

Eficacia del vendaje multicapa como tratamiento de la úlcera varicosa en un hospital público del interior del país

Luis Rivadero

Cirujano General, Miembro Titular de la AAC (MAAC), Miembro titular de la SAFyL, Exalumno de la Escuela Argentina de Flebología y Linfología con sede en la AMA, Cirujano General y Flebolinfólogo del Hospital Horacio Heller. Provincia de Neuquén, Argentina.

Flebología 2016;42:34-37

Resumen

Introducción. Se trataron 15 pacientes con úlceras de origen venoso desde enero de 2014 a enero de 2015, con un mínimo de 5 años de evolución, mayores a 10 cm de diámetro, multitratados en otros centros médicos. En los mismos se utilizó vendaje multicapa como método de tratamiento.

Materiales y métodos. Se trataron 15 pacientes de ambos sexos, con úlceras de gran volumen, algunas bilaterales; se utilizó como metodología de trabajo un estudio generalizado del paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes patológicos y personales, se solicitó IC a los servicios de clínica médica y nutrición. A todos se les realizó la toma del índice tobillo brazo. Un solo paciente requirió toilette quirúrgico bajo anestesia, al resto se le realizó tratamiento exclusivamente ambulatorio; utilizando vendaje multicapa. Se realizó el mismo con recambio cada siete días, con excepción de un grupo reducido al que se la realizó cada 72 hs para un mejor manejo de las secreciones. Se logró el cierre completo en el 80% de los casos; y se continuó con el tratamiento de base (tratamiento del reflujo). **Discusión.** Las limitaciones del hospital público en la región, ya sea por los bajos recursos destinados al mismo o por el desconocimiento de los que conducen estas instituciones, nos obliga a utilizar una metodología casi en desuso pero aún vigente como es el vendaje multicapa. Cree-

mos que contamos con la constancia y voluntad de nuestros pacientes para poder obtener buenos resultados.

Palabras claves. Paciente, úlcera, vendaje multicapa.

Multi bandage effectiveness as varicose ulcer treatment in a public regional hospital

Summary

Introduction. From January 2014 to January 2015, 15 patients with ulcers of venous origin, were treated. They had a minimum of five years of evolution, they were bigger than 10 cm of diameter and they had been multi treated at other medical centres. In this work Multi bandage was used as a method of treatment. **Materials and methods.** 15 Patients of both sexes with big ulcers, some bilateral, were treated. It was used as work methodology, a patient study, bearing in mind their pathological and personal history. IC was requested to Medical Clinic Services and Nutrition. All patients underwent making the index ankle arm. Only one patient required surgical toilette under anesthesia. All the rest of patients required only ambulatory treatment, using multi bandage. The change of bandages was carried out every seven days, except in a small group performed every 72 hours for better management of secretions. Complete closure was achieved in 80% of cases, and they continued with basic

Correspondencia: Luis Rivadero
Correo electrónico: luisrivadero@yahoo.com

treatment (treatment of reflux). Discussion. The limitations of Public Hospital in the region, we there because of the lower resources are located to it, or ignorance or of those leading these institutions, it forces us to use a methodology almost in disuse but still applicable as Multi bandage. But we believe that we have the perseverance and will our patients to be able to reach good results.

Key words. Patient, ulcer, multi bandage.

Introducción

Como se citó anteriormente, se trataron 15 pacientes con úlceras de origen varicoso, desde enero de 2014 a enero de 2015, con un mínimo de 5 años de evolución, con diámetros superiores a los 10 centímetros; los mismos fueron tratados previamente en centros de salud del ámbito privado y público sin buenos resultados. En los mismos se utilizó como metodología de tratamiento, el vendaje multicapa, ya que debido a los recursos con los que cuenta el hospital público no nos permitió utilizar otra metodología más sofisticada, sin embargo, los resultados fueron bastante alentadores.

