

Manejo interdisciplinario de úlceras vasculares: compresión, tratamiento local, tratamiento complementario y coordinación interdisciplinaria

Interdisciplinary management Study on the treatment of chronic vascular lesions of the lower limbs

Miguel Seller Arias, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés, Amparo Garralón Pérez
Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Castellón

Manuscrito recibido: 02-11-2016
Manuscrito aceptado: 14-06-2017

Cómo citar este documento

Seller Arias M, Anarte Ruiz C, Masoliver Forés F, Garralón Pérez A. Manejo interdisciplinario de úlceras vasculares: compresión, tratamiento local, tratamiento complementario y coordinación interdisciplinaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Agosto; 5(3): 60-71

Resumen

Objetivo

Conocer el manejo interdisciplinario de lesiones vasculares de miembros inferiores (MMII): compresión, tratamiento local, complementario y coordinación interdisciplinaria.

Método

Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Se analizaron guías de práctica clínica (GPC) en busca de recomendaciones para un buen manejo de las lesiones vasculares. Se determinaron las variables según esas guías y se seleccionaron todas las historias con un diagnóstico CIE de patología vascular y uno NANDA de herida. Se comprobaron etiología y localización de las lesiones y se valoraron las variables en las 31 historias resultantes.

Resultados

Se encontraron 3 lesiones mixtas y 28 venosas. La terapia compresiva se registró un 35,7% durante la lesión y un 21,4% durante y tras la lesión. Se pautaron antiagregantes en el 100% de las heridas mixtas y pentoxifilina en el 10,7% de las venosas. El consejo de salud en ejercicio y tabaco se encontró en el 66,7% de historias con patología mixta. Se dio el consejo de ejercicio en lesiones venosas en un 10,7%. La localización se recogió en un 66,7% en lesiones mixtas y en un 21,4% en venosas. La palpación de pulsos se registró en un 66,7% en lesiones mixtas y en un 17,9% en venosas. El registro del índice tobillo-brazo fue del 66,7% en lesiones mixtas y 7,1% en venosas.

Conclusiones

- Las recomendaciones para úlceras venosas de las GPC se encontraron registradas en menos de la cuarta parte de las historias valoradas.
- La patología arterial es llevada principalmente por cirugía vascular y la venosa por atención primaria.

Palabras clave

Úlcera de la pierna, úlcera varicosa, enfermería, atención primaria, competencia clínica.

Abstract

Objective

To know the interdisciplinary management of vascular wounds of the lower limbs: compression, local and complementary treatment and interdisciplinary coordination.

Methods

A retrospective longitudinal and observational study. Clinical practice guidelines (CPG) were analyzed looking for vascular wounds good management recommendations. Variables were determined according those guides, and every clinical history with an ICD's vascular disease diagnostic and a NANDA's wound diagnostic were selected. Etiology and localization of the wounds were checked and variables were analyzed on the 31 resulting histories.

Results

Three mixed injuries and 28 venous wounds were found. The compression therapy was recorded by 35,7% during the injury and 21,4% during and after the injury. Antiagregants were prescribed in 100% of mixed wounds records and pentoxifylline in 10,7% of the venous ones. The health recommendations in exercise and tobacco was found in 66,7% of histories with mixed pathology. Exercise recommendation was given on venous injuries by 10,7%. The location was recorded in 66,7% in mixed wounds and in 21,4% in venous ones. The pulse palpation record was 66,7% in mixed injuries and 17,9% in venous ones. The ankle-brachial pressure index was recorded in 66,7% in mixed injuries and in 7,1% in venous ones.

Conclusions

- Recommendations of CPG for venous leg ulcers were found to be recorded in less than a quarter of the assessed histories.
- The arterial pathology is carried mainly by vascular surgery and the venous pathology by primary care

Keywords

Leg ulcer, varicose ulcer, nursing, primary health care, clinical competence.

Introducción

Las úlceras vasculares se definen como lesiones con pérdida de sustancia cutánea, producidas por alteraciones en la circulación (venosa o arterial) que afectan a las extremidades inferiores y habitualmente se localizan en el tercio distal de la pierna¹. La incidencia y prevalencia de éstas ha aumentado paralelamente al envejecimiento poblacional, lo que supone un aumento de morbilidad y pérdida de autonomía del paciente, además de un alto coste sanitario^{1,2}. Esa prevalencia, aunque difícil de estimar, oscila entre el 0,1% y el 3% en países occidentales, aumentando con la edad³⁻⁴.

