

Estudio del aceite de rosa mosqueta en cicatrices postquirúrgicas

Mónica Cañellas¹, Núria Espada¹, Jose Manuel Ogalla^{1,2}

¹Diplomado en Podología, Licenciado en Podología CESPU, Master en Podología Quirúrgica.

²Profesor Titular, Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Centre Podològic Barcelona

Gran Via de les Corts Catalanes, 1148, local.

08020 Barcelona

E-mail: nuriesma@hotmail.com

Resumen

Este trabajo trata sobre el estudio original del aceite rosa mosqueta (en adelante ARM) en cicatrices posquirúrgicas. Nuestra intención es saber como actúa dicho aceite en el proceso de cicatrización desde el momento de la intervención quirúrgica hasta el alta de la misma.

Se presentan 50 casos clínicos finalizados que se han considerado interesantes tanto por sus técnicas quirúrgicas como por su evolución postoperatoria. Se concluye que el aceite de rosa mosqueta mejora el proceso de cicatrización dejando una cicatriz mínima pero no acelerando dicho proceso. El aceite de rosa mosqueta puro no es estable en el tiempo, en cambio el refinado sí que lo es.

Palabras clave: Aceite de rosa mosqueta. Cicatriz posquirúrgica. Refinado. Puro.

Introducción

La aplicación de aceite de rosa mosqueta con tratamiento continuado en las cicatrices posquirúrgicas consigue una excelente regeneración de los tejidos. Por este motivo, nos formulamos las siguientes preguntas:

- ¿Cómo influye el ARM en la cicatrices posquirúrgicas podológicas?
- ¿Qué resultado obtendríamos si aplicamos el ARM justo en el momento de la intervención quirúrgica?

Summary

This work treats on the original study about the rose hip oil (in ahead ARM) in postsurgical scars. Our intention is to know as this ARM in the process acts of healing from the moment of the operation to the discharge of the same one. 50 clinical cases finalized that appear they have been considered interesting as much by his surgical techniques as by his postoperating evolution. One concludes that the oil of mosqueta rose improves the healing process leaving a minimum scar but not accelerating this process.

The pure rose hip oil is not stable in the time, however the rose hip oil refined one yes that is it.

Key words: Rose hip oil. Post-surgical scars. Refined. Pure.

- ¿Qué tipo de ARM va a ser útil?

Partiendo de dichas preguntas se ha creado un estudio sobre la aplicación tópica del ARM en heridas posquirúrgicas.

Hemos elaborado también un estudio comparativo de la eficacia del ARM según éste sea puro o refinado.

El objetivo del presente estudio es, por una parte, estudiar el efecto del ARM en las heridas posquirúrgicas (donde se valora el tiempo de cicatrización y si se produce mejoría) y, por otra

parte, comparar la eficacia del ARM según sea puro o refinado.

Material y métodos

Antes de iniciar el estudio, fue necesario hacer una revisión bibliográfica sobre el ARM. Para entender mejor el funcionamiento de este aceite se explica a continuación su procedencia y composición química. También expondremos el método y material utilizados para dicho estudio.

El ARM es un aceite vegetal (Figura 1), que se obtiene del fruto de la Rosa Rubiginosa, un arbusto que crece en la cordillera de los Andes, al sur de Chile.

La importancia de este aceite proviene de su composición, que es muy rica en ácidos grasos esenciales. Los más destacables son el Linoléico y Linolénico.

Los ácidos grasos esenciales (en adelante AGE), son aquellos que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la (dieta) alimentación. Son muchas e importantes las funciones de estos ácidos grasos, entre ellas destacamos:

- Síntesis de prostaglandinas y leucotrienos, que están implicados en los fenómenos de inmunidad e inflamación.
- Acción antiagregante plaquetaria y vasodilatadora.
- Influencia importante en la permeabilidad de la barrera epidérmica. Hay estudios que demuestran en ratas, que la falta de AGE da una pérdida transepidérmica de agua de 5 a

10 veces mayor de lo habitual, la aplicación tópica de éstos mejora.

- Destacamos también como influyen en los fenómenos de cicatrización de las heridas. Otro estudio con ratas afectadas de úlceras demuestra que éstas tardan mucho en cicatrizar y que producen un epitelio de peor calidad. La aplicación tópica de AGE mejora la epitelización.

Método

Para llevar a cabo los objetivos marcados se ha creado un protocolo de aplicación del fármaco. Se administra de forma aleatoria uno de estos cuatro productos:

- Rosa Mosqueta, proporcionada por los laboratorios OTC.
- Rosa Mosqueta pura.
- Rosa Mosqueta refinada.
- Placebo, proporcionado por los laboratorios OTC.

