

“Diseño de protocolo para el uso de vendaje compresivo en pacientes con úlcera venosa de extremidades inferiores en Atención Primaria”

“Protocol design for the use of compression bandage in patients with lower extremity venous ulcer in Primary Care”

José Ignacio Contreras, Cristóbal Saldías, Francoise Servanti, Patricia León, Dra. Philippa Moore†

Resumen

Las úlceras de extremidades inferiores afectan al 1% de los chilenos, teniendo 70% etiología venosa. Las úlceras venosas (UV) son heridas complejas que tienden a cronificarse implicando un elevado costo económico y social. Al Centro de Salud Familiar (CESFAM) San Alberto Hurtado (SAH) asiste un número indeterminado de pacientes con UV y desde 2016 que se cuenta con vendaje compresivo para su tratamiento, pero no existe un protocolo de manejo de estos pacientes.

Objetivos: Diseñar un protocolo basado en la evidencia de uso de vendaje compresivo en pacientes con UV en extremidades inferiores en un centro de atención primaria en salud (APS).

Materiales y Métodos: Revisión de la literatura sobre el diagnóstico y terapia compresiva en pacientes con UV. Entrevista con el equipo a cargo de la atención de pacientes para conocer su percepción de la atención actual, recursos disponibles y desafíos en la atención.

Resultados: La literatura apoya la evaluación médica inicial para diagnóstico, manejar comorbilidades, descartar compromiso arterial e indicar terapia compresiva. Se seleccionaron 5 revisiones sistemáticas atinentes, ellas concluyen que la compresión es efectiva en lograr curación y disminuir recurrencia de las UV, pero no existe consenso sobre cuál técnica es de elección. No se logró determinar exactamente la población objetivo debido a la heterogeneidad del registro. En CESFAM SAH sólo se cuenta con vendaje compresivo Sure-Press.

Conclusiones: En la práctica no se cuenta con los recursos evaluados por la evidencia, por lo que las conclusiones de ésta se deben extrapolar para realizar un manejo adecuado a la realidad local. En las atenciones es importante descartar infección, instalar vendaje y evaluar adherencia. Es necesario uniformizar el registro de las atenciones para caracterizar a la población afectada y poder medir la efectividad de la implementación de vendaje compresivo en APS.

Palabras Clave

úlceras varicosas, vendajes de compresión, atención primaria de salud

Abstract

Lower extremity ulcers affect 1% of the population in Chile, and 70% of ulcers are of venous aetiology. Venous ulcers (UV) are complex wounds that tend to become chronic implying high economic and social cost. At the Primary Care Centre San Alberto Hurtado (SAH) an indeterminate number of patients with UV are seen, and since 2016 compression bandages are used for their treatment without any protocol for the management of these patients.

Objective: To design an evidence-based protocol for management of patients with UV of lower extremities using a compressive bandage at a primary health care (PHC) center.

Material and Methods: Review of the literature on diagnosis and compression therapy in patients with UV. Interview with the medical staff in charge of these patients to assess the current situation, resources, and challenges.

Results: The literature supports an initial evaluation by a physician to define the diagnosis, to manage comorbidities, to assess arterial involvement and to indicate compression therapy. A total of 5 systematic reviews were selected; all concluded

that compression therapy is effective in healing and decreasing UV recurrence, but we found no consensus as to which technique is most effective. It wasn't possible to determine the exact target population due to the heterogeneity of registry. Only Sure-Press compression bandages are available at this primary care centre.

Conclusions: Frequently, in primary care there are no resources as in those evaluated in literature, so results must be interpreted according to the resources at hand and management of these patients must be suited to the local reality. When evaluating these patients, it is important to rule out infection, to install compression bandage and to evaluate adherence. It is necessary to standardize the registry to define the target population so that the effectiveness of the implementation of compressive bandage in PHC can be measured.

Keywords

varicose ulcer, compression bandages, primary health care

1. Introducción

Según estimaciones nacionales, en Chile 159.303 personas presentan úlceras en extremidades inferiores (EEII), lo que corresponde aproximadamente un 1% de la población chilena.

De éstas, el 70% son de etiología venosa, de las cuales 33% están activas (Tipo 2 a 4).^{1,2} Una úlcera venosa (UV) es una solución de continuidad de la piel secundaria a insuficiencia venosa crónica (IVC). El mal funcionamiento valvular provoca reflujo sanguíneo e hipertensión venosa con aumento de la permeabilidad tisular, permitiendo que fluidos, proteínas y células sanguíneas migren a los tejidos provocando cambios conocidos como lipodermatoesclerosis. Con esto se reduce el aporte de nutrientes y oxígeno a la piel causando hipoxia y muerte del tejido cutáneo formándose la UV.³ La Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) clasifica las UV en 4 tipos basados en profundidad, tamaño, exudado, esfacelo y riesgo de infección. Las UV son tres veces más frecuentes en mujeres y su prevalencia aumenta significativamente con la edad, presentando su peak entre los 60 y 80 años. Sin embargo, debemos considerar que 22% de los pacientes tienen su primer episodio antes de los 40 años.⁴ En cuanto al pronóstico global de esta patología sólo el 50% de las úlceras se curan después de 4 meses, 20% permanecen abiertas luego de 2 años y 8% a los 8 años. Considerando su alta prevalencia y pronóstico, los costos del tratamiento de las UV pueden ser extremadamente altos, existiendo costos directos, que incluyen los gastos por drogas, apósitos, vendas y atención médica; y los costos indirectos, que comprenden la pérdida de productividad, disminución en la calidad de vida, aislamiento social y depresión.⁵ Los costos anuales de la IVC se estiman

en más de 1000 millones de dólares en EEUU, y representan el 1.5-2% del presupuesto en salud pública de países europeos. El tratamiento de la UV en Chile se realiza principalmente en APS y consiste en curaciones periódicas, compresión con venda tradicional y reposo relativo/absoluto. Considerando la situación económica general de APS, el reposo estricto y la compra de vendas o medias elásticas es difícil de costear, a menos que sean facilitadas por el Estado. Esto prolonga excesivamente el período de curación de la UV lo que conduce finalmente a abandono del tratamiento.¹

