

Cuadro 3: Recomendaciones para la evaluación clínica de un paciente con úlceras en el miembro inferior.

Maniobra	Fuero de la recomendación*
Evaluar la presencia de insuficiencia arterial.	A
Medir por eco-doppler el índice de TA tobillo-brazo.	B
Registrar el tamaño de la lesión.	B
Evaluar la presencia de insuficiencia venosa o sus factores de riesgo.	B
No se recomienda realizar hisopados bacteriológicos de rutina.	B
Preguntar por el antecedente de diabetes o artritis reumatoidea.	B
Inspeccionar y palpar la úlcera para detectar signos de maceración de la piel, de eczematización o de malignidad.	B/C
Inspeccionar signos de insuficiencia venosa.	C
Evaluar la existencia de condiciones que de ser corregidas mejoren la respuesta al tratamiento.	C
Registrar el mecanismo de producción, el antecedente de úlceras previas, el tiempo que tardaron en curar y los tratamientos previos.	C
Interrogar la presencia de dolor.	C

RESUMEN PARA LLEVAR AL CONSULTORIO

EN TODO PACIENTE

Evaluar la presencia de insuficiencia arterial (incluyendo la medición del índice de TA tobillo-brazo por eco-doppler) y/o venosa.

Valorar las condiciones que de ser corregidas permitan un mejor respuesta al tratamiento.

Registrar periódicamente el tamaño de la lesión sin realizar hisopados bacteriológicos de rutina.

Pesquisar signos de maceración de la piel, de eczematización o de malignidad.

*Ver glosario

Dr. Sergio Terrasa [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Bibliografía

1. New Zealand Guidelines Group. Care of People with Chronic Leg Ulcers -An evidence based guideline. 1999. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/leg_ulcer/TOC.cfm
2. Peters J. A review of the factors influencing nonrecurrence of venous leg ulcers. Journal of Clinical Nursing, 1998;7(1):3-9. DARE abstract 985381
3. Nelzen O, Bergqvist D, Lindhagen A. Leg ulcer etiology - A cross sectional population study. Journal of Vascular Surgery 1991;14(4):557-564.
4. Spence R, Jones C. Lower Extremity Ulcers and Varicose Veins. En: Barker R, Burton J, Zieve P. Principles of ambulatory medicine. 1999, Williams and Wilkins, USA. Chap. 88, Pag 1368 a 1379.
5. Royal College of Nursing. Management of venous leg ulcer. Clinical Practice Guidelines. 1998 <http://www.rcn.org.uk/services/promote/clinical/VenousLegUlcers.pdf>

NOTIFICACIONES UTILES EN ATENCION PRIMARIA

Vacunación antigripal ¿Hasta cuándo?

El período ideal de la vacunación antigripal comienza en marzo, especialmente para los grupos de riesgo, pero la vacunación antigripal puede ser recibida después del mes de junio y aún durante toda la temporada de influenza.

La actividad de influenza en la república Argentina se inicia usualmente mayo o junio, pero los picos de la actividad del virus influenza, en las últimas temporadas fueron en julio o agosto pudiendo continuar hasta noviembre (como puede verse en la figura). Los adultos alcanzan anticuerpos protectores contra la gripe a las 2 semanas de la vacunación. Por tanto se considera apropiada la vacunación antigripal durante toda la temporada de gripe, a fin de alcanzar altas coberturas de protección en la comunidad, en especial en los grupos de riesgo.

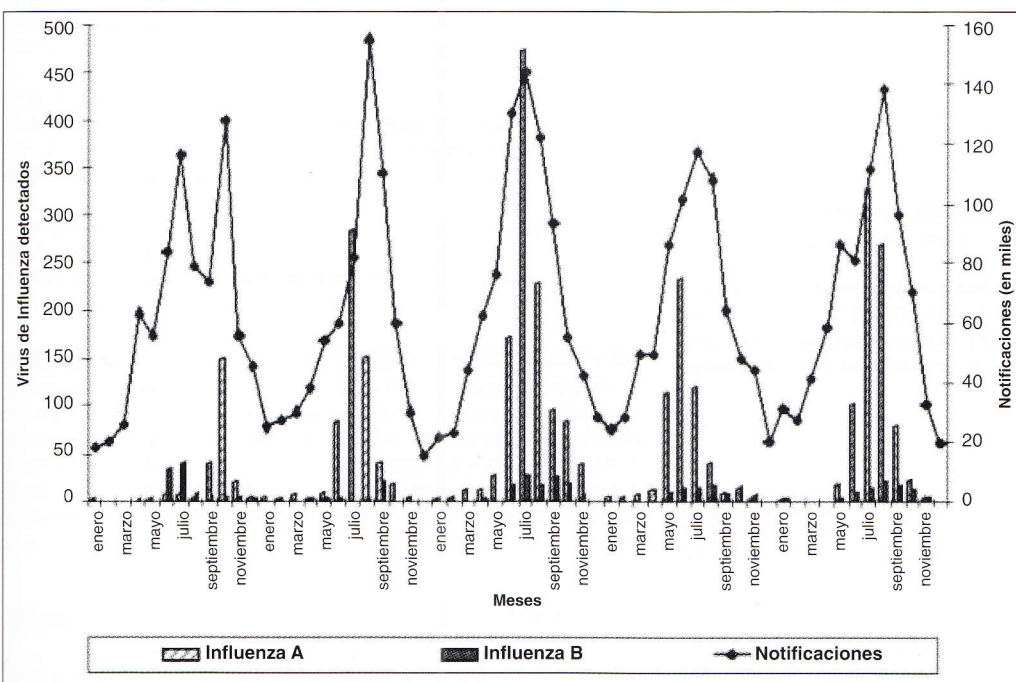


Figura 1. Notificaciones al SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) de casos de síndrome tipo influenza y número de virus de influenza detectados (Años 1997-1998-1999-2000-2001) BOLETIN GROG 2001;5(2):1-40. (Grupo Colaborativo de Vigilancia Epidemiológica de Gripe y otras Virosis Respiratorias en Argentina)

Dr. Agustín Ciapponi [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.]