Estas lesiones están causadas por patologías como la insuficiencia venosa crónica⁵ o la arteriopatía (arterioesclerosis fundamentalmente)⁶. Su abordaje requerirá por tanto el tratamiento y control de la patología de base y el trabajo en equipo para tratar la úlcera y sus causas⁶. Como parte del tratamiento de la patología de base, las guías nos hablan de tratamientos farmacológicos como la pentoxifilina en el caso de la insuficiencia venosa y los antiagregantes plaquetarios en el caso de problemas arteriales^{6,9}. También dan unas medidas preventivas que se deben aconsejar en la consulta, las más importantes serán ejercicio, dieta equilibrada y el abandono de hábitos nocivos (principalmente el tabaco)^{6,9}. Estos consejos son aplicables tanto en heridas con componente arterial como aquellas con insuficiencia venosa.

La terapia compresiva está considerada la base del tratamiento de las úlceras venosas y está recomendada en todos los casos, a menos que haya presencia de patología arterial que pudiese verse agravada por dicha compresión^{4-6,8,9}. A pesar de esto, según el primer estudio de prevalencia hecho en España sobre úlceras de miembros inferiores (MMII)¹⁰, la terapia compresiva no se utilizaba al 100%, con un uso aún menor de las terapias de presión alta como los vendajes multicapa, debido principalmente a que no están financiados, a la falta de formación específica y a una necesidad de abordar estos problemas de una manera más multidisciplinar¹¹. En el estudio de Anderson de 2013 donde se analizaba el porcentaje de recidivas de lesiones vasculares, se afirmó que las diferencias entre éstas se debían al escaso uso de la terapia compresiva tras la cicatrización, lo que viene a reforzar la recomendación de esta terapia en etapas posteriores a la cicatrización con el fin de prevenir nuevas lesiones⁴⁻⁶.

El abordaje local de las úlceras requerirá varios elementos para que sea adecuado. Uno de los parámetros básicos según las guías será registrar la localización de la lesión en la pierna, ya que orientará el diagnóstico⁶. Otro elemento considerado importante en la orientación del diagnóstico y la situación de la extremidad será el estado de los diferentes pulsos en los MMII a todos los niveles: femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio^{4-6,9}. El índice tobillo-brazo (ITB) se muestra como otra piedra angular del diagnóstico, orientándolo y resultando el criterio determinante para aplicar o no terapia compresiva^{4-6,9} e incluso para derivar desde atención primaria a cirugía vascular. En lo referente a las curas locales se remarcan dos aspectos: la cura seca en lesiones isquémicas (ya que hasta que no se revascularice la zona es preferible para evitar la progresión de la lesión y el riesgo de infección) y el uso de apósitos no adherentes para cubrir las lesiones y gestionar la humedad/exudado^{4,6}.

En el estudio realizado por Weller y Evans en 2012 en Australia, se observaron deficiencias en varios aspectos del manejo de estas lesiones. Este estudio, aunque no es totalmente extrapolable dado que son países con poblaciones, sistemas sanitarios y profesionales diferentes, puede indicar una necesidad de mejorar. Por este motivo se realizó un estudio similar en nuestro entorno con el fin de conocer la situación actual.

Objetivos

Objetivo general

Conocer el manejo de las lesiones vasculares por parte de los profesionales de la zona básica de salud de Rafalafena (Castellón de La Plana).

Objetivos específicos

- Conocer el grado de utilización de la terapia compresiva en lesiones venosas, durante la lesión y después de cicatrizada.
- Conocer el grado de utilización de medidas de tratamiento complementarias a las curas locales: tratamiento farmacológico y consejo en salud.
- Conocer la coordinación interdisciplinar: entre enfermera y médico y entre atención familiar y comunitaria (AFyC) y cirugía vascular.
- Conocer el grado de cumplimentación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC).