Actualmente en el CESFAM San Alberto (SAH) existe una población de pacientes con UV en EEII que asiste a curaciones periódicas con baja tasa de resolución, implicando costo permanente para el centro de salud. Desde el año 2016 CESFAM SAH cuenta con vendaje compresivo, pero no existe un protocolo de manejo de estos pacientes ni de implementación del vendaje compresivo. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es diseñar un protocolo de uso de terapia compresiva en pacientes con UV en EEII basado en evidencia y adaptado a los recursos disponibles en un CESFAM.

2. Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda de evidencia en los sitios Epistemonikos, Google Scholar y PubMed entre las fechas 27 de febrero y 17 de marzo de 2017. Se utilizaron los términos de búsqueda según sitio: Úlcera venosa y compresión; y MESH: [VENDAJE] AND/OR [COMPRESION] AND/OR [ÚLCERA VENOSA] o sus respectivos términos de búsqueda en inglés según el buscador. De la evidencia disponible se seleccionaron aquellos artículos que evaluaran directa

o indirectamente la efectividad del uso de compresión y/o vendaje compresivo en el tratamiento de UV, y se eligieron finalmente aquellos que fueron publicados entre los años 2009 y 2014 y que incluían sólo estudios clínicos randomizados (ECR). A través de contacto con la Unidad de Gestión e Informática (UGI) se obtuvo registros de fichas clínicas (episodios) disponibles en el sistema computacional del CESFAM (OMI), y a través del equipo de compras de insumos y materiales del SAH se obtuvo la lista de compras realizadas para el mes de marzo 2017. Además, se entrevistó a la enfermera y personal técnicos (TENS) encargados del manejo de heridas.

3. Resultados

3.1 Evaluación inicial de pacientes con úlcera venosa en extremidades inferiores

En las recomendaciones nacionales e internacionales destaca la concordancia en relación a la labor del médico en el primer enfrentamiento a estos pacientes. Los pacientes con sospecha de UV deben ser evaluados por un médico con el objetivo de realizar el diagnóstico, descartar enfermedad arterial oclusiva (EAO) de la extremidad afectada y manejar las comorbilidades del paciente. El diagnóstico de UV es principalmente clínico, teniendo en cuenta algunos de los signos y síntomas clásicos como: ubicación perimaleolar, bordes irregulares, edema de EEII, lipodermatoesclerosis, dilataciones varicosas. Pese a lo anterior, un 10% de los pacientes con UV y estigmas clínicos de IVC presentan además EAO de la extremidad afectada,⁴ lo cual es particularmente importante al evaluar la indicación de terapia compresiva. Los hallazgos clínicos que pueden orientar la presencia de EAO están descritos en la literatura médica, tales son: ausencia y/o disminución de los pulsos periféricos, disminución de temperatura en EEII, palidez con la elevación de la extremidad, úlceras profundas con bordes bien delimitadas, historia de claudicación intermitente. Existen pocos estudios que evalúen el valor predictivo de estos elementos para el diagnóstico de EAO. Una revisión sistemática concluyó que en pacientes asintomáticos los mejores signos clínicos para el diagnóstico de EAO son la presencia de claudicación (LR 3.3), soplo femoral

(LR 4.8) o alteración de pulsos periféricos (LR 3.10). También concluye que la combinación de hallazgos al examen físico no aumenta la probabilidad de EAO en comparación con los signos clínicos aislados, y que estos deben ser utilizados de acuerdo a la probabilidad pre-test, siendo insuficientes para el diagnóstico o descarte de EAO de forma aislada.⁶

El estudio de la EAO se realiza mediante exámenes funcionales y exámenes anatómicos, estos últimos son resorte del especialista en patología vascular y se reservan para aquellos pacientes con exámenes funcionales notablemente alterados y/o candidatos a resolución quirúrgica. Dentro de los estudios funcionales destaca el Índice Tobillo Brazo (ITB), que es la relación entre la presión arterial a nivel maleolar y en el brazo. Este es un examen sencillo que eventualmente puede ser realizada en APS, requiriendo un eco-doppler, un manguito para la toma de presión arterial y personal capacitado. Un ITB > 0,8 se considera normal con indemnidad de la perfusión arterial, por lo que el paciente puede manejarse en un centro de APS para manejo compresivo de la UV. Un ITB entre 0,5-0,79 indica EAO leve, pudiéndose utilizar terapia compresiva de baja presión para el tratamiento de las UV. Por el contrario, un ITB < 0,5 indica EAO moderado-severo y por tanto contraindica el uso de terapia compresiva.⁷ Hasta el momento no existe implementación sistemática de la medición de ITB en APS, y en la situación particular del CESFAM SAH no existen los implementos necesarios ni personal capacitado para realizar el examen. La FINH recomienda que frente a la sospecha de EAO se debe derivar al paciente a cirujano general o vascular para objetivar el grado de enfermedad y determinar la eventual necesidad de resolución quirúrgica.

