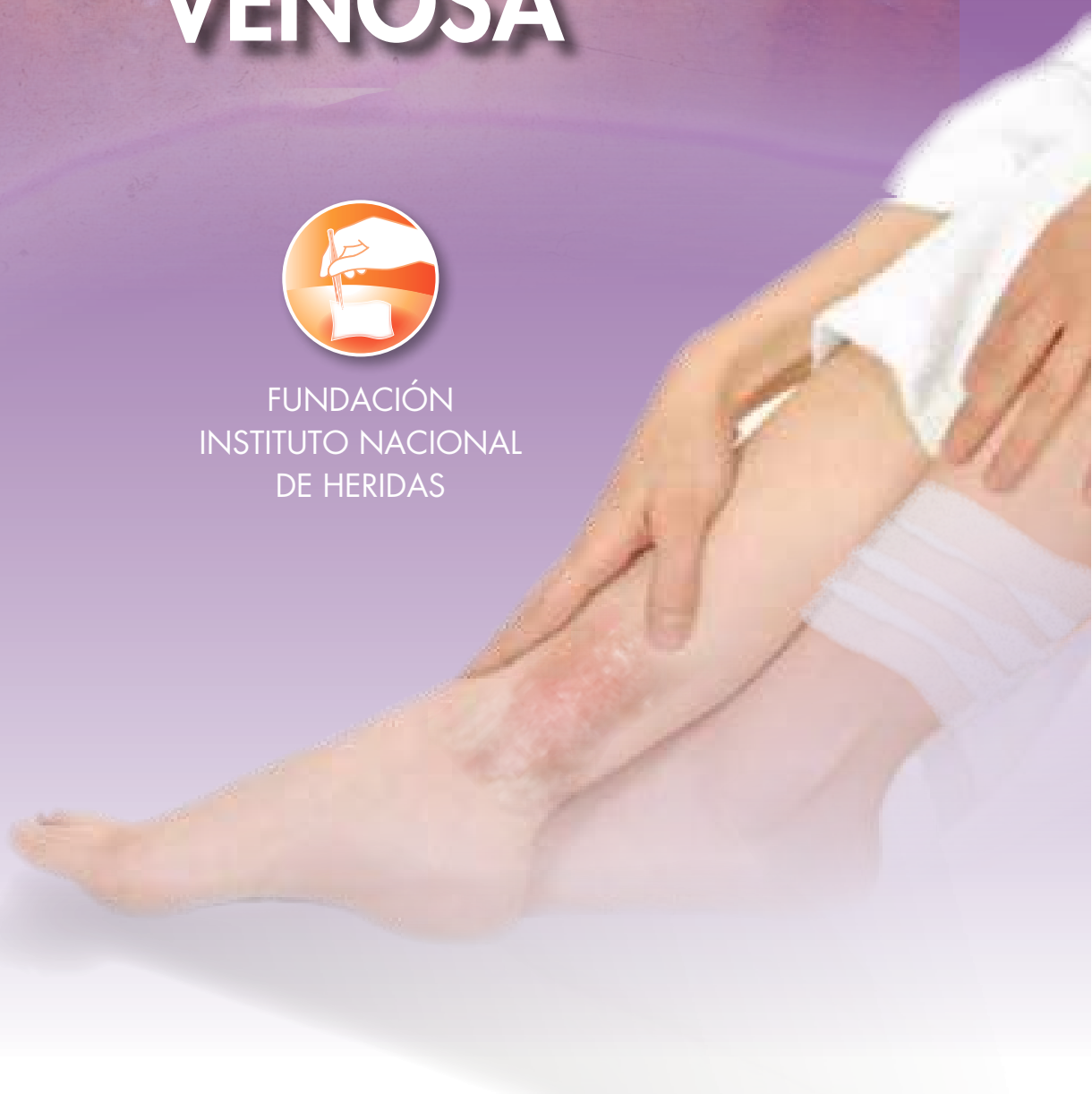
SERIE GUIAS CLÍNICAS 7

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y ÚLCERAS

TRATAMIENTO INTEGRAL AVANZADO DE LA ÚLCERA VENOSA

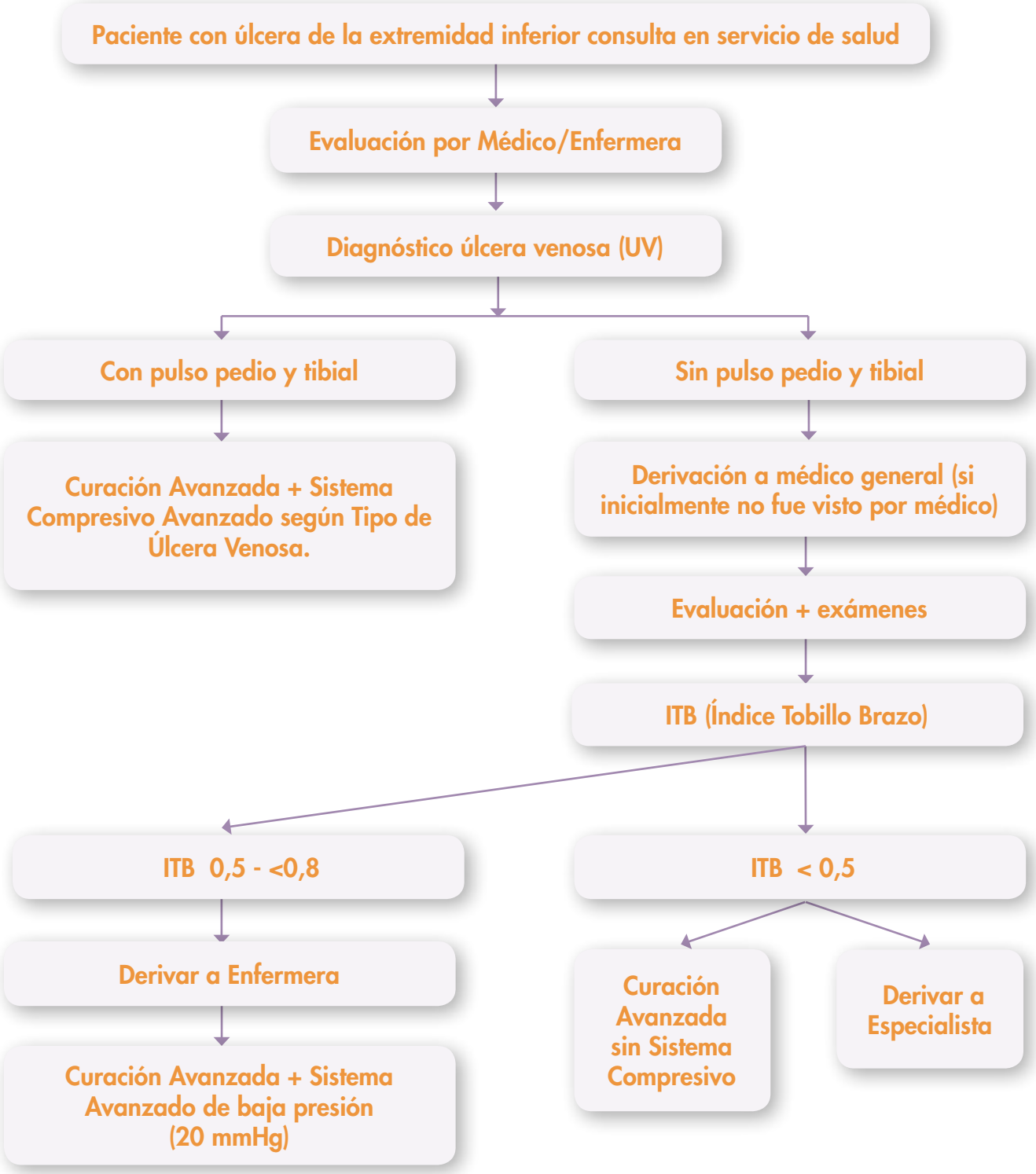


FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS

ÍNDICE

■	Flujograma	4
■	Recomendaciones clave	5
1.	INTRODUCCIÓN	9
1.1	Descripción y epidemiología del problema de salud	9
1.2	Alcance de la guía	14
	Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	14
	Usuarios a los que está dirigida la guía	14
1.3	Declaración de intención	14
2.	OBJETIVOS: GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3.	RECOMENDACIONES	17
3.1	Preguntas clínicas abordadas en la guía	17
3.2	Prevención primaria y sospecha diagnóstica	17
	Recomendación	17
3.3	Confirmación diagnóstica	19
	Recomendación	20
	Clasificación de las úlceras venosas	21
3.4	Tratamiento	23
	Tratamiento médico	24
	Recomendación	26
	Tratamiento farmacológico	27
	Recomendación	27
	Tratamiento quirúrgico	27
	Recomendación	28
	Curación avanzada de las úlceras venosas	28
	Manejo clínico de la úlcera venosa infectada	49
	Recomendaciones	51
	Manejo de la piel periulceral en pacientes con úlcera venosa	52
	Uso de apósitos en la úlcera venosa	55
	Recomendación	74
	Algoritmos de elección de apósitos	77
	Vendajes de fijación y cintas quirúrgicas	83
	Sistemas compresivos avanzados	84
	Recomendación	100
3.5	Rehabilitación y seguimiento	104
	Recomendaciòn	106
4.	IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	111
4.1	Situación de la atención del problema de salud en Chile y barreras para la implementación de las recomendaciones	111
