

# Guía de Práctica Clínica: Guía para la evaluación de los pacientes con úlceras de los miembros inferiores (1ra. parte)

El objetivo de esta primera entrega es resumir la evidencia que sustenta las principales estrategias que hoy están recomendadas en la evaluación de estos pacientes. En una segunda entrega de EVIDENCIA nos explayaremos sobre el tratamiento y la prevención de la recurrencia de las úlceras de los miembros inferiores.

## INTRODUCCIÓN

Afortunadamente en los últimos años ha surgido gran cantidad de evidencia, mucha proveniente de revisiones sistemáticas de muy buena calidad, sobre la eficacia de las intervenciones para el tratamiento y la prevención de las úlceras crónicas de los miembros inferiores, definidas éstas como el defecto de la piel en dicha región que persiste más de seis semanas<sup>1</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

Diversos estudios poblacionales estiman que entre 1,5 a 3 de cada mil personas de la población general tiene úlceras activas en los miembros inferiores, aumentando a 20 por mil la prevalencia en los mayores de 80 años.

La tasa de recurrencia al año varía entre 26 y 69%, siendo factores de riesgo las úlceras mayores de 10cm<sup>2</sup>, el antecedente de trombosis venosa profunda y el no uso de medias elásticas<sup>2</sup> (como ejemplo, no recurren del 83 a 100% en los que adhieren a indicación de medias versus 16 a 33% en los que no adhieren).

La insuficiencia venosa es la causa más frecuente siendo responsable del 60% de las úlceras crónicas de los miembros inferiores (20% de los pacientes tienen además insuficiencia arterial)<sup>3</sup>. El cuadro 1 muestra la presencia de los principales mecanismos involucrados en la generación y la persistencia de las úlceras de los miembros inferiores.

**Cuadro 1: Principales mecanismos involucrados en la generación y la persistencia de las úlceras de los miembros inferiores.**

| Mecanismo                               | Localización       |                             |
|---|--------------------|-----------------------------|
|   | Úlceras en general | Ubicadas por encima del pie |
| Venosa                                  | 40%                | 52%                         |
| Predominio venoso y componente arterial | 14%                | 18%                         |
| Arterial                                | 7%                 | 4%                          |
| Predominio arterial y componente venoso | 5%                 | 4%                          |
| Arterial/diabética                      | 9%                 | 2%                          |
| Diabética                               | 4%                 | 1%                          |
| Traumática                              |                    | 2%                          |
| Por presión                             | 3%                 | Menos de 1%                 |
| Multifactorial                          |                    | 11%                         |
| Otros                                   |                    | 6%                          |

Modificado de: Nelzen O, Bergqvist D, Lindhagen A. Leg ulcer etiology - A cross sectional population study. Journal of Vascular Surgery 1991;14(4):557-564.

## FISIOPATOGENIA

La úlcera venosa suele comenzar con un traumatismo en un paciente predispuesto: el que presenta destrucción de los sistemas valvulares venosos con inversión del flujo, fenómeno probablemente secundario a episodios de tromboflebitis profunda. Existen

diversas teorías que intentan explicar la formación y la evolución tórpida de la úlcera<sup>4</sup> (estasis, hipoxia por formación de un "manguito" de fibrina extravascular, activación de los leucocitos, etc.). Los mecanismos arteriales de ulceración implican un déficit de irrigación en los miembros inferiores, lo que conduce a isquemia y necrosis, mientras que las úlceras diabéticas suelen tener etiología multicausal a través de mecanismos neuropáticos, isquémicos y venosos.

## PRESENTACIÓN CLÍNICA

La descripción clásica de la ulceración de mecanismo venoso es la de úlceras poco profundas y de bordes mal definidos, especialmente en la región del maléolo interno (84 al 88%), que se acompañan de edema, lipodermatoesclerosis, várices, hiperpigmentación por hemosiderina, atrofia blanca y/o eccematización de la región. La descripción clásica de la ulceración arterial es la de lesiones en forma de sacabocado con una base pálida y mal perfundida en un paciente que se presenta con el miembro inferior frío y con la piel tensa y brillante, que cambia su perfusión según el decúbito y que, en casos extremos puede acompañarse de cianosis o gangrena de los dedos.