3.2 Tratamiento de pacientes con úlcera venosa

El tratamiento de los pacientes con UV se divide en aquel orientado a la curación avanzada y el tratamiento específico de la insuficiencia venosa crónica, que puede ser farmacológico, terapia compresiva o quirúrgico. La curación avanzada se basa en la limpieza de la úlcera con solución fisiológica y luego cobertura con apósito interactivo, bioactivo o mixto. La frecuencia de las curaciones depende del estado de la UV y de los

apósitos disponibles, por lo cual idealmente se deben utilizar apósitos de larga duración que permitan realizar curaciones una vez a la semana.⁸

El tratamiento farmacológico se basa en el uso de flavonoides, cuya efectividad fue evaluada en una revisión sistemática Cochrane que concluye que, si bien existen estudios que han mostrado beneficio en la tasa de curación de UV versus placebo, estos estudios son de mala calidad metodológica y con alto riesgo de sesgo de publicación.⁹ No se identificaron estudios que comparen efectividad de terapia farmacológico versus terapia compresiva.

Con respecto a la terapia compresiva, existen sistemas compresivos pasivos y activos. Los sistemas de compresión pasiva son inelásticos y actúan de forma rígida, impidiendo la expansión de la musculatura de la pantorrilla, ejerciendo su acción al hacer uso de la bomba muscular de la extremidad. Por su parte, los sistemas de compresión activos se basan en materiales elásticos que permiten ejercer presión continua tanto en actividad como en reposo, entre ellos se encuentran: vendajes elásticos de una capa o multicapa, medias compresivas y compresión neumática intermitente. Se identificaron cinco revisiones sistemáticas publicadas en el periodo entre 2009 y 2014 que incluyeron solamente estudios ECR. En la Tabla 1 se puede observar un resumen de las revisiones sistemáticas seleccionadas y sus conclusiones individuales.¹⁰⁻¹⁴ La mayoría de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas reportaron riesgo de sesgo alto o desconocido, y en sus poblaciones todos excluyeron a aquellos pacientes con enfermedad arterial definida por examen físico y/o ITB, y con comorbilidades como Diabetes Mellitus mal controlada, insuficiencia cardíaca, enfermedades autoinmunes y neuropatía periférica, entre otras. Las intervenciones varían en el sistema compresivo, pero concuerdan en catalogar como sistemas de alta presión a aquellos que ejercen 30 a 40 mmHg a altura de tobillo, y de presión baja o media a los que ejercen 20-25 mmHg. Las 5 revisiones concluyen que la terapia compresiva es efectiva para el tratamiento de las UV en EEII, y que independiente del método compresivo se logran resultados favorables en tasas de curación versus placebo. Los sistemas

compresivos con componentes elásticos son más efectivos que aquellos con componentes inelásticos, y los de múltiples capas tienden a presentar mayores tasas de curación y más precoces que los de una sola capa. Una revisión concluyó que la recurrencia de las UV a los 3 años sería menor al usar medias con sistemas de alta presión (30-40 mmHg) versus sistemas de presión moderada (25 mmHg).¹¹

3.3 Caracterización de la población con úlcera venosa correspondientes al CESFAM SAH

A partir de la información rescatada por la Unidad de Gestión Informática, se registran a la fecha 22.962 pacientes inscritos, de los cuales 138 asistieron al CESFAM SAH para curación de úlceras en EEII de cualquier tipo en el período entre marzo 2016 y febrero 2017. De ellos un 24.6% estaba registrado como paciente con UV, el 49.3% con pie diabético, 6.5% con úlcera crónica o ulceración de piel y un 19.6% como otras úlceras (úlcera por presión y por decúbito). Además, se debe considerar que en estos registros hay pacientes diabéticos con UV que son identificados como pie diabético. Por lo tanto, dada la falta de estandarización en el registro de atenciones, surgen dificultades para precisar la población con UV. Considerando lo anterior, pudimos identificar que en el período entre enero y febrero 2017 hubo 5 pacientes con UV asistiendo a curaciones de forma periódica, con un promedio de 4.6 curaciones al mes.

3.4 Caracterización de los recursos correspondientes al CESFAM SAH

El CESFAM SAH cuenta a la fecha con 16 médicos para atención de población adulta, una enfermera encargada de la curación de úlceras en extremidades inferiores en pacientes diabéticos y 2 TENS dedicadas a curación de UV. Para curación avanzada de heridas se cuenta con apósitos que tienen una duración máxima de 72 horas. Para terapia compresiva de UV se ha logrado obtener el vendaje elástico Sure-Press a través de una petición mensual por la TENS dedicada a la curación de estos pacientes. El vendaje Sure-Press es un vendaje elástico compuesto por algodón, viscosa y lycra, con una línea central y dos indicadores rectangulares de extensión de

color amarillo, mide 10 cm x 3 mts, permite mantener una presión de 25-40 mmHg en el tobillo y está diseñado para ser instalado directamente sobre los apósitos de curación. Su instalación consiste en estirarlo hasta que los dos indicadores rectangulares de extensión tomen la forma de cuadrados (así el fabricante asegura una presión de 40 mmHg en tobillo), se arma en espiga desde el quinto orjejo del pie hasta 2 dedos bajo la rodilla y se fija con tela adhesiva en sus extremos superiores e inferiores. Durante el mes de marzo 2017 no hubo compras correspondientes al vendaje Sure-Press. A

la fecha de realización de este proyecto asistieron 5 personas a curaciones frecuentes de UV y se contaban 7 vendajes Sure-Press en stock del equipo de curaciones.