Materiales y método

Se trataron un total de 15 pacientes de ambos sexos, 10 de sexo femenino (75%) y 5 de sexo masculino (25%), con úlceras de gran volumen, desde 10 cm, como mínimo hasta un máximo de 40 cm, que abarcaban todo el diámetro de la pierna. En 5 pacientes se presentaban como bilaterales (una paciente de sexo femenino y cuatro de sexo masculino). El tiempo de evolución de las mismas era de 5 años como mínimo hasta un máximo de 14 años. La edad de los pacientes iba desde los 28 años como mínimo hasta un máximo de 82 años. Los mismos fueron tratados durante un largo período por distintos profesionales. Como anecdotario a tener en cuenta cabe consignar que a los 5 pacientes que presentaban úlceras bilaterales les sucedió que varios profesionales a los que consultaron les indicaban curaciones con el servicio de enfermería, sin siquiera haberse tomado el trabajo de revisarlos. A 14 de los pacientes tratados, jamás se les había indicado elastocompresión. Solamente dos pacientes presentaban úlceras de grado III (con compromiso de

fascia y músculo), de los cuales solo uno de ellos requirió toilette quirúrgico bajo anestesia, por presentar signos de necrosis, previa evaluación en conjunto con el servicio de Traumatología.

Se utilizó como metodología de trabajo el estudio previo del estado general del paciente, por lo que se solicitó interconsulta a los servicios de Clínica Médica y Nutrición.

Se evaluaron antecedentes personales y patológicos. A todos los pacientes se les realizó como estudios complementarios, análisis de laboratorio con pedido especial de proteinograma completo, *ecodoppler* arterial y venoso. Diez pacientes presentaron hipoproteïnemia; 14 pacientes presentaron reflujo de causa primaria y 1 de causa postrombótica.

En cuanto a los factores locales, se evaluaron: la presencia o no de infección de la úlcera, signos de necrosis y tipos de curaciones realizadas previamente. Se tuvo en cuenta las posibilidades del paciente con respecto al autocuidado, teniendo presentes los aspectos sociales y culturales del mismo. Como no contamos con apoyo profesional del servicio de Salud Mental, se trató, en cada día de curación, de elevar la autoestima del paciente para que no suspendiera el tratamiento instituido.

A todos los pacientes se les realizó la toma del índice tobillo-brazo (ITB). Se tuvo en cuenta la escala de PUSH de medición de úlceras, que evalúa: longitud por ancho de la úlcera, la cantidad de exudado y tipo de tejido encontrado.

En cuanto a la preparación del lecho ulceroso, se respetó acrónimo *TIME*: T= control de tejido viable; I= control de la infección; M= control del exudado; E= estimulación de los bordes epiteliales.

La totalidad de los pacientes tratados presentó un índice tobillo-brazo entre 0,8 y 1,0, por lo cual se pudo realizar elastocompresión en cada uno de ellos.

Por todo lo citado anteriormente, llama la atención que ninguno de los profesionales que atendieron a estos pacientes previamente les haya indicado en ningún momento elastocompresión, procedimiento que considero básico en estos pacientes

Las curaciones con vendaje multicapa fueron realizadas y supervisadas por un profesional.

Se realizó protección de los bordes con pasta base osulfadiazina de plata, colocación de gasa vaselinada en el lecho ulceroso, con el objetivo de

no alterar las etapas de cicatrización de la misma. Se realizó vendaje con venda de gasa estéril, colocación de malla tubular, vendaje con goma espuma de 1 mm de espesor y vendaje elástico, abarcando la totalidad del pie y pierna (excepto los dedos). El mismo se renovaba una vez por semana en 11 pacientes, y cada 4 días en 4 pacientes, para un mejor control de exudado (ver Figura 1).

En 12 pacientes se obtuvo el cierre completo de la úlcera en un plazo de 4 a 6 meses, en 2 pacientes resta por cicatrizar un 20% aproximadamente y 1 paciente abandonó el tratamiento.

