

ISSN 0719-0603

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y ÚLCERAS

TRATAMIENTO INTEGRAL AVANZADO DE LA ÚLCERA VENOSA



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS



MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS
HERIDAS Y ÚLCERAS

TRATAMIENTO INTEGRAL AVANZADO DE LA ÚLCERA VENOSA



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS

Autores

Isabel Aburto T.

Enfermera, Directora
Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH)
Presidenta SELH

Cristián Salas del C.

Médico Cirujano Vascular Periférico
Hospital del Salvador, Clínica Las Condes, FINH

Patricia Morgado A.

Enfermera Matrona
Asesora
Fundación Instituto Nacional de Heridas

Coautores

Carolina Neira

Enfermera Matrona
Ministerio de Salud

Alvaro Pantoja

Médico Dermatólogo
Fundación López Pérez

Gonzalo Espinoza

Ingeniero Civil Industrial
Fundación Instituto Nacional de Heridas

Christine Kreindl

Nutricionista
Universidad de Chile

Alejandra Lorca

Kinesióloga
Hospital del Salvador

Catherine de la Puente

Enfermera
Ministerio de Salud

Colaboradores

Lorena Rosales

Enfermera
Fundación Instituto Nacional de Heridas

Víctor Silva

Tecnólogo Médico, PhD
Universidad Mayor

Claudio Alburquenque

Tecnólogo Médico, PhD
Universidad Mayor

Chrystal Juliet

Microbióloga
Hospital del Salvador

Alexandra Matta

Enfermera
Fundación Instituto Nacional de Heridas

Daniela Espinoza

Estudiante Enfermería
Universidad Mayor

Edición final

E.M. Patricia Morgado

Diseño

Luz María González Silva

www.redcreativa.com

Santiago de Chile, Noviembre de 2018

Manejo Integral Avanzado de la Úlcera Venosa

Citar como:

Nombre de la Guía Clínica: Manejo Integral
Avanzado de la Úlcera Venosa, Segunda Edición.
Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH),
Santiago de Chile, 2018.

Todos los derechos reservados.

Registro de Propiedad Intelectual: N° A-296540

ISSN 0719-0603

Fecha de publicación: 5 de Noviembre de 2018

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
FLUJOGRAMA	5
RECOMENDACIONES CLAVE	6
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Epidemiología	9
1.2 Alcance de la guía	10
1.3 Declaración de intención	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo General	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. ÚLCERA VENOSA	13
3.1 Definición	13
3.2 Fisiopatología	13
3.3 Factores de Riesgo	14
3.4 Evaluación Clínica	14
3.5 Compromiso Arterial	15
3.6 Clasificación	15
3.7 Prevención Primaria	16
3.8 Tratamiento Médico	17
3.8.1 Evaluación Médica	17
3.8.2 Tratamiento del Dolor	18
3.8.3 Tratamiento Farmacológico	19
3.9 Tratamiento Quirúrgico	19
3.10 Tratamiento Antibiótico	20
3.11 Tratamiento Dermatológico	20
4. MANEJO DE ENFERMERÍA	24
4.1 Fases de la Cicatrización	24
4.2 Factores generales que influyen en la Cicatrización	25
4.3 Clasificación de la Úlcera Venosa	27
4.4 Definición de conceptos	29
4.5 Definición de terminología del Diagrama de Valoración	30
4.6 Recomendaciones	35
4.7. Protocolo de Curación Avanzada	35
4.7.1 Manejo de los Insumos Clínicos	35
4.7.2 Apósitos	38
4.7.3 Curación Avanzada	41
4.7.4 Muestra Clínica para Cultivo Cualitativo Microbiológico	44
4.7.5 Limpieza de la Piel y la Úlcera	46
4.7.6 Desbridamiento	50
4.7.7 Apósitos o Coberturas	56
4.8. Sistemas Compresivos Avanzados	78
4.8.1 Sistemas de Compresión Avanzada en el Tratamiento de la Úlcera Venosa	78
4.8.2 Factores que Influyen en la Compresión	79
4.8.3 Clasificación de los Sistemas Compresivos	79
4.8.4 Presiones de los Sistemas Compresivos Avanzados	79

