MANEJO DE ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN GRAN DESAFÍO

AUTOR

Ignacio Torres Yáñez.

Enfermero CESFAM Juan Carlos Baeza.

Depto. Salud San Clemente, Región del Maule, Chile

Correspondencia a eu.ignaciotorres@gmail.com

Existe una población de aproximadamente 34.500 personas en la Atención Primaria de Salud que permanecen con úlceras venosas (UV)[1]. El reporte del Ministerio de Salud de Chile del año 2007 informó que 70% de los pacientes con heridas crónicas corresponden a UV, y de estos pacientes, 40% son laboralmente activos[2]. La comuna de San Clemente se caracteriza por ser una zona de carácter rural, en la cual hay una alta tasa de heridas y úlceras, concentrándose las curaciones avanzadas (CA) en un solo Centro de Atención Familiar (CESFAM). Frente al desafío de lograr entregar un correcto manejo de UV es que se inició la implementación del Programa Piloto de Úlceras Venosas[3].

Palabras Clave: úlcera venosa, curación avanzada, sistema compresivo.

Propósito: Mostrar el manejo de una UV en Atención Primaria de Salud (APS), mediante la implementación del Programa Piloto de Ulcera Venosa, utilizando como pilares la CA y el uso de sistemas compresivos.

Fuente de Financiamiento: Programa Piloto en Úlcera Venosa, Ministerio de Salud.

Declaración de conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: El autor ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de él.

METODOLOGIA

Paciente masculino de 40 años, chileno, escolaridad media incompleta, se desempeñaba como guardia de seguridad. Con antecedentes mórbidos de UV de 17 años de evolución manejada con curación tradicional, tres veces por semana, sin sistema compresivo. Antecedentes de Trombosis Venosa Profunda (TVP), cirugía de várices de la pierna derecha hace 18 años. Actualmente no se encuentra laboralmente activo debido a la presencia de la úlcera crónica. En control en salud mental por cuadro depresivo en tratamiento con Fluoxetina y Risperidona. Sin patologías de base asociadas.

Al ingreso se solicitan exámenes, con resultados favorables. Estado nutricional obeso, con IMC de 36.5. Se realiza Índice tobillo brazo[1,2]. Al examen físico se destaca pulso pedio y tibial posterior (+). UV Tipo 4, ubicada en el tercio medio de la cara interna de la pierna derecha, con lecho con predominio de tejido esfacelado, con aproximadamente una profundidad de 1,5cm, abundante exudado turbio, edema (++), EVA 2/10 en tratamiento con Ibuprofeno 600mg SOS. Piel circundante macerada y ausencia de calor local. Se aplica protocolo de Valoración de Carga Bacteriana (VACAB), determinando colonización crítica.

Se procede a realizar ingreso al Programa Piloto el día 10 de agosto del 2018, con UV Tipo 4, Fotografía 1. Se realiza curación avanzada con arrastre mecánico con suero fisiológico abundante (500 cc) y jabón con clorhexidina al 2%, dejándolo actuar 3 minutos la primera semana para disminuir carga bacteriana. Se realizó desbridamiento quirúrgico con cureta para remover tejido esfacelado en primera instancia. Se aplica protector cutáneo en la zona perilesional y ácidos grasos hiperoxigenados en la piel indemne, se utiliza apósito bacteriostático DAAC como apósito primario. Se inicia sistema compresivo inelástico (Bota de Unna de 20mmHg) con aplicación de Bota de Duke, por un plazo de 20 días. Sobre la Bota de Unna se aplica apósito pasivo de gasa no tejida de 20 x 40cm, logrando buena tolerancia al tratamiento compresivo y disminuyendo considerablemente el edema.

Posteriormente se cambia a sistema compresivo de 2 capas (40mmHg), por un plazo de 3 meses (septiembre-diciembre 2018). Al cuarto mes (enero 2019) se inicia sistema compresivo de 3 capas, el cual tuvo poca tolerancia ya que el usuario refería “mucho calor”. En enero del 2019 se procede a realizar cambio a Media Compresiva de 40 mmHg, Fotografía 2, manteniendo buena tolerancia y adherencia al tratamiento por 3 meses (enero a marzo 2019). Se mantuvo CA cada 3 días con apósito bacteriostático DAAC y se incorpora espuma limpiadora para piel circundante, optimizando los tiempos de curación, hasta abril del 2019, donde se inicia fase de cica-

trización con inhibidor de las metaloproteasas la primera semana y posteriormente tull de silicona, acompañado de protector cutáneo y ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

RESULTADOS

Se inicia uso de calcetín terapéutico el 2 de abril, logrando cicatrización completa el día 22 de abril del 2019, Fotografía 3. El paciente recupera su autonomía y se reincorpora a sus actividades cotidianas, las cuales no podía realizar por temor al rechazo debido al mal olor de sus úlceras.

Al alta se le entrega su kit (Calcetín Terapéutico y AGHO), se felicita y se le motiva a mantener cuidados generales (uso de sistema compresivo y lubricar cada 8 horas la piel). Se fomenta estilo de vida saludable, reforzando indicaciones entregadas por nutricionista. Se indica mantener extremidades elevadas al dormir, ejercicios para aumentar el retorno venoso, como dorsiflexión del pie y caminata de 30 minutos continua.

FOTOGRAFÍA 3

CONCLUSIONES

Usuario logra el cierre completo de la UV de larga data (17 años) en un plazo de 8 meses, cumpliendo el desafío de manejar solamente en atención primaria una UV, utilizando curación avanzada y sistema compresivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza G. Factibilidad económica de la implementación del tratamiento avanzado en úlcera venosa en el nivel primario de atención [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas; 2015 [citado:2019,septiembre].Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133971
2. Christine Kreindl, Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas, Revista Chilena Nutrición, 2019; disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n2/0717-7518-rchnut-46-02-0197.pdf
3. Aburto I., Morgado P. Costo efectividad en sistemas avanzados en el tratamiento de úlceras venosas, Santiago, FINH (Fundación Instituto Nacional de Heridas), 2017.