En aquellos pacientes en los que se obtuvo la cicatrización completa de la úlcera, se continuó con el tratamiento de base (corrección del reflujo) (ver Figura 2).

Figura 1. Técnica del vendaje multicapa utilizado en los pacientes.



Figura 2. Algunos de los pacientes tratados y su evolución (de izquierda a derecha).



Discusión y conclusiones

Si bien el número de pacientes es reducido con respecto a otras publicaciones, vale hacer la aclaración, que los mismos fueron tratados cuando recién me iniciaba en la especialidad; actualmente la cantidad de pacientes tratados casi se ha triplicado.

Existen varios trabajos que informan resultados positivos con la utilización del vendaje multicapa y quizás para los que lean este artículo no sea ninguna novedad; en realidad, el objetivo de este trabajo va más allá de las críticas negativas al respecto, ya que, de alguna manera, lo que se quiere demostrar es cómo solucionar un serio problema como es el de la úlcera varicosa en un paciente de bajos recursos económicos, en una institución pública con bajos recursos (valga la redundancia).

La mayoría de las publicaciones consultadas afirman que el cierre completo de las úlceras, con vendaje multicapa, lo obtienen en menor tiempo que el citado en el presente trabajo (entre 4 y 6 semanas), pero la mayoría de las mismas no informan sobre el tamaño, tiempo de evolución y contexto general del paciente, previo al inicio del tratamiento.

Sabemos que existen otras terapias más modernas y eficaces que el vendaje multicapa, como el plasma rico en plaquetas, la utilización de la membrana amniótica, el *vacum*, los parches biológicos o la cámara hiperbárica, pero los mismos no se encuentran al alcance de la institución pública en donde me desenvuelvo.

Las limitaciones del hospital público en la región, ya sea por los bajos recursos destinados a este tipo de pacientes y por el desconocimiento de los que conducen estas instituciones, nos obliga a utilizar una metodología casi en desuso

pero aún vigente como es el vendaje multicapa. Creemos y contamos con la constancia y voluntad de nuestros pacientes para poder obtener buenos resultados.

Luchar con un sistema de salud público no preparado para este tipo de pacientes es difícil, y mucho más difícil, créanme, lo es estando solo. Por eso espero que sepa valorarse los resultados obtenidos.

Referencias

1. Cullun N, Nelson E A, Fletcher A W, Sheldon T A. Compression bandages and stockings for venous leg ulcers. *Cochrane, Database Syst Rev* 2000; (2): CD 000265.
2. Simon D, Dix F, Mc Collum. Management of venous leg ulcers, *BMJ* 2004; 328: 1358-1362.
3. Ballesteros A. Tratamiento de una úlcera con vendaje multicapa, *metas de Enfermería* 2004; Vol 7: 57- 60.
4. Torra Bou J E, Soldevilla Agreda y Cols. Epidemiología de las úlceras venosas. *Gerokomos Barcelona* 2004; Vol 25(4).
5. Marinello Roura J. Úlcera de las extremidades inferiores. *Ed Glosa* 2005; 25-44.
6. Verdu J, Marinel J. Documento de consenso sobre úlceras de las extremidades inferiores. *CONUEI, Úlcera de etiología venosa. Barcelona, EDIKAMED* 2008; 35-45.
7. Simkin R. Tratado de patología venosa y linfática, *Ed Medrano. Ed* 2008; 25: 478-495.
8. Herraiz Adillo A, Gras Madrigal D, Herraiz M. Vendajes compresivos: técnicas y procedimientos. *Metas de Enfermería* 2009.
9. O' Meara S, Cullun N, Nelson E A, Dumville J C. Compression for venous leg, ulcers *Cochrane. Database Syst Rev* 2012; (1): CD 000265 - Nov 14.
10. O' Donnell T F, Passman M A, Kistner R L y col. Management o venous leg ulcers. *Clinical Practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American venous forum. J Vasc Surg* Aug 2014; 60(2): 35-595.