3.5 Creación del protocolo

A partir de la información obtenida, diseñamos tres protocolos: un protocolo para el paciente con úlcera venosa que consulta por primera vez (Fig. 1), un segundo para el paciente con úlcera que llega a curación (Fig. 2) y un último protocolo que sugiere un curso de acción según la adherencia al tratamiento (Fig. 3).

Autor	Publicación	Características	Resultado	Conclusiones
O'Meara et al, 2012 ¹⁰	Cochrane Database of Systematic Reviews	Objetivo: Todos los ERC disponibles que evalúan los efectos del vendaje y medias compresivas en úlceras venosas. ¿Es beneficiosa la compresión? ¿Qué sistema es más efectivo? Criterios inclusión: - Cualquier ERC que evalúe terapia compresiva para úlceras venosas. - Comparaciones con no compresión y otros tipos de compresión. - Deben reportar medidas de curación. Criterios exclusión: Aquellos que incluyeran úlceras de otras etiologías. ERC que comparan con terapias no compresivas. No hubo restricción en fecha, lenguaje o estado de publicación de los ERC.	48 ERC con 4321 participantes en total	<ul style="list-style-type: none"> La compresión aumenta la tasa de curación de úlceras venosas comparadas con no compresión a las 12 y 24 semanas. Sistemas de compresión con múltiples componentes son más efectivos que los sistemas de un componente único. Sistemas con múltiples componentes que contienen vendas elásticas tienden a mostrar mejor efectividad que aquellos compuestos con elementos inelásticos.
Amsler et al, 2009 ¹¹	American Venous Forum	Objetivo: Comparar sistemas compresivos para el tratamiento de úlceras venosas. Criterios inclusión: - ERC que compare medias compresivas con cualquier tipo de vendaje compresivo. Criterios exclusión: No se aplicó restricción por las características de las úlceras. Dentro los ERC se observaron los siguientes criterios de exclusión: úlceras no venosas, infección, ITB <0.8-0.9, DM, insuficiencia cardíaca, cáncer.	8 ERC con 692 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Existe una correlación directa entre tamaño de la úlcera y velocidad de curación independiente del método de compresión usado, con relativa poca influencia de otros factores potencialmente determinantes. 6 de 7 ERC mostraron mejor outcome con sistemas basados en medias compresivas (Tubulcus, Surepress Comfort Kit, Venotrain) que con vendajes compresivos, 1 ERC no mostró diferencia. La adherencia a tratamiento no fue evaluada en la mayoría de los estudios. No fueron evaluados las ventajas y desventajas de la instalación de los sistemas por parte del paciente (la mayoría fueron realizados por profesionales de centros de salud). Todos los ERC mostraban sesgo al ser todos en centros de tratamiento de úlceras venosas, donde el uso de vendaje es preferido frente al uso de medias ya que éstas se suelen usar para úlceras más pequeñas y que requerirán menos tiempo. En este sentido el sesgo habría beneficiado a los vendajes.

Mauck et al, 2014 ¹²	Journal of vascular surgery	<p>Objetivo: Determinar qué método compresivo es superior en promover curación de úlcera y disminución de recurrencia en pacientes con UV de EEII.</p> <p>Criterios inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudios que compararan medias compresivas con cualquier otro tipo de método compresivo. - Reportara al menos 1 de: curación de UV, tiempo a curación de UV, recurrencia de UV. <p>Criterios exclusión: Estudios que incluyeran úlceras de otras etiologías distinta a IVC o que tuvieran etiología mixta. Estudios que solo reportaran cambio en tamaño de UV.</p>	36 ERC y 2 Revisión sistemáticas de la Agrupación Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia compresiva es más efectiva que la no compresiva. - Existe evidencia de baja calidad con riesgo de sesgo moderado para la comparación entre los distintos tipos de compresión. - No se encontró diferencia significativa entre el uso de medias compresivas versus vendaje compresivo en relación a la curación de las úlceras ni tiempo a la curación. - Al comparar medias con Short-Stretch Bandage, las medias compresivas fueron más efectivas para la curación. - Al comparar sistemas de 4 capas con medias compresivas, no hubo diferencia significativa en la tasa de curación de las úlceras. - Al comparar sistemas de 4 capas con sistemas de menos capas, no hubo diferencia significativa en la tasa de curación de las úlceras. - Evidencia de baja calidad apoya el uso de compresión para evitar recurrencia de úlceras venosas.
Nelson et al, 2014 ¹³	Cochrane Database of Systematic Reviews	<p>Objetivo: Determinar si la terapia compresiva intermitente aumenta la curación de UV. Determinar los efectos de la compresión intermitente en calidad de vida de pacientes con UV.</p> <p>Criterios inclusión: ERC con bajo riesgo de sesgo y con adecuada randomización, que comparan efectos de compresión intermitente con terapias sin compresión intermitente, o que hicieran comparaciones entre regímenes de compresión intermitente.</p> <p>Criterios exclusión: No randomizados, úlceras de otra etiología o etiología mixta.</p>	9 ERC con 489 pacientes en total	<ul style="list-style-type: none"> - La compresión neumática intermitente mejora tasas de curación de úlcera venosa versus no compresión. - Existe evidencia de baja calidad que la compresión neumática añadida a compresión estándar podría ser beneficiosa. - No existen diferencias entre los regímenes de compresión neumática intermitente en relación a curación de úlceras venosas, no existe tampoco un régimen que sea considerado óptimo. - Existe evidencia de baja calidad que la compresión neumática intermitente acortaría el tiempo hacia la curación de la úlcera. - Existe evidencia que el uso de compresión neumática intermitente disminuye los scores de dolor.
Nelson et al, 2014 ¹⁴	Cochrane Database of Systematic Reviews	<p>Objetivo: Evaluar el efecto de compresión en prevención de recurrencia de UV. Determinar si existen recomendaciones en niveles de compresión, tipo o marca para prevención de recurrencia de UV.</p> <p>Criterios inclusión: ERC que evaluaran vendaje compresivo o medias compresivas para la prevención de recurrencia de UV.</p> <p>Criterios exclusión: Estudios que incluyeran compresión neumática intermitente.</p>	4 ERC con 979 participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Existe evidencia de más de un ERC que la compresión reduce las tasas de re-ulceración de extremidades inferiores versus no compresión. - La recurrencia es menor en sistemas de alta presión (30-40 mmHg) versus sistemas de presión moderada (25 mmHg) a los 3 años. - No existe evidencia suficiente para orientar la selección de los distintos tipos, marcas y largos de compresión.