Métodos

1. Tipo de estudio

Se planteó un estudio observacional longitudinal retrospectivo. El estudio se realizó en el centro de salud Rafalafena (Castellón de La Plana). Se recogieron datos entre mayo de 2015 y marzo de 2016. Se realizó un cribado de las historias del centro de salud para encontrar a todos los usuarios que habían sido tratados por lesiones vasculares en MMII entre 2006 (año en que se empieza a usar la historia de salud informatizada) y marzo de 2016 (fecha en que se terminan de recoger datos).

2. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda con el fin de conocer el estado actual del tema y las recomendaciones vigentes de las diferentes GPC. Se consultaron las siguientes bases bibliográficas: PubMed, Scopus, CINAHL y la Biblioteca Cochrane Plus. Se emplearon las siguientes ecuaciones de búsqueda:

- "Clinical Competence" **AND** (((("Leg Ulcer") **OR** "Varicose Ulcer") **OR** "Postphlebitic Syndrome") **OR** "Peripheral Vascular Diseases")
- "Compression hosiery" **AND** (((("Leg Ulcer") **OR** "Varicose Ulcer") **OR** "Postphlebitic Syndrome") **OR** "Peripheral Vascular Diseases")

Los términos de ambas fórmulas se introdujeron como descriptores. Para la búsqueda de GPC se recurrió primero a guiasalud.es y posteriormente a guidelines.gov. En este caso se utilizaron los descriptores "lesiones" y "heridas" ("injuries" y "wound" en guidelines.gov). Finalmente se procedió a la búsqueda manual de guías en las páginas web corporativas de dos entidades de referencia: el Grupo Nacional para Estudio y Asesoramiento de Úlceras Por Presión (GNEAUPP) como referente nacional y la European Wound Management Association (EWMA) como referente europeo.

3. Criterios de inclusión y exclusión

3.1. Criterios de inclusión

- Asignado al centro de salud Rafalafena.
- Edad igual o superior a 18 años.
- Presencia de al menos un diagnóstico de ambas clasificaciones:

CIE-9:

- 454: Venas varicosas de las extremidades inferiores.
- 459: Otros trastornos del sistema circulatorio.
- 440.2: Aterosclerosis de arterias nativas de las extremidades.

NANDA:

- 00046: Deterioro de la integridad cutánea.
- 00044: Deterioro de la integridad tisular

3.2. Criterios de exclusión:

- Lesión en localizaciones diferentes a los miembros inferiores o de etiología no vascular.

4. Muestra

Se realizó el cribado de todas las historias informatizadas del centro de salud. Ese cribado dio un total de 211 historias que cumplían con los criterios de inclusión. Se revisaron exhaustivamente las 211 historias y se descartaron 180 por cumplir criterios de exclusión. Finalmente quedaron 31 historias en las que se realizaría la valoración.

5. Variables

Se definieron las variables para valorar los objetivos propuestos en el estudio de acuerdo con los criterios que se encontraron en las GPC consultadas:^{4-6, 9}

- **Variables generales:** tipo de lesión según la patología de base (pudiendo ser venosa, arterial o mixta), tiempo (en cuanto a la secuencia de las actuaciones en el orden indicado en las GPC), sexo y edad.
- **Variables relativas a compresión:** registro de uso de compresión durante la fase aguda de la lesión y/o tras su cicatrización.
- **Variables relativas a tratamiento complementario:** registro de pauta de pentoxifilina en heridas venosas y antiagregantes plaquetarios en heridas con componente arterial, registro de consejo de salud antitabáquico, de ejercicio y dieta en ambas patologías.
- **Variables relativas a coordinación interdisciplinar:** profesional que registra la actuación/pauta (enfermera/médico) y especialidad del mismo (AFyC/cirugía vascular).
- **Variables relativas a cumplimentación de recomendaciones de GPC:** registros de la realización del ITB, localización de la herida, palpación de pulsos, cura seca previa a la revascularización y uso de apósitos no adherentes.

6. Estrategia de análisis

Las variables son de tipo univariante cualitativas salvo la edad, por lo que se analizaron los porcentajes de historias donde se hallaban y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

7. Aspectos éticos

Previamente a la realización del estudio se presentó el correspondiente informe a la Comisión de Investigación Clínica (CIC) del departamento de salud de Castellón para su evaluación. La comisión dio su aprobación proponiendo unas modificaciones que se tuvieron en cuenta en el estudio final.

