of selected antiseptic, 1992; 17: 51-59.
10. Dietmar H. Manual de Cirugía Terapéutica. Cap. 21.