Para cumplir los objetivos de este trabajo hemos creado un estudio sobre la aplicación tópica del ARM en heridas posquirúrgicas.

Para realizar nuestro estudio se parte de una muestra de 50 pacientes a los que se practica cirugía podológica.

Como grupo control hemos elegido pacientes de edades similares a los que se les ha realizado la misma técnica quirúrgica.

Los pacientes fueron tratados con las mismas pautas de curas: en el momento quirúrgico aplicación de povidona yodada con memolín® y vendaje funcional con gasas estériles.

A las cuarenta y ocho horas (excepto en los casos de HAV que se aplicó a la semana), se inició el tratamiento de forma aleatoria con uno de los cuatro aceites que les fue entregado para realizar curas diarias cada doce horas, previo lavado de la herida con suero fisiológico y secado exhaustivo.

Los criterios de exclusión fueron que el paciente no pudiera seguir el protocolo de curas establecido.

Cabe destacar que el inicio del estudio se realizó la aplicación de aceite de rosa mosqueta en el mismo momento de la intervención sobre la herida quirúrgica (con puntos de sutura o bien tiras de aproximación) y se colocó posteriormente vendaje posquirúrgico. Observamos tras la primera cura una gran maceración en la zona. Por este motivo iniciamos un nuevo estudio con la aplicación del aceite de rosa mosqueta a las 48h de la intervención y, en el caso de las cirugías de HAV, a la semana.



Figura 1. Flor del Arbusto ARM

Material

Para realizar este estudio se crea el siguiente protocolo de trabajo:

- Hoja de información para el participante.
- Hoja de consentimiento por parte del paciente.
- Hoja de información destinada al podólogo.
- Ficha control del paciente.
- Protocolo de aplicación tópica del ARM.

Estas hojas se crearon según el BOE mayo 2003. Como material destacamos las ampollas de tratamiento A, B, C y D.

Resultados obtenidos

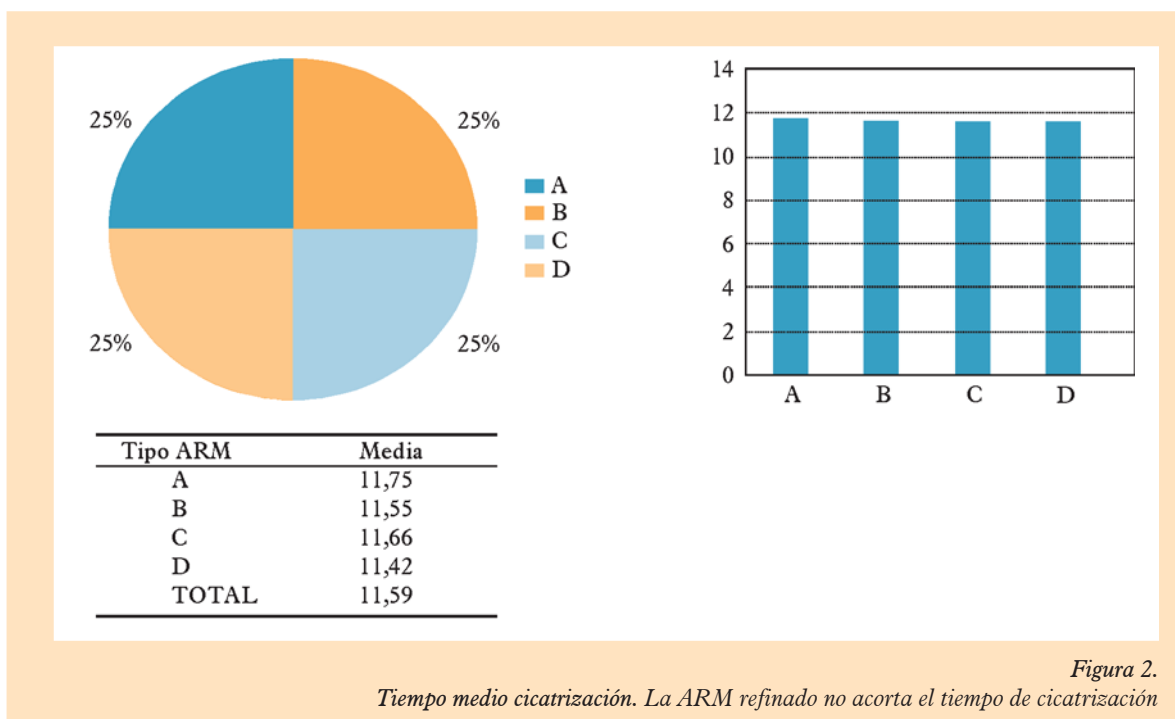
Los 50 pacientes que fueron sometidos a cirugía podológica, se les aplicó tratamiento posquirúrgico con ARM.