Tabla 1. . Resumen de las revisiones sistemáticas seleccionadas sobre tratamiento compresivo de úlceras venosas.

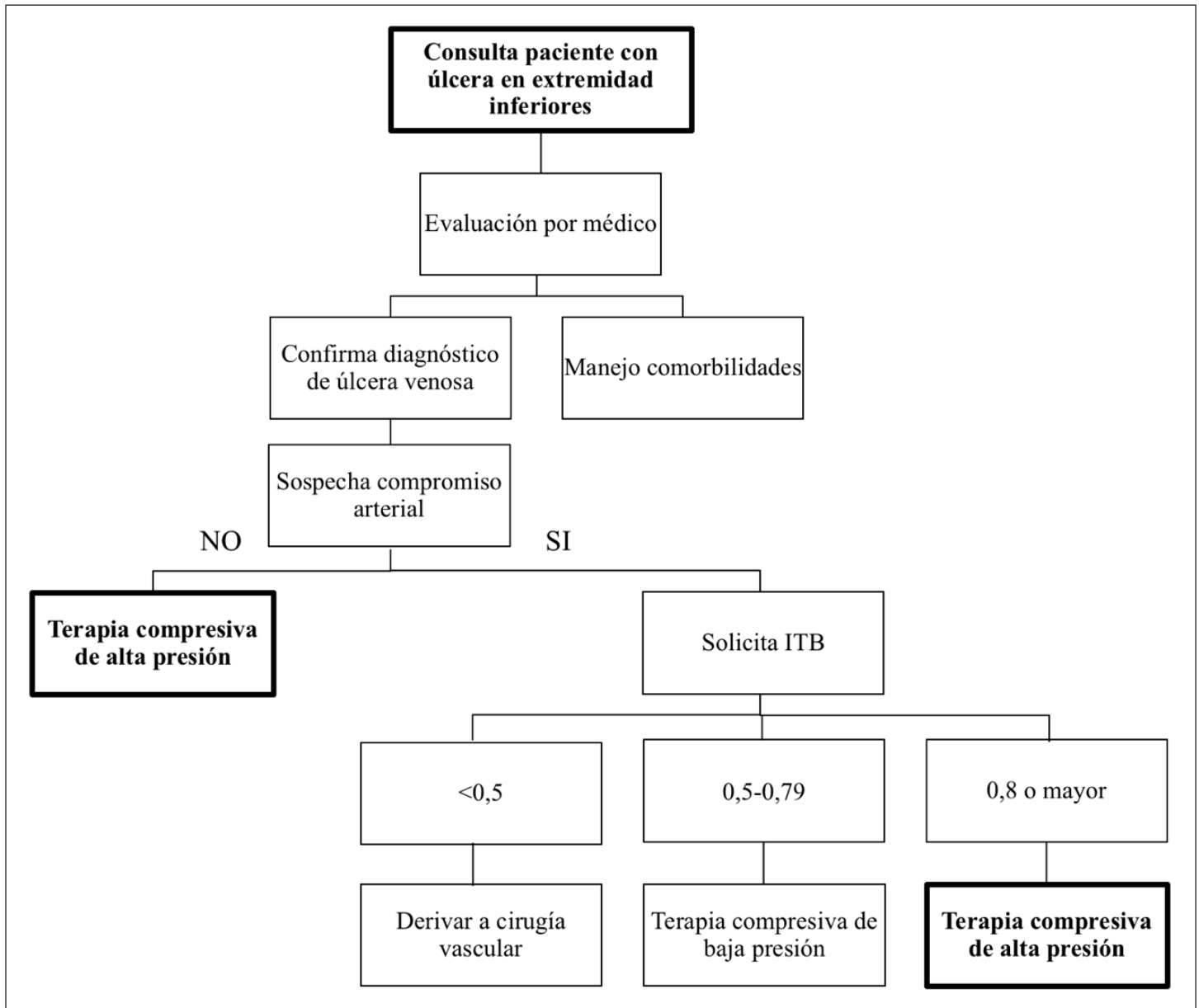


Figura 1. Consulta paciente con úlcera en extremidades inferiores.

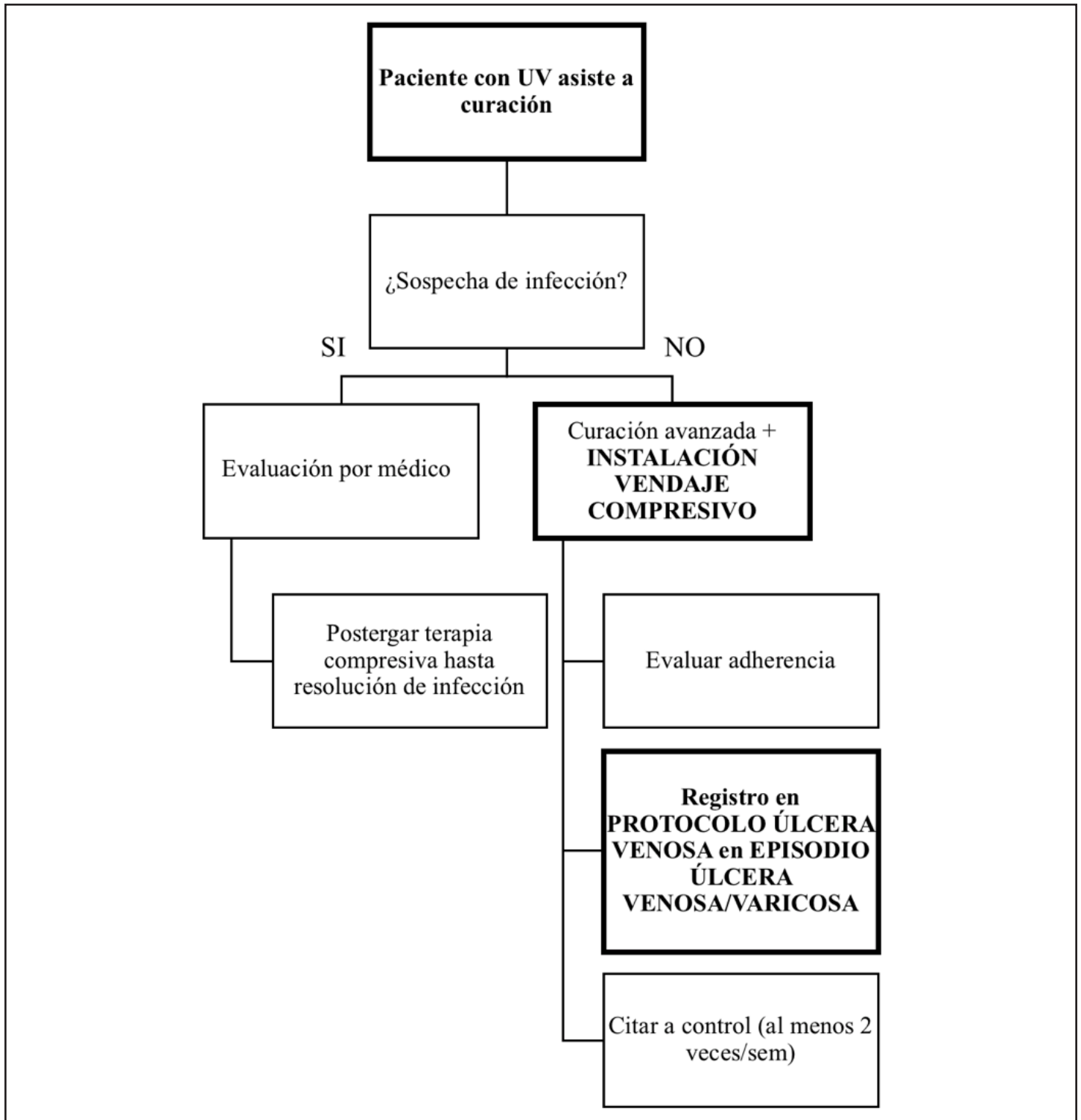


Figura 2. Paciente con úlcera venosa asiste a curación.

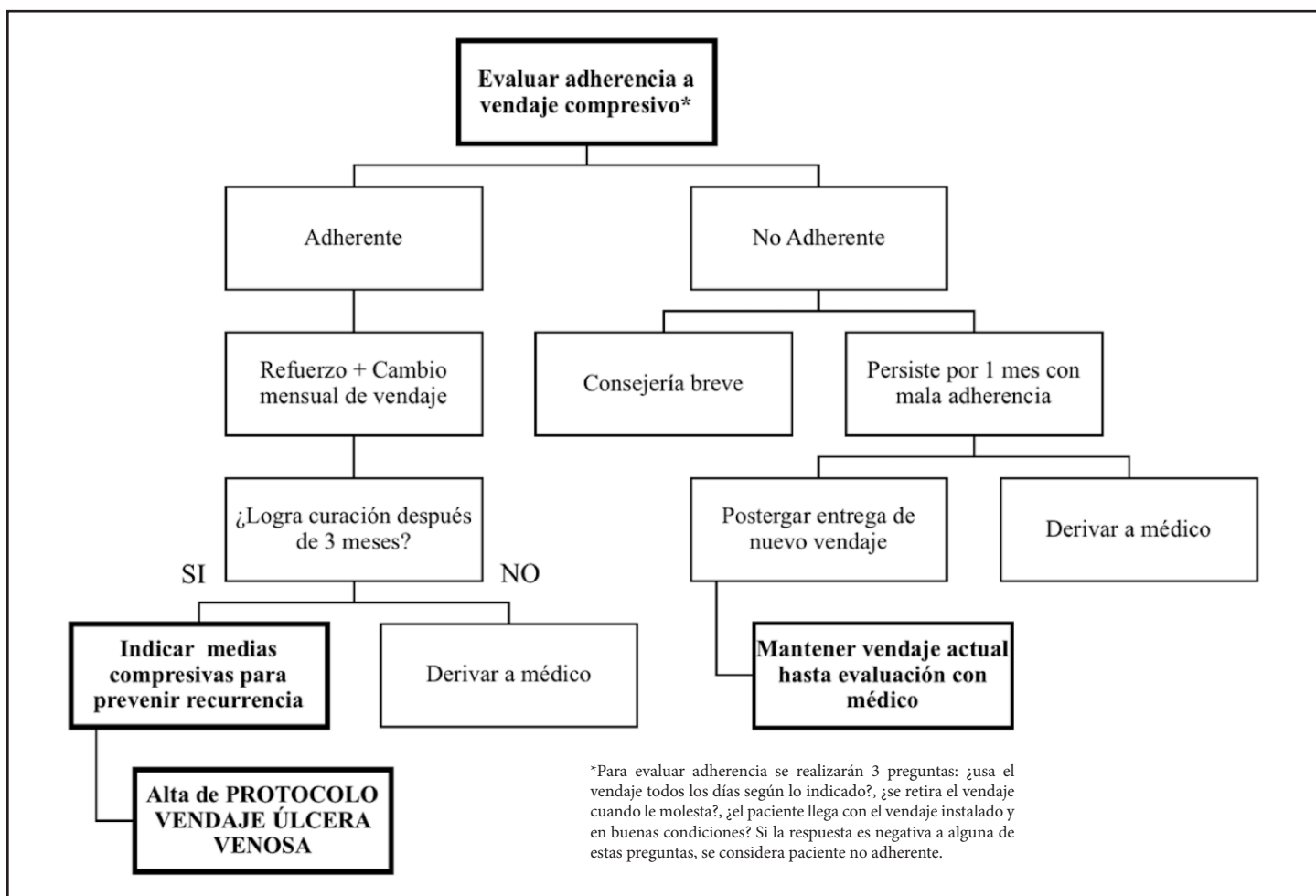


Figura 3. Evaluar adherencia a vendaje compresivo.

3.5.1 Cuando llega un paciente con una úlcera de EEII por primera vez:

Dado que la terapia compresiva puede tener efectos adversos severos en caso de contraindicaciones (como EAO), o resultar poco efectiva en caso de comorbilidades descompensadas, proponemos que todo paciente con úlcera en extremidad inferior debe tener una evaluación médica inicial para diagnóstico, indicación de terapia compresiva y manejo de comorbilidades. Es de vital importancia descartar compromiso arterial de la extremidad y ante la sospecha solicitar un ITB. Aquellos pacientes que son diabéticos pueden ser derivados a atención secundaria, ya que entrarían al protocolo de referencia y contrarreferencia para pacientes con úlcera en pie diabético, entrando en

el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), con garantía de atención dentro de 90 días desde la derivación. Según los valores del ITB los pacientes podrán optar a terapia compresiva de baja o alta presión, o tendrán contraindicación de terapia compresiva. Si el paciente no tiene compromiso arterial de extremidades se indicará inmediatamente terapia compresiva de alta presión correspondiente al vendaje disponible Sure-Press. No se lograron identificar estudios que evaluaran la efectividad específica de la terapia compresiva con vendaje Sure-Press, pero dado que el fabricante asegura una presión ejercida de 40 mmHg, éste funcionaría como un sistema monocapa de alta presión al ser utilizada con 100% de estiramiento, y de baja presión si se usa al 50%.

3.5.2 Cuando llega un paciente con UV a curación:

Cuando llega un paciente con UV a curación, lo primero que debe hacer el técnico o enfermera es descubrir y caracterizar la herida. Si sospecha infección, deberá solicitar evaluación por médico de policlínico de choque, quien determinará el manejo definitivo. En caso de infección, la terapia compresiva está contraindicada y será reiniciada al resolverse el cuadro infeccioso. Si la úlcera no impresiona infectada, se realizará curación avanzada e instalación de vendaje según la técnica ya descrita (Fig. 2). Considerando que los apósitos disponibles en CESFAM tienen una duración máxima de 72 horas, el paciente deberá ser citado a curación al menos 2 veces por semana. Aunque la literatura médica sugiere que un mismo vendaje debe ser usado por un tiempo máximo de una semana, la experiencia en CESFAM SAH es que se puede utilizar por hasta 4 semanas, sin perder su capacidad compresiva. Éste debe usarse las 24 horas del día y no puede mojarse. Si el paciente presenta mala tolerancia a la compresión, se sugiere reposo relativo, poner los pies en alto cada una hora, uso de compresas frías y por último realizar un corte de 5 cm a ambos lados del vendaje, tras lo cual no podrá ser utilizado en la próxima sesión.