Los datos procedentes de las historias clínicas se pasaron a la base de datos creada para el estudio. Se codificaron de forma que no apareciesen datos personales. La base de datos se conservó en el perfil informático del autor principal y bajo contraseña.

Resultados

8. Resultados generales de las lesiones

De las 31 historias, en 3 las lesiones tenían componente mixto venoso/arterial (9,7%; IC95%: 2,0% a 25,8%) y en 28 un componente únicamente venoso (90,3%; IC95%: 74,2% a 98%). La edad media de los usuarios fue de 78,6 años (DE± 12,7 años) y 22 fueron mujeres (71,0%) por 9 hombres (29,0%).

9. Uso de la terapia compresiva

Se encontró registrada compresión durante la fase aguda en 2 de las 3 lesiones mixtas (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%) y en 10 de las 28 venosas (35,7%; IC95%: ±19,5%). De los 28 casos de úlceras venosas se registró además compresión posterior a la lesión en 2 casos (7,1%; IC95%: 0,9% a 23,5%) y compresión durante y después de la fase aguda en otros 6 casos (21,4%; IC95%: 8,3% a 40,6%). Los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Compresión según lesión y etapa

DIAGNOSTICO	COMPRESION	n	%	IC 95%
Herida mixta n=3	Nunca	1	33,3	0,8 a 90,6
	Durante	2	66,7	9,4 a 99,2
Herida venosa n = 28	Nunca	10	35,7	± 19,5
	Durante	10	35,7	± 19,5
	Durante y post	6	21,4	8,3 a 40,6
	Post	2	7,1	0,9 a 23,5

Fuente: Elaboración propia

La compresión usada en las 2 lesiones mixtas fue registrada por parte del cirujano vascular en 1 ocasión (50%; IC95%: 1,3% a 98,7%) y en las dos ocasiones por la enfermera de AFyC (100%; IC95%: 15,8% a 100%). En las 18 historias con heridas venosas con compresión registrada, en 6 se pautó por el cirujano vascular (33,3%; IC95%: 13,3% a 59,0%), en 3 por el médico de AFyC (16,7%; IC95%: 3,6% a 41,4%) y en las 18 por la enfermera de AFyC (100%; IC95%: 81,5% a 100%). La pauta se solapaba en varias ocasiones por parte de los distintos profesionales. Se pueden ver los resultados resumidos en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Compresión según lesión y profesional que pauta

DIAGNÓSTICO	PROFESIONAL	n	%	IC 95%
Herida mixta con compresión n = 2	Medicina cirugía vascular	1	50	1,3 a 98,7
	Enfermería cirugía vascular	0	0	0 a 84,2
	Medicina AFyC	0	0	0 a 84,2
	Enfermería AFyC	2	100	15,8 a 100
Herida venosa con compresión n = 18	Medicina cirugía vascular	6	33,3	13,3 a 59
	Enfermería cirugía vascular	0	0	0 a 18,5
	Medicina AFyC	3	16,7	3,6 a 41,4
	Enfermería AFyC	18	100	81,5 a 100

Fuente: Elaboración propia

10. Tratamiento adicional a las curas locales

10.1. Fármacos

Las 3 lesiones mixtas tenían registrada pauta de antiagregantes plaquetarios (100%; IC95%: 29,2% a 100%). Pautado en todos los casos por el cirujano vascular. De las úlceras venosa 3 tenían registrada pauta de pentoxifilina (10,7%; IC95%: 2,3% a 28,2%). Pautado en todos los casos por el médico AFyC.

10.2. Consejo en salud

De las 3 historias con registros de lesiones mixtas se encontró registrado consejo antitabáquico en 2 (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%), consejo de dieta en 1 (33,3%; IC95%: 0,8% a 90,6%) y consejo de ejercicio en 2 (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%). En las 28 historias con úlceras venosas se encontró registrado consejo de dieta en 2 (7,1%; IC95%: 0,9% a 23,5%), consejo de ejercicio en 3 (10,7%; IC95%: 2,3% a 28,2%) y no se encontró consejo antitabáquico (resumen de resultados en **Tabla 3**). En cuanto al profesional que dio el consejo:

- **Antitabáquico:** cirujano vascular 1 de las 2 veces (50%; IC95%: 1,3% a 98,7%) y enfermera de AFyC las 2 veces (100%; IC95%: 15,8% a 100%) en lesiones mixtas. Nadie lo dio en lesiones venosas.
- **Dietético:** enfermera de AFyC el 100% de los casos (IC95%: 15,8% a 100%) en los dos tipos de lesiones.
- **Ejercicio:** cirujano vascular en los 2 casos de lesión con componente arterial (100%; IC95%: 15,8% a 100%); en lesiones venosas en 1 de las 3 (33,3%; IC95%: 0,8% a 90,6%) el cirujano vascular y en 2 (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%) la enfermera AFyC.

Tabla 3. Consejo en salud

DIAGNOSTICO	CONSEJO DE SALUD	n	%	IC 95%
Herida mixta	Tabaco	2	66,7	9,4 a 99,2
Herida mixta	Dieta	1	33,3	0,8 a 90,6
Herida mixta	Ejercicio	2	66,7	9,4 a 99,2
Herida venosa	Dieta	2	7,1	0,9 a 23,5
Herida venosa	Ejercicio	3	10,7	2,3 a 28,2

Fuente: Elaboración propia

11. Seguimiento de recomendaciones de las GPC

11.1. Localización de la lesión

Se registró la localización en 2 de las 3 lesiones mixtas (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%). En las heridas venosas se registró en 6 (21,4%; IC95%: 8,3% a 41,0%).

11.2. Palpación de pulsos

En las lesiones mixtas se registró la valoración de pulsos en 2 de las lesiones (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%), valorándose todos los pulsos en cada caso. En cuanto a las lesiones venosas los pulsos femoral y tibial posterior se palparon en 2 de las lesiones (7,1%; IC95%: 0,9% a 23,5%), el pulso poplíteo en 3 (10,7%; IC95%: 2,3% a 28,2%) y el pedio en 5 (17,9%; IC95%: 6,1% a 36,9%).

11.3. Índice tobillo-brazo (ITB)

Se han valorado dos hechos:

- Los ITB realizados separando los resultados por patologías: se registraron en 2 de las lesiones mixtas (66,7%; IC95%: 9,4% a 99,2%) y en 2 de las venosas (7,1%; IC95%: 0,9 a 23,5%).
- Los ITB en función de los vendajes compresivos aplicados: De las 20 lesiones que en algún momento llevaron compresión se registró ITB previo a la compresión en 3 (15%; IC95%: 3,2% a 38,9%).

11.4. Curas locales

En lo referente a las curas locales se remarcan dos aspectos:

- **Cura seca prevascularización:** Se encontró registrada cura seca previa al registro de revascularización en 1 de las 3 lesiones mixtas (33,3%; IC95%: 0,8% a 90,6%).
- **Apósitos no adherentes:** De las 31 lesiones totales se encontraron registrados apósitos no adherentes en 7 (22,6%; IC95%: 6,2% a 38,9%), apósitos adherentes en 10 (32,3%; IC95%: 14,2 a 50,3%) y en 13 se encontraron registrados ambos tipos de apósito (41,9%; IC95%: 23,0% a 60,9%). En una historia no se pudo determinar el tipo de apósito (**Tabla 4**).

Tabla 4. Apósitos

TIPO DE CURA	n	%	IC 95%
Apósito no adherente exclusivamente	7	22,6	6,2 a 38,9
Apósito adherente exclusivamente	10	32,3	14,2 a 50,3
Ambos apósitos	13	41,9	23 a 60,9
Apósito no especificado	1	3,2	0,1 a 16,7

Fuente: Elaboración propia

Discusión

1. Terapia compresiva

En el caso de las lesiones mixtas su uso debe ser reducido o muy controlado dado el componente arterial, mientras que en las venosas se recomienda tanto durante el tratamiento de la lesión como tras su cicatrización para evitar o disminuir las recidivas de lesiones^{4-6,9,10,13,14}. Aunque más del 50% de las lesiones venosas recibieron compresión en algún momento durante la fase aguda, menos de la cuarta parte recibió compresión durante la fase aguda y tras la cicatrización, como recomiendan las guías.

2. Tratamiento adicional

2.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la insuficiencia arterial se encontró en todos los pacientes con lesión, no así en aquellos con insuficiencia venosa, donde fue de menos de un 11%. El tratamiento farmacológico se mostró pues más cumplimentado para patología arterial que para la venosa.

Resulta remarcable el hecho de que el tratamiento farmacológico de la insuficiencia arterial fue pautado siempre por cirugía vascular, mientras que el de insuficiencia venosa también fue pautado siempre por el médico de AFyC.

2.2. Consejo en salud

Se puede analizar según el consejo:

- **Tabaco:** Bastante presente en el consejo a pacientes con lesiones isquémicas, no así en venosas. El consejo se llevó a cabo tanto por la enfermera de AFyC como por el cirujano vascular.
- **Dieta:** Consejo muy escaso en ambos tipos de patología. En las lesiones mixtas se hizo exclusivamente por parte de la enfermera de AFyC, en las venosas por parte del cirujano vascular y de la enfermera de AFyC.
- **Ejercicio:** Presente en más de la mitad de los casos de patología isquémica por parte del cirujano vascular. Muy poco recomendado en lesiones venosas, cuando se recomendaron fue por parte del cirujano vascular y la enfermera de AFyC.

3. Coordinación interdisciplinar

La enfermera de AFyC estuvo presente en todas las terapias compresivas que se han realizado, no correlacionándose necesariamente su uso con la prescripción por parte del médico (independientemente de la especialidad de éste). La enfermera de AFyC estuvo también muy ligada en lo referente al consejo de salud en ambas patologías.

Por parte del profesional médico las variables relacionadas con patología arterial se vieron más representadas en cirugía vascular (tratamiento farmacológico y consejo en salud). En cuanto a patología venosa el tratamiento farmacológico recayó sobre el médico de AFyC.

4. Adecuación a las guías

Se recogió la localización en más de la mitad de las lesiones isquémicas, pero en menos de la cuarta parte de las lesiones venosas.

La palpación de pulsos fue superior a la mitad en el caso de las lesiones isquémicas no llegando al 18% en el caso de las lesiones venosas. En las lesiones venosas el pulso más explorado fue el pedio. La palpación de los pulsos femoral, poplíteo y tibial posterior requiere cierta pericia, esto seguramente sea la explicación a porqué se exploraron más en patología arterial, controlada principalmente por cirugía vascular, y no así en lesiones de componente venoso, que recaen más en AFyC.

La realización del ITB fue superior a la mitad de los casos en las lesiones isquémicas y poco más del 7% en pacientes con lesiones venosas. Sólo se encontraron registros de ITB previos a la aplicación de terapia compresiva en el 15%.

Menos de la cuarta parte de las lesiones se cubrieron de manera exclusiva con apósitos no adherentes y en torno a un 40% usaron de los dos tipos, por lo no se puede concluir que la elección de apósito viniera marcada por el tipo de lesión, sino por otros factores que no se estudiaron en este caso.

Se puede resumir por tanto que se encontraron todos los registros recomendados valorados en este estudio en menos de la cuarta parte de las úlceras de etiología venosa revisadas. En los resultados para las lesiones con componente arterial sí se registraron estas recomendaciones en más de la mitad de los casos.

5. Limitaciones del estudio

- Las variables a valorar no eran en su totalidad iconos automatizados en la historia clínica informatizada, sino redactados, lo que implica leer cada visita. El registro de las visitas en la historia clínica informatizada era en ocasiones incompleto o la redacción no clarificaba el icono a valorar, siendo este hecho más frecuente en las primeras visitas registradas en formato de historia informatizada. En ocasiones no se encontraba registrado el diagnóstico, lo que dificultaba distinguir las visitas referidas al proceso en cuestión. Todo esto entorpeció el proceso aumentando la posibilidad de perder datos durante la recogida.
- La muestra resultó escasa, por lo que los resultados deben ser tenidos en cuenta con prudencia, más aún en las lesiones con componente arterial.