PROTOCOLOS DE SISTEMAS COMPRESIVOS	93
4.8.5 Educación al paciente con Úlcera Venosa	94
4.8.6 Prevención Secundaria de la Úlcera Venosa	95
5. MANEJO NUTRICIONAL	100
5.1 Evaluación de riesgo nutricional	100
5.2 Exámenes bioquímicos	101
5.3 Recomendaciones alimentarias básicas para el tratamiento de UV	101
5.4 ¿Cuándo recomendar suplementos?	104
6. MANEJO KINÉSICO	106
6.1 Intervenciones educativas	107
6.2 Intervención terapéutica	107
7. CALIDAD DE VIDA	110
8. COSTOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS VENOSAS	112
9. IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	115
9.1 Situación de la Atención del Problema de Salud en Chile	115
9.2 Diseminación	115
9.3 Evaluación del cumplimiento de la guía:	116
10. DESARROLLO DE LA GUÍA	117
10.1 Grupo de Trabajo	117
10.2 Declaración de conflictos de interés	118
10.3 Revisión sistemática de la literatura	118
10.4 Formulación de las recomendaciones	118
10.5 Validación de la guía	118
10.6 Vigencia y actualización de la guía	118
ANEXO 1: FICHAS REGISTRO	119
Ficha Ingreso Enfermería	119
Ficha Registro: VACAB, FINH	120

El año 2000, considerando que la evidencia científica demostraba que la curación avanzada (CA) de heridas, llamada también "cura húmeda" o curación no tradicional, usada desde hacía más de 30 años en los países desarrollados, era costo-efectiva en relación a la curación tradicional, el Ministerio de Salud (Minsal) de Chile realizó un conjunto de acciones conducentes a su implementación en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, destacándose entre ellas la edición de la serie de Guías Clínicas "Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras", documentos del 1 al 6, una Encuesta Epidemiológica sobre heridas y úlceras a nivel nacional y la capacitación a nivel de todo el país de los profesionales que estaban a cargo de las curaciones en los 3 niveles de atención.

El año 2005, el Minsal y FONASA (Fondo Nacional de Salud) deciden incluir la CA como una prestación en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) para Diabetes en forma de dos canastas: una para pie diabético no infectado y la otra para pie diabético infectado, con estimación de la prevalencia de pie diabético en base a los resultados de la Encuesta Epidemiológica del año 2000. El 2006 se edita la 6ª guía clínica de la serie, "Curación Avanzada de las Úlceras de Pie Diabético", con la respectiva capacitación de los profesionales a cargo del tema.

El año 2008 se realiza la Encuesta Epidemiológica en UV, que muestra que éste es un problema de alta prevalencia a nivel nacional, que en el Sistema Público hasta ahora ha sido tratado con curación y vendaje tradicional 3 veces por semana, con permanencia de los pacientes durante largos años sin conseguir la cicatrización por no tener un manejo adecuado. El Estudio de Costo-Efectividad en Sistemas Avanza-

dos en el Tratamiento de Úlceras Venosas efectuado por el Ministerio de Salud, la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) y la Escuela de Enfermería de la Universidad Mayor entre los años 2006 y 2008, presentado al Ministerio de Salud y a FONASA en Marzo 2009, permitió demostrar que es altamente costo efectivo implementar este manejo avanzado a nivel nacional para personas portadoras de esta patología, por lo que se ingresa como Prestación Valorada a los niveles secundario y terciario de los Servicios de Salud del país.

En el año 2011 se edita la 7ª Guía Clínica "Tratamiento Integral Avanzado de la Úlcera Venosa", la que ha sido utilizada ampliamente en Chile y Latinoamérica como material de ayuda para tratar a los pacientes con esta patología.

El año 2015 se presenta al Minsal un documento que evalúa el costo-efectividad de incorporar a la Atención Primaria el tratamiento avanzado de la UV, lo que permitió realizar tres Pilotos a nivel nacional utilizando este tratamiento, en Coquimbo, Castro y Santiago, en el año 2016 a 2017. Sus resultados demostraron su costo-efectividad y a comienzos del presente año se incorpora el tratamiento avanzado en UV en 29 Cefsam de nuestro país.