3.5.3 Manejo de paciente con UV según adherencia a tratamiento:

La adherencia al vendaje es un aspecto muy importante a evaluar en estos pacientes, para lo cual se proponen 3 preguntas (Fig. 3). En caso de atender a un paciente no adherente, el encargado de la curación debe realizar consejería breve sobre adherencia al vendaje. Si la mala o “NO” adherencia persiste durante un mes, se postergará la entrega de un nuevo vendaje (mantiene el antiguo) hasta reevaluación por un médico, quien realizará una entrevista motivacional y una evaluación integral. En caso de buena adherencia, se entregará vendaje compresivo en forma mensual hasta lograr la curación. Si a los 3 meses de tratamiento compresivo no se observa resolución de la úlcera, el paciente debe ser derivado a un médico para reevaluación clínica. Si se logra resolución de la úlcera, el paciente es dado de alta y se indica uso de medias compresivas para prevenir recurrencias (Fig. 3). Las medias no están disponibles en CESFAM, por lo que se debe sugerir compra de medias que ejerzan al menos 20 mmHg de presión en tobillo.

4. Conclusiones

Se crearon 3 algoritmos que puedan ser útiles para la estandarización de la atención de pacientes con UV en EEII por parte de los equipos de salud en APS. Se debe poner especial énfasis en el mejor control de comorbilidades y la correcta indicación e instalación del vendaje, lo que requerirá capacitación del equipo de salud; y educación a los pacientes con UV respecto al curso de esta patología y la importancia de la adherencia al tratamiento.

Además, este estudio ilustra la importancia de mantener un registro que permite caracterizar a la población afectada con UV en los CESFAM y así poder realizar estudios de costo-efectividad sobre el uso de vendajes compresivos en APS. Con los datos obtenidos de los registros en este centro fue difícil estimar cuántos pacientes y procedimientos han sido realizados, la cantidad de vendas que se necesitan mensualmente y cuál sería el costo de esta intervención. Por esto, se propone implementar una forma de registro más sencilla y fomentar su uso por parte del equipo de APS. La adquisición de apósitos de mayor duración podría permitir espaciar las curaciones, lo que sería más costo-efectivo. Creemos que estas medidas destinadas a estandarizar el manejo de pacientes con UV en extremidades inferiores podrán mejorar su pronóstico, optimizar los recursos del CESFAM y permitir la realización de estudios de efectividad de esta intervención en Chile

5. Agradecimientos

A la Dra. Pamela Rojas por sus recomendaciones y consejos, a Felisa Carmona y Enfermera Cecilia Pérez por su disposición a responder nuestras dudas, a todo el equipo administrativo y a los funcionarios de la Unidad de Gestión e Informática de CESFAM SAH por facilitar información necesaria para la elaboración del proyecto.

6. Bibliografía:

1. Triviño C, Anabalon E. Protocolo de referencia y contrareferencia para úlceras venosas. Servicio salud Araucanía sur, MINSAL [Internet]. 2012 jul. [Cited 2017 Mar 30]. Available from: http://puertosaaavedra.araucaniasur.cl/fileadmin/archivos/publicos/APS/2012/protocolo_ulcera_venosa.pdf.
2. Cristián Salas. (2011). Tratamiento de la insuficiencia (úlceras)

venosa crónica. Medwave [Internet]. 2011. [Cited 2017 Mar 28]; 11(01): e4845. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4845?ver=sindisenio>.

3. Mertens R. Fisiopatología Venosa. Publicaciones cirugía vascular escuela de medicina UC [Internet]. 2008. [Cited 2017 Mar 28]. Available from: <http://medicina.uc.cl/cirugia-vascular/fisiopatologia-venosa#>

4. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. Journal American Academy Dermatology. 2001; 44:401-21.

5. Simka M, Majewski E. The social and economic burden of venous leg ulcers: focus on the role of micronized purified flavonoid fraction adjuvant therapy. American Journal of Clinical Dermatology. 2003; 4: 573-581.

6. Khan NA, Rahim SA, Anand SS. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease?. Journal of the American Medical Association. 2006; 295: 536-46.

7. Sánchez JC, González E, Gadea E et al. Utilidad del índice tobillo-brazo en Atención Primaria. Semergen. 2005; 31: 533-5.

8. Soto F, Rojas H, Cáceres D. Uso de Apósitos en dermatología.

Rev. Chilena Dermatol. 2015; 31 (3): 303 – 308.

9. Scallan C, Bell-Syer SE, Aziz Z. Flavonoids for treating venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 5.

10. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA et al. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 11.

11. Amsler F, Willenberg T, Blättle W. In search of optimal compression therapy for venous leg ulcers: A meta-analysis of studies comparing divers bandages with specifically designed stockings. Journal of vascular surgery. 2009; 50: 668-74.

12. Mauck KF, Asi N, Elraiyah TA et al. Comparative systematic review and meta-analysis of compression modalities for the promotion of venous ulcer healing and reducing ulcer recurrence. Journal of vascular surgery. 2014; 60: 71-90.

13. Nelson EA, Hillman A, Thomas K. Intermittent pneumatic compression for treating venous leg ulcers. Cochrane Database Systematic Reviews. 2014; 12.

14. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; 9.