- A pesar de haberse desagregado el diagnóstico "Deterioro de la integridad cutánea" (NANDA 00046) según etiología y localización, la codificación de las lesiones se sigue haciendo con el diagnóstico inespecífico original, lo que dificultó la realización de este tipo de estudios al no ser capaz de distinguir las lesiones a estudio y aumentando la posibilidad de sesgos de elección.

6. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

El estudio muestra una panorámica de varios aspectos referidos al manejo de lesiones vasculares. Pone de manifiesto los puntos donde la atención es mejorable: uso de compresión durante y después de las lesiones, uso del ITB, consejo de salud referente a tabaco, ejercicio y dieta o mejoras en el tratamiento local o en la exploración.

Estudios que determinen qué factores pueden influir y mejorar estos puntos débiles podrían ser útiles. Sería recomendable ampliar con futuros estudios los factores limitantes del uso de la terapia compresiva (conocimientos del profesional, falta de medios, rechazo del paciente...) y del resto de aspectos valorados en este estudio.

Sería de gran utilidad el poder avanzar (vía cursos, formación, información a los centros...) en el aspecto de codificar de manera desagregada las lesiones, ya que permitiría trabajar mejor en la realización de estos estudios. El uso del diagnóstico NANDA "Deterioro de la integridad cutánea" (00046) en su acepción genérica no permite distinguir las lesiones específicas, su desagregación puede ayudar a mejorar los estudios y, por tanto, mejorar en la atención y cuidados.

Conclusiones

- La terapia compresiva tiene un uso inferior al 60% en el tratamiento agudo de las lesiones venosas e inferior a la cuarta parte tras su cicatrización.
- Las medidas de tratamiento adicional no están completamente implementadas, no llegando al 11% de los pacientes con lesiones venosas en cuanto a tratamiento farmacológico y consejo de salud.
- Las enfermeras de atención primaria son las profesionales implicadas que más utilizan la compresión, usándola en el 100% de los pacientes que recibieron esta terapia.
- La patología arterial es controlada principalmente por cirugía vascular, no llevando el mismo seguimiento sobre la patología venosa que recae sobre atención primaria.
- Menos de la cuarta parte de las lesiones venosas son tratadas según las recomendaciones de las guías consultadas.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en la realización de este trabajo, el cual se ha realizado sin ningún tipo de financiación externa.

Bibliografía

1. Gómez Ayala AE. Úlceras vasculares. Factores de riesgo, clínica y prevención. Farmacia profesional[Internet].2008.[citado 21 enero 2016];22(6):33-38.Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13124067&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=3&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v22n06a13124067pdf001.pdf
2. Velasco M. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las úlceras de las piernas. Actas Dermosifiliogr. 2011; 102: 780-790.
3. Franks P, Barker J, Collier M. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice, J Wound Care. 2016; 25; 6, Suppl, 1-67
4. Wounds UK (2016). Best Practice Statement: Holistic management of venous leg ulceration. London: Wounds UK. Available to download from: www.wounds-uk.com
5. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Segunda edición. Sevilla: AEEVH, 2014.
6. Moore Z, Butcher G, Corbett LQ. AAWC, AWMA, EWMA Position Paper: Managing Wounds as a Team. J Wound Care 2014; 23 (5 Suppl.): S1-S38.
7. Wounds UK (2013). Optimising venous leg ulcer services in a changing NHS: A UK consensus. London: Wounds UK. Available at: www.wounds-uk.com
8. Rueda López J. Primer Estudio Nacional de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos. 2004; 15 (4): 230-47
9. Anderson I. Compression hosiery to reduce leg ulcer recurrence. Nursing Times. 2013; 109(6): 18-20.
10. Nelson E, Bell-Syer S. Compresión para la prevención de la recurrencia de las úlceras venosas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 8. Art. No.: CD002303. DOI: 10.1002/14651858.CD002303. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=11509496&DocumentID=CD002303>
11. Bellmunt Montoya S. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. Aten Primaria. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.03.001
12. Weller C, Evans S. Venous leg ulcer management in general practice-practice nurses and evidence based guidelines. Aut Fam Physician. 2012; 41 (5): 331-7.