Se seleccionaron pacientes de igual patología, que fueran tratados con la misma técnica quirúrgica, el mismo post operatorio y que tuvieran la misma edad.

Las patologías incluidas en el estudio son 23 onicocriptosis (técnica fenol modificado con téc. Ogalla), 4 tenotomías (técnica miss), 4 verrugas plantares, 2 HAV (incisión de la piel dorso medial) y 5 exostosis subungueales.

Por grupos de edad clasificamos los pacientes en 4 categorías: de 10 a 20 años, de 20 a 40 años, de 40 a 65 años y más de 65 años.

- De las 23 onicocriptosis:
 - 5 son pacientes entre los 10 a 20 años, de ellos: 2 fueron tratados con ARM tipo A, 1 con ARM tipo B, 1 con ARM tipo C y 1 con ARM tipo D. Los resultados valorados tanto por el podólogo como por el paciente fueron satisfactorios en todos los casos. El tiempo de cicatrización varió entre los 7 y los 10 días. Como resultado, se obtuvo una epitelización rápida y una cicatriz casi inapreciable.
 - 13 son pacientes entre los 20 y los 40 años, de ellos: 2 con ARM tipo A, 6 con ARM tipo B, 2 con ARM tipo C, 3 con ARM tipo D. Los resultados obtenidos con el ARM tipo B y C fueron los más satisfactorios. Destacamos que un paciente tratado con ARM tipo D se quejó de picor en la zona de la aplicación.
 - 3 pacientes de 40 a 65 años, de ellos: 2 con ARM tipo B y 1 con ARM tipo D. El paciente tratado con ARM tipo D sufrió picores en la zona de aplicación. Al cabo de 6 días de la aplicación el aceite había cambiado de olor y aspecto. 2 pacientes de más de 65 años



