

Revisión del tratamiento de las úlceras venosas: terapia compresiva

Review of the treatment of venous ulcers: compression therapy

Patricia Gómez Fernández

Enfermera Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria de Gijón

Manuscrito recibido: 03-09-2014

Manuscrito aceptado: 03-11-2014

Cómo citar este documento

Como citar: Gómez Fernández P. Revisión del tratamiento de las úlceras venosas: terapia compresiva. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Feb; 3(1):43-54

Resumen

Objetivos

En la actualidad existe gran variabilidad entre los profesionales sanitarios a la hora de tratar y pautar cuidados en pacientes con úlceras venosas. Mediante esta revisión de la literatura científica se pretende reunir información actualizada y aunar criterios con respecto al tratamiento de estas úlceras mediante terapia compresiva.

Desarrollo

Las úlceras venosas en las extremidades inferiores, producto final de la insuficiencia venosa crónica, son una causa importante de consulta en Atención Primaria.

La terapia compresiva es el método más eficaz en el tratamiento de estas úlceras, ya que influye sobre la hipertensión venosa de la extremidad, reduciendo el edema y aumentando el retorno venoso. Dicha compresión se logrará mediante el uso de un vendaje o una media apropiada para tal fin, que ejerzan una presión externa gradual y mantenida sobre la extremidad afectada.

Antes de aplicar presión debemos realizar una evaluación minuciosa del paciente, la pierna y la herida, valorando la presencia de una posible arteriopatía concomitante mediante cálculo del índice tobillo-brazo (ITB).

Es importante, además, que seamos conscientes de los posibles efectos secundarios del vendaje compresivo para así poder adoptar las medidas oportunas para reducir riesgos y actuar con celeridad en caso de que aparezcan problemas.

Conclusiones

El vendaje con compresión proporciona un tratamiento seguro y efectivo para los pacientes con ulceraciones venosas.

Si se combina con un programa de prevención de la recurrencia se mejora el estado de salud de los pacientes y se reduce la carga que supone esta patología a los sistemas de Atención Sanitaria.

Palabras clave

Úlcera varicosa, Terapéutica, Vendajes de Compresión, Atención de Enfermería.

Abstract

Nowadays there is great variability among health professionals in relation with the treatment and attention of this topic, even though there is abundant literature concerning this subject. Through this literature review I try to collect updated information and build consensus regarding the treatment of these ulcers with compression therapy.

Development

Venous ulcers in lower extremities, the final product of chronic venous insufficiency, are a major cause of consultation in Primary Care Centers.

The compression therapy is the most effective treatment of these ulcers, as it affects on venous hypertension, reduces edema and increases venous return. Such compression is achieved by using a bandage or an appropriate media for this purpose, which produces a gradual and sustained external pressure on the affected limb.

Before applying pressure we must make an assessment of the patient's leg and the wound, measuring up the presence of a possible concomitant artery disease by calculating the ankle-brachial index (ABI).

It is also important to be aware of the possible side effects of compression bandage in order to take appropriate measures to reduce risks and act quickly in the event of problems arising.

Conclusions

The compression bandage provides a safe and effective treatment for patients with venous ulcers.

When compression therapies are combined with a program of prevention of recurrence, health status of patients is improved and the burden of this disease on Healthcare systems is reduced.

Keywords

Varicose Ulcer, Therapeutics, Compression Bandages, Nursing Care.

Introducción

Las úlceras venosas se suelen presentar sobre la región inferior e interna de las extremidades inferiores, y van asociadas o no a dilataciones varicosas. Son el producto final de la insuficiencia venosa crónica, y habitualmente se observan cambios en la coloración y la textura de la piel previos a la aparición de la úlcera.

Son una causa importante de consulta en Atención Primaria de Salud, donde se tratan de manera ambulatoria más del 80 % de los casos. Alrededor del 1-2% de las personas que viven en países industrializados padecerá úlceras en las piernas en alguna ocasión a lo largo de su vida, de las cuales la mayor parte (en torno al 70- 80%) serán debidas a problemas en las venas. Los datos del primer estudio nacional de prevalencia de úlceras de pierna en España, realizado por la GNEAUPP en 2002, reflejaron que las úlceras venosas representan un 69% del total de úlceras existentes. Resultó especialmente destacable el hecho de que un 56% de esas úlceras venosas eran recurrentes, es decir, se daban en personas que ya habían tenido alguna úlcera venosa previa¹.

El coste anual estimado que implica el tratamiento de estas lesiones en nuestro país está cifrado en unos 350 millones de euros. Lograr un acuerdo acerca de las buenas prácticas a realizar, basándonos en la evidencia científica, puede maximizar la calidad y efectividad de nuestros cuidados a la vez que minimiza los costes y el consumo de recursos².

En la actualidad la literatura científica nos indica que la terapia compresiva mejora la evolución de estas úlceras, como así quedó reflejado en 2012 mediante la última revisión sistemática de la bibliografía a manos de la Cochrane, cuya conclusión fue que el tratamiento con este tipo de terapia ofrece unos índices de curación mejores que los obtenidos cuando no hay compresión³. Dicha terapia aporta, además, importantes mejoras en variables como la