4.2	Diseminación	111
4.3	Evaluación del cumplimiento de la guía	112
5.	DESARROLLO DE LA GUÍA	113
5.1	Grupo de trabajo	113
5.2	Declaración de conflictos de interés	113
5.3	Revisión sistemática de la literatura	113
5.4	Formulación de las recomendaciones	113
5.5	Validación de la guía	114
5.6	Vigencia y actualización de la guía	114
■	ANEXO 1: ABREVIATURAS	115
■	ANEXO 2: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	117
■	ANEXO 3: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN KINÉSICA	119

FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CON ÚLCERA VENOSA ACTIVA



Nota: El ideal es que el médico realice el ingreso; si esto no es posible, lo efectuará la enfermera. Si a los 5 meses no existe un proceso de cicatrización activo, el paciente deberá ser derivado a especialista.

RECOMENDACIONES CLAVE

RECOMENDACIONES CLAVE	GRADO
La causa principal en la formación de la úlcera de etiología venosa es la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA), producida principalmente por insuficiencia primaria del sistema venoso superficial (safena interna y/o safena externa) y/o insuficiencia de venas perforantes. En menor frecuencia existe insuficiencia del sistema venoso profundo, ya sea insuficiencia valvular primaria o posterior a trombosis venosa profunda (síndrome post flebítico).	A
El concepto de úlcera debe utilizarse para definir "una lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología pueda referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado".	B
Los pacientes portadores de várices y los que presentan síndrome post flebítico deben ser examinados por cirujano vascular o cirujano general para evaluación de su insuficiencia venosa crónica (IVC), manejo de sindrome post flebítico y posible cirugía, idealmente previo a la aparición de la úlcera.	B
Se debe hacer la diferenciación en el diagnóstico de una úlcera venosa y una arterial, ya que el tratamiento difiere entre ambas. Una falla en el diagnóstico puede conducir a un tratamiento perjudicial, sobre todo al utilizar sistemas compresivos en pacientes con úlceras arteriales.	B
El protocolo diagnóstico de la úlcera de etiología venosa considera el estudio hemodinámico mediante Eco-Doppler. Esta exploración es la que ha acreditado una mayor efectividad y eficiencia en el diagnóstico de las alteraciones hemodinámicas que presenta un paciente con ulcera venosa.	A
Todos los pacientes con úlcera venosa deben ser evaluados desde el punto de vista arterial. En caso de ausencia de pulsos en el pie y/o ITB <0.8 deben referirse a atención médica, contraindicando el uso de compresión alta.	A
El dolor en la úlcera venosa debe evaluarse mediante métodos verbales y/o evaluaciones conductuales. Su manejo no acepta demora.	A

Hasta el momento no se han reportado infecciones por el uso de agua potable. Una manera sencilla y de bajo costo de fabricar una duchoterapia artesanal es utilizar un matraz rígido de solución fisiológica al que se le realizan 20 a 30 orificios con una aguja número 19 o 21, previa desinfección con alcohol, **Fig. 27**.

¿En qué consiste el lavado con jeringa y aguja?

Se utiliza en úlceras venosas Tipos 1 y 2. El ideal es utilizar una jeringa de 20 cc y una aguja Nº 19, que entregan una presión de 2 kg/cm². Este nivel de presión permite maximizar la limpieza sin dejar de proteger el tejido de granulación.

Técnica

Se utiliza una jeringa de 20 cc con una aguja número 19, la que se carga con solución fisiológica. La aguja con jeringa se coloca a unos 15 cm. de la lesión, lavando la úlcera en toda su extensión, **Fig. 28**.

¿Qué otros elementos existen para disminuir las colonias?

Las úlceras venosas de más de 6 meses de evolución están multicolonizadas, especialmente con stafilococus aureus y pseudomonas. Al aumentar las bacterias se produce un aumento de las metaloproteasas, lo que hace que la etapa inflamatoria se perpetúe. Para que esto no ocurra se recomienda el arrastre mecánico con solución fisiológica y además algunas soluciones que ayudan a mantener controladas las bacterias:

- Clorhexidina Jabonosa al 2%: antiséptico de amplio espectro, destruye los Gram – y +, tiene un emoliente que permite eliminar las grasas o los cuerpos extraños de las lesiones. Comienza actuar a los 3 minutos y tiene un tiem-

Figura 27

Figura 28

E.U. Isabel Aburto

**Nota: Se recomienda utilizar alternativamente las gasas con DACC, PHMB y espumas hidrofílicas no adhesivas.*

nes muy expuestos, se puede poner una capa extra de refuerzo de la venda de confort sobre esas zonas.

Capa 2: Venda Compresiva o Externa

Esta venda está diseñada para aplicarse a 100% de estiramiento. Se recomienda que el rollo se sostenga cerca del pie y la extremidad durante la aplicación de esta venda para lograr una compresión uniforme y controlada.

6. La aplicación se inicia desde la cara superior externa del 5° ortejo en espiral.
7. A la altura del tobillo se hacen 2 o 3 vendajes en 8 o espiga, de manera de cubrir el talón, con una sobreposición de 50% entre las capas, **Fig. 69**.
8. El vendaje se continúa con la misma sobreposición hasta cubrir completamente la primera capa de vendas.
9. Se corta el excedente y se aplica un pequeño masaje para que se unan la primera y segunda capa, evitando la zona de la úlcera, **Fig. 70**.

Figura 69

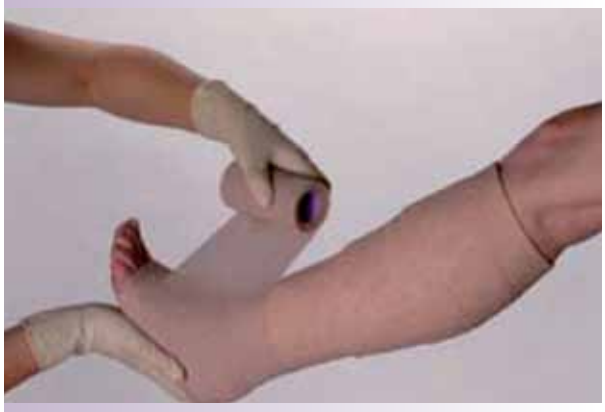


Figura70

Recomendaciones clínicas

- Si el paciente inicialmente no tolera el estiramiento máximo, la venda compresiva se puede aplicar a 75% del estiramiento máximo, lo que reduce la compresión en 20%.
- Si se detecta alguna zona no cubierta por la venda compresiva, se puede aplicar venda compresiva adicional para cubrir esas zonas.
- El paciente puede utilizar zapatos casi normales; sin embargo, es útil que utilice calcetines delgados y elásticos de algodón o "medias tipo pantalón".
- Cuando el paciente se ponga los calcetines, debe cuidar que la orilla de la venda de compresión no se enrolle cerca de sus dedos. Si la orilla se enrolla, debe desdoblarla pues puede formar un bulto incómodo cuando camine.
- Se debe elegir calzado cómodo, que permita caminar en forma natural.
- Caminar y mover el tobillo son actividades importantes que ayudan a mejorar la circulación y disminuir el edema de las piernas.
- Cuando el paciente se bañe, debe proteger el vendaje con bolsa plástica.