Con el firme convencimiento de la importancia de actualizar el manejo de estas úlceras con un enfoque integral en que participe todo el equipo de salud, el Directorio de la Fundación Instituto Nacional de Heridas ha tomado la decisión de elaborar la 2ª edición de la guía clínica "Tratamiento Integral Avanzado de la Úlcera Venosa", basada en la mejor evidencia internacional y en estudios nacionales, editarla y ofrecerla al Ministerio de Salud como un insumo para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta patología.

1.1 EPIDEMIOLOGÍA

La UV es una solución de continuidad de la cobertura cutánea asociada a la hipertensión venosa de los miembros inferiores, que expone los tejidos subyacentes hasta una profundidad variable y que presenta escasa tendencia a la cicatrización espontánea, de evolución crónica y alta tendencia a la recidiva⁽¹⁾. Su fisiopatología probablemente esté relacionada con una microangiopatía y con anomalías celulares inducidas por la insuficiencia venosa. El diagnóstico etiológico de las úlceras de la pierna es fundamentalmente clínico⁽²⁾.

Esta patología constituye un importante problema de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional⁽³⁾. Los costos que genera en términos de deterioro de calidad de vida, pérdida de capacidad laboral e insumo de recursos médicos, son muy altos. Se considera que 2-3% de la población tiene una úlcera de origen venoso abierta en este momento, lo que representa 70% de todas las úlceras, cifra mayor a otras patologías serias como pie diabético; 4-5% son adultos mayores de 80 años. Latinoamérica (LA) carece de información epidemiológica para evaluar y describir el impacto sanitario en cada región, no por eso se minimiza su significado como problema de salud pública⁽¹⁾.

Se estima que el costo total anual del tratamiento de esta enfermedad corresponde al 1% del presupuesto sanitario en los países del este europeo; sin embargo, en los países occidentales el mismo se incrementa hasta 3%⁽⁴⁾.

Desde el punto de vista demográfico, las úlceras vasculares de miembros inferiores constituyen un problema del adulto mayor y afectan principalmente a pacientes mayores de 60 años, destacándose que esta franja etaria es la que más ha aumentado

en los países industrializados en los últimos años^{(5),(4)}.

La prevalencia de UV en la población, según los distintos estudios, oscila entre 0,06% y 1%, pudiendo alcanzar hasta 3% a 5% cuando se consideran solo pacientes adultos mayores; aumenta con la edad, como lo reporta el estudio realizado por Soldevilla et al., 2006, que muestra prevalencias de 0.24 para las edades de 65 a 74 años, 0.44 % entre 75 – 84 años y 0.75% en mayores de 85 años⁽⁶⁾. En cuanto al sexo, algunos autores señalan un leve predominio en el sexo femenino (1,6:1, mujer/hombre)⁽⁷⁾.

Existe frecuencia epidemiológica de úlceras de origen venoso en todos los estratos sociales y económicos de América Latina. En algunos países se asocia más con aquellos de bajo poder adquisitivo y ruralidad. Afecta principalmente a las mujeres obesas, multíparas y en personas que trabajan de pie o sentadas por largos periodos de tiempo. Dependiendo de la geografía y la raza, habrá diferencias en la prevalencia e incidencia de UV⁽¹⁾.

Si bien esta patología tiene su mayor incidencia entre los 60 y 80 años, se debe considerar que 22% de los pacientes tiene su primer episodio antes de los 40 años y 13% antes de los 30 años de edad⁽⁸⁾.

Estudios europeos hablan de una prevalencia de UV activas en 1.48 personas/1.000 habitantes. Actualmente se considera que 0.1 a 0.3 de la población mundial presenta una úlcera abierta y aproximadamente de 1 a 3% de la población del mundo con enfermedad venosa presenta una úlcera abierta y cicatrizada en algún momento de su vida. Aunque no hay datos estadísticos confiables, la prevalencia en LA se estimó entre 3 y 6% en base a datos de inciden-

cia documentados en algunos hospitales, clínicas o servicios de atención médica por región ⁽¹⁾.

Según estimaciones realizadas en Chile, 1% de la población presenta úlceras de extremidades inferiores, de las cuales 70% corresponde a UV y, de éstas, 33% están activas. Se detecta insuficiencia venosa en el 57-82% de los pacientes que presenta una úlcera de la pierna ⁽⁸⁾.