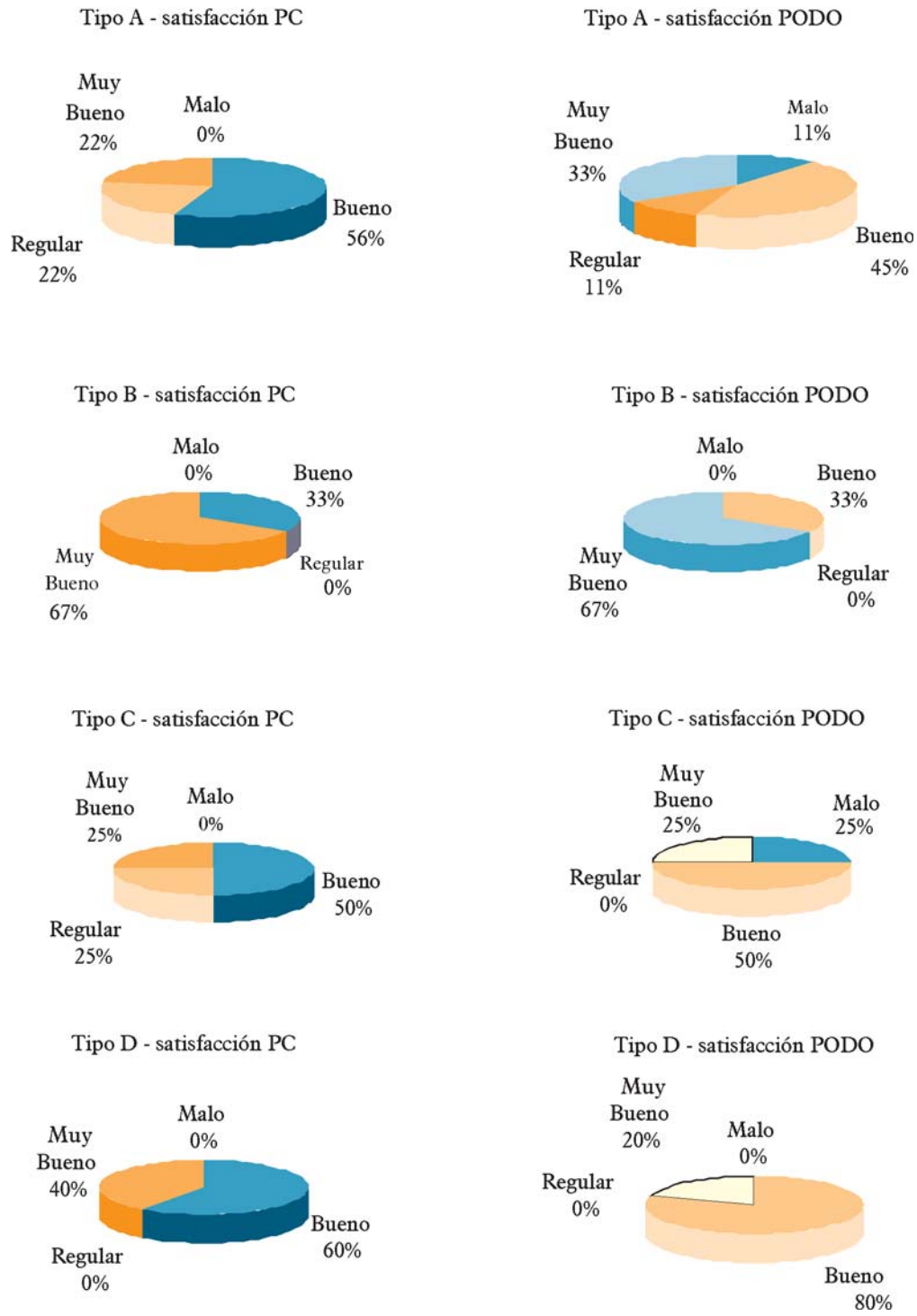


Figura 3. Comparativa tipos ARM. Satisfacción del paciente vs satisfacción del podólogo con la cicatriz. La aplicación de ARM refinado mejora el proceso de cicatrización, consiguiendo una cicatriz mínima

tratados con el ARM tipo D. No presentaron ninguna incidencia aunque se apreció cambio de olor y aspecto en el aceite.

- De las tenotomías realizadas 1 se trató con ARM tipo A (20-40 años), 2 con ARM tipo B (40 -65 años) y 1 con ARM tipo C (más de 65 años). Los mejores resultados los obtuvimos con el ARM tipo B y C. Observamos que el tipo D continuaba no siendo estable, ya que cambiaba de olor y aspecto. El tiempo de cicatrización osciló entre 5 a 7 días.
- De las verrugas plantares, 2 fueron tratadas con ARM tipo A (20-40 años) y 2 con ARM tipo D (40 a 65 años). Las cicatrices de tipo A eran mucho más visibles con respecto a las tratadas con el tipo D. El ARM tipo D continúa no siendo estable en el tiempo y presenta cambio de olor y aspecto. El tiempo de cicatrización fue de 12 a 15 días.
- Los 2 pacientes operados de HAV fueron tratados con ARM de tipo B, la cicatrización fue correcta y casi inapreciable. El tiempo de cicatrización es entre 18 a 25 días.
- Las 5 exostosis fueron tratadas 2 con ARM tipo A (20-40 años), 2 ARM tipo B (40-65

años) y 1 tipo D (más de 65 años). En una de las dos exostosis tratadas con ARM tipo A, la cicatriz es mucho más visible con respecto a la otra. Las cicatrices posquirúrgicas tratadas con tipo B son mucho menos apreciables con respecto a las tratadas con tipo A y D. El tiempo de cicatrización estuvo entre 7 y 10 días.

Se retiraron del estudio doce pacientes que no siguieron el protocolo de curas establecido.

Conclusiones

- La aplicación de la ARM refinado desde el mismo momento posquirúrgico no es aconsejable ya que provoca un exceso de maceración.
- La ARM refinado no acorta el tiempo de cicatrización (Figura 2).
- La aplicación de ARM refinado mejora el proceso de cicatrización, consiguiendo una cicatriz mínima (Figura 3).
- EL ARM puro no es estable en el tiempo produciendo cambio de coloración y olor.
- El ARM refinado es estable en el tiempo.

Bibliografía recomendada

Soto G. *Caracterización del aceite crudo de semilla de rosa mosqueta*. Tesis doctoral. Universidad de Concepción.

Valladares J, Palma M, Sandoval C, Carvajal F. Crema de aceite de semilla de mosqueta. *Real Acad. Farm.* 51;397-412.

Valladares J, Lobos, y Carvajal F. Aplicación de Rosa Mosqueta en cicatrices inestéticas. 7º Congreso latino-americano e ibérico de Químicos Cosméticos, Brasil 1985.

El ácido gammalínolénico ayuda a corregir el eczema. *PM N^a* 1721 Jan 1990.

Moreno Gimenez JC, Bueno J, Navas J, Camacho F. Tratamiento de las úlceras cutáneas con aceite de rosa de mosqueta." *Med.cutI.* L.A. vol XVIII/1990;63-6.

Arancibina, C. Henriques, E. Fernandez. " Estudio del efecto despigmentador del aceite de Rosa Mosqueta sobre la mesalina" *INTERFAT. NCP* 196 Pág. 19-30.

BOE, mayo 2003

Información facilitada por los laboratorios OTC.