Si bien estas presentaciones "de libro" son muy orientadoras, lamentablemente no son tan típicas en la vida real ni suficientes para establecer un diagnóstico de certeza de la fisiopatología de la ulceración, siendo muy común, además, encontrar lesiones de mecanismos mixtos que presentan características semiológicas compartidas de ambas descripciones. Por ejemplo, el dolor, que es un signo clásicamente descrito en los pacientes con úlceras arteriales, se encuentra presente en el 30% de los pacientes con úlceras venosas.

En cuanto a las úlceras diabéticas, suelen aparecer sobre prominencias óseas y tienen aspecto necrótico compartiendo características clínicas de las anteriores; mientras que las de etiología tumoral son, en general, de aspecto nodular y/o sobrelevado, con bordes cilíndricos o irregulares y de evolución extremadamente tórpida.

## EVALUACIÓN CLÍNICA

En varios países anglosajones se han desarrollado guías de práctica clínica, especialmente para ser implementadas por el personal de enfermería, el recurso humano que dedica más tiempo para el cuidado de estos pacientes en esos sistemas de salud. Describimos a continuación los puntos más relevantes de estos consensos basados en la Evidencia.

### Evaluar la presencia de insuficiencia arterial

Registrar antecedentes de claudicación intermitente, enfermedad coronaria, factores de riesgo de enfermedad vascular arterial, soplos, ausencia o asimetría de los pulsos. En el cuadro 2 se describe el rédito diagnóstico de los principales predictores de enfermedad arterial periférica.

**Cuadro 2: Rédito diagnóstico de los principales predictores de enfermedad arterial periférica.**

| Predictor                            |   | Razón de probabilidad *<br>(Odds ratio), +/- IC 95% |                  |  |
|--------------------------------------|---|---|------------------|--|
| Historia clínica                     | Sexo masculino                                      | 1.5 (1.1-1.9)                                       |                  |  |
|                                      | Edad de 60 a 80 años                                | 2.2 (1.6-3.0)                                       |                  |  |
|                                      | Tabaquismo  | 2.1 (1.6-2.8)                                       |                  |  |
|                                      | Hipertensión arterial                               | 1.5 (1.2-2.0)                                       |                  |  |
|                                      | Diabetes  | 1.6 (1.1-2.3)                                       |                  |  |
|                                      | Claudicación intermitente                           | 3.5 (2.5-4.8)                                       |                  |  |
| Examen físico                        | Enfermedad coronaria                                | 1.7 (1.3-2.3)                                       |                  |  |
|                                      | Soplo femoral                                       | 3.5 (2.5-4.8)                                       |                  |  |
|                                      | Asimetría en los miembros inferiores                | De la temperatura                                   | 2.5 (1.5-4.2)    |  |
|                                      |   | De los pulsos                                       | 16.4 (11.5-23.3) |  |
|                                      | Ausencia del pulso pedio                            | Sensibilidad<br>33 a 63%                            |                  |  |
| Índice tobillo/brazo por eco doppler | Coeficiente de probabilidad *<br>(Likelihood ratio) |   |                  |  |
|                                      |   | Positivo  | Negativo         |  |
|                                      | Una medición con un valor menor a 0,8               | 22  | 0.58             |  |
|                                      | Promedio menor a 0,9 (tres determinaciones)         | 9   | 0.18             |  |
|                                      | Una medición con un valor menor a 0,9               | Sensibilidad  | Especificidad    |  |
|                                      |   | 82%   | 98%              |  |

Modificado de: New Zealand Guidelines Group. Care of People with Chronic Leg Ulcers, an evidence based guideline. 1999; y de: Stoffers HEJH, Kester ADM, Kaiser V, Rinkens PELM, Knotterus JA. Diagnostic Value of Signs and Symptoms Associated with Peripheral Arterial Occlusive Disease Seen in General Practice. Medical Decision Making 1997;17(1):61-70.

Como se observa en el cuadro, una sola determinación con un índice tobillo brazo menor a 0.8 certifica (operativamente) la presencia de arteriopatía periférica. De este modo se contraindica el uso de compresión graduada de alta intensidad de presión. En cambio, si el promedio de tres determinaciones del índice tobillo brazo no es menor a 0,9 (dicho al revés, si es mayor a 0,9) disminuye en gran medida la probabilidad de que se trate de un paciente con arteriopatía periférica.

Teniendo en cuenta que la sola palpación de los pulsos no garantiza que la enfermedad arterial esté descartada (la sensibilidad de esta maniobra ronda entre el 33 y el 63%) se recomienda para su pesquisa, especialmente en los pacientes de alto riesgo, la medición del índice tobillo brazo llevada a cabo por un operador entrenado a través del eco-doppler.

Esta recomendación se sustenta en que, como veremos más adelante, la no detección de enfermedad arterial puede conducir a la implementación de medidas terapéuticas perjudiciales para el paciente (terapia compresiva de alta intensidad) y en que los pacientes con enfermedad arterial son candidatos a ser consultados con el cirujano vascular para evaluar la posibilidad de algún procedimiento de revascularización.

En el caso de los pacientes diabéticos o con artritis reumatoidea, la medición por doppler del cociente tobillo-brazo es menos confiable ya que sólo detecta signos de enfermedad de grandes vasos y en éstos pacientes puede afectarse, además, la microvasculatura, por lo que se recomienda que sean evaluados por el especialista (ej. diabetólogo).

### Registrar el tamaño de la lesión

Se recomienda anotar el máximo ancho y largo para evaluar la evolución de la lesión. No existe evidencia que sustente el uso de métodos más sofisticados de medición de la superficie ulcerada (ej. fotografías seriadas de la úlcera).

### Evaluar la presencia de insuficiencia venosa o sus factores de riesgo

Registrar el antecedente de historia familiar o personal de várices, trombosis venosa profunda, fractura o intervención quirúrgica del miembro.

### Evaluar la existencia de condiciones que, de ser corregidas o atenuadas, mejoren la respuesta al tratamiento

Estas condiciones son la diabetes, el tabaquismo, la anemia, la sobreinfección y la eccematización. Con respecto a la desnutrición, algunos trabajos descriptivos pequeños permiten suponer que el mal estado nutricional y las deficiencias en algunos micronutrientes condicionan dificultades en la cicatrización. Sin embargo, aún no están claras las implicancias terapéuticas de estos hallazgos.

Es importante estar atento a la aparición de signos de infección clínica como fiebre, incremento del eritema, exudado purulento o rápido aumento del tamaño de la úlcera. Sin embargo, no se recomienda realizar hisopados bacteriológicos de rutina. Es común que las úlceras estén colonizadas por microorganismos, lo que no tendría mayor influencia en los procesos de cicatrización en ausencia de signos clínicos de infección.

### Inspeccionar y palpar la úlcera para detectar signos de eccematización, de malignidad o de maceración de la piel

El eccema venoso es desarrollado por cerca de la mitad de estos pacientes y a veces se agrava por la frecuente hipersensibilidad a algún producto comúnmente utilizado en la curación: los antibióticos tópicos, los antisépticos (ej. clorhexidina) la cinta adhesiva y los productos que contienen alcoholes o lanolina. Es importante aclarar que hoy en día hay bastante consenso en evitar estos productos. Los signos clínicos que deben hacer pensar en eccema venoso son la picazón, la descamación, la pigmentación, el eritema y el exudado no purulento (estos dos últimos pueden hacer difícil la diferenciación entre eccema e infección). En este último caso, luego de suspender el producto puede agregarse al tratamiento alguna crema con corticoides.

Los signos de malignidad son el aspecto nodular y/o sobrelevado de la lesión, la forma cilíndrica o irregular de sus bordes o la elevación del tejido de granulación; así como la mala respuesta al tratamiento y el rápido incremento del tamaño. La prevalencia de lesiones malignas es del 5% en los pacientes que consultan a centros de referencia (seguramente bastante menor en atención primaria) siendo éstas casi siempre diagnosticadas luego de fallas al tratamiento habitual. Es interesante destacar que a través un estudio retrospectivo de casos y controles llevado a cabo en Suecia con más de 10000 pacientes se ha encontrado asociación entre el antecedente de úlceras venosas y el desarrollo de cáncer espinocelular OR: 5.8 (IC95%: 3.08 a 9.29) con un tiempo medio de 25 años de duración de la úlcera hasta el diagnóstico de cáncer de piel en ese lugar.

## CONCLUSIÓN

Para concluir, a modo de resumen, el cuadro 3 muestra una adaptación de los puntos más relevantes de: 1) la colaboración del Grupo de Guías, el Real Colegio de Generalistas y del Colegio de Enfermeros (Nueva Zelanda)<sup>1</sup>; 2) la colaboración del Instituto del Real Colegio de Enfermería, el Centro para la Enfermería Basada en la Evidencia y las Escuelas de Enfermería de Manchester y York (Gran Bretaña)<sup>5</sup>.

**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](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.

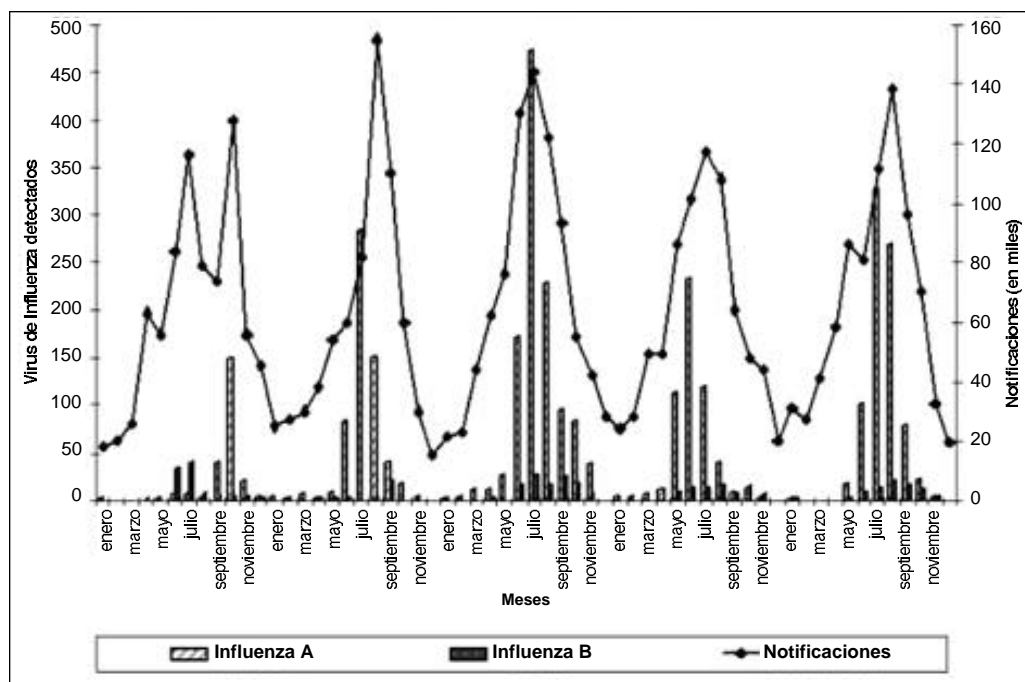


Figura 1. Notificaciones al SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) de casos de síndrome tipo influenza y número de virus de influenza detectados (Años 1997-1998-1999-2000-2001) BOLETIN GROG 2001;5(2):1-40. (Grupo Colaborativo de Vigilancia Epidemiológica de Gripe y otras Virosis Respiratorias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

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