La incidencia de úlceras vasculares es de 3-5 casos nuevos por 1.000/personas/año, cifras que se duplican en mayores de 65 años. Destacan su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre 40 a 50% permanecen activas entre 6 meses y un año y 10% alcanzará hasta los 5 años de evolución. La úlcera de etiología venosa es la más frecuente (70-80%) en la extremidad inferior con un porcentaje de alrededor de 80% del total de lesiones, siendo la más habitual en su diagnóstico, tratamiento y prevención de recidivas ⁽⁹⁾.

La velocidad de curación en la mayoría de los casos es lenta pues solo 50% cura a los cuatro meses, 20% permanece abierta al cabo de dos años, y 8% al cabo de cinco años. La recurrencia presenta una tasa anual que llega hasta 70% para aquellas UV de larga evolución y oscila entre 55-60% a los cinco años ⁽⁵⁾.

En nuestro país, el año 2014 en el operativo "Rutas Solidarias de las Heridas por Chile", organizadas por la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y algunos Servicios de Salud, en los 3 lugares en que se realizó el operativo, se constató que la patología más compleja sin resolver es la UV, con cifras que superan 90% en una de ellas. En un pueblo se encontró una paciente de 84

años que llevaba 48 años con UV en manguito en ambas piernas y en una ciudad, un paciente con 52 años en la misma condición, sin que se le diera solución a este grave problema de Salud Pública ⁽¹⁰⁾.

En relación a la distribución de los tipos de UV, la información obtenida en el Proyecto Piloto "Costo-Efectividad de la Curación Avanzada y Sistemas Compresivos Avanzados para Úlceras Venosas en Atención Primaria", realizado entre la Fundación Instituto Nacional de Heridas y Ministerio de Salud durante el año 2017, mostró que las UV tipos 3 y 4 alcanzan un 79% y las tipos 1 y 2 un 21% ⁽¹¹⁾, mientras en la Encuesta Epidemiológica en UV realizada el año 2008 en establecimientos de Atención Primaria del país por el Ministerio de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Heridas, se encontró que 68% de los pacientes presentaba úlceras Tipos 3 y Tipo 4, 33% y 35%, respectivamente.

Estos resultados suponen un reto inmenso para nuestros equipos de salud a nivel nacional.

1.2 ALCANCE DE LA GUÍA

- a. **Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía:** En esta guía se abordan la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes portadores de úlceras venosas activas en la red de atención de salud.
- b. **Usuarios a los que está dirigida la guía:** Está dirigida principalmente a los equipos de salud: médicos generales y especialistas, enfermeras, kinesiólogos y otros profesionales de la salud responsables de la atención de pacientes portadores de úlceras venosas, tanto en atención ambulatoria como en nivel de especialidades u hospitalizados.

1.3 DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

Esta guía fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes en general no individuales, los cuales solo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no aseguran un resultado clínico exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier

protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nettel F. y cols. *Primer Consenso Latinoamericano de UV*. *Rev Mex Angiol* 2013; 41 (3): 95-126.
2. E. Grynberg Laloum P. Senet. *Úlceras de la pierna*. Volume 19, Issue 2, June 2015, Pages 1-1 EMC - Tratado de Medicina <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541015709438?via%3Dihub>
3. ChiYung-Wei, Raffetto J. *Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment*. *Vascular Medicine* 2015, 20 (2) 168-181.
4. Onerys Ramón Sosa Vázquez. *Úlceras flebotáticas*. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* vol.18 no.1 La Habana ene.-jun. 2017. Versión On-line ISSN 1682-0037
5. Dres. Gabriela Otero González, Caroline Agorio Norstrom, Miguel Martínez Asuag. *Úlceras de miembros inferiores: características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas*. *Rev. Méd. Urug.* vol.28 no.3 Montevideo set. 2012. versión On-line ISSN 1688-0390.
6. *Epidemiology of chronic wounds in Spain: results of the first national studies on pressure and leg ulcer prevalence*. *Wounds* 2006; 18(8)213-226
7. *Epidemiología de las UV en España, Estudio DETECT 2006*.
8. Olivares P., Valenzuela S. *Fisiopatología de la Úlcera Venosa*. *Revista Fundación Instituto Nacional de Heridas* 2017.
9. *Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH)*. 3era edición, año 2017.
10. *Informe Preliminar: Proyecto Piloto "Costo-Efectividad de la Curación Avanzada y Sistemas Compresivos Avanzados para Úlceras Venosas en Atención Primaria"*. *Fundación Instituto Nacional de Heridas- Ministerio de Salud*.
11. *Estudio Costo-Efectividad en Sistemas Avanzados en el Tratamiento de Úlceras Venosas, Ministerio de Salud, Fundación Instituto Nacional de Heridas, Universidad Mayor, 2006-2008*.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de la atención de los pacientes portadores de úlceras venosas mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, que permitan mejorar la práctica clínica de los profesionales en su prevención, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento y seguimiento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes portadores de UV.
- b. Contribuir a disminuir la incidencia, morbilidad y complicaciones asociadas a la enfermedad.
- c. Contribuir a disminuir el gasto en la atención de salud a través del uso racional de los recursos asignados, con tratamientos demostradamente costo-efectivos.

3.1 DEFINICIÓN

¿Qué es una Úlcera Venosa?

Pérdida en la integridad de la piel en la región comprendida entre el pie y debajo de la rodilla, con una duración igual o mayor a 4 semanas, que ocurre en presencia de enfermedad venosa" ⁽¹⁾.

3.2 FISIOPATOLOGÍA DE LA ÚLCERA VENOSA

La hipertensión venosa constituye el eslabón inicial de la fisiopatología de la úlcera de etiología venosa, la que se evidencia en los sectores venosos de la extremidad inferior en los que la hemodinámica del flujo venoso se encuentra alterada. Esta alteración puede tener, principalmente, una etiología primaria o secundaria (post trombótica). La hipertensión venosa induce alteraciones hemorreológicas en los capilares y en las vénulas, cuya consecuencia final es el infarto tisular ⁽²⁾.

Cualquiera sea la causa de la insuficiencia venosa, la consecuencia es una disminución en la habilidad de reducir la presión venosa durante el ejercicio. Se ha descrito que si la presión venosa ambulatoria a nivel del tobillo aumenta de 40 a 60 mm Hg, el riesgo de que la piel se ulcere es alta.

Posterior a esa primera medición, se encontró que si la presión venosa en el pie se mantiene por arriba de los 60 mm Hg durante la deambulación, el riesgo de desarrollar úlcera es aproximadamente 50%; si la presión es de 45 a 60 mm Hg, el riesgo es 25% y por debajo de 45 mm Hg el riesgo es mínimo. Actualmente se considera que un reflujo venoso mayor a 10 ml predispone a la formación de úlceras ⁽³⁾.

El sistema venoso superficial, perforante y profundo de los miembros inferiores está provisto de válvulas bicúspides que se abren solo hacia el sistema profundo,

permitiendo que el flujo de sangre se dirija desde el sistema superficial al profundo y de éste, en sentido cefálico, hacia la aurícula derecha ⁽⁴⁾. Ante un sistema venoso enfermo o falla de la bomba muscular de la pantorrilla, la presión venosa en el sistema venoso profundo durante la deambulación puede caer mínimamente o no caer del todo. Esta presión ambulatoria sostenida ha sido denominada Hipertensión Venosa Ambulatoria (HTVA).

La hipertensión venosa puede ocurrir por alguno de los siguientes mecanismos fisiopatológicos ⁽⁵⁾:

- Disfunción de las válvulas del sistema venoso superficial y/o perforante debido a incompetencia congénita o adquirida.
- Disfunción de las válvulas del sistema venoso profundo debido a ausencia congénita, debilidad o daño trombótico.
- Obstrucción del flujo del sistema profundo distinto al de la incompetencia valvular.
- Disfunción muscular o falla de la bomba de la pantorrilla debido a condiciones inflamatorias de la articulación, fibrosis o neuropatía.

A consecuencia de la hipertensión venosa, aparece la insuficiencia venosa crónica (IVC) ⁽⁶⁾. El aumento de la presión en el sistema venoso lleva a un aumento de fibrinógeno, proteínas, glóbulos rojos y suero desde el compartimiento transendotelial hacia la dermis capilar circundante, causando edema e inflamación que, con el correr del tiempo, se transforma en un área de piel fibrótica y edematosa, donde un número considerable de capilares se ha perdido y otros se encuentran mal formados y disfuncionales ⁽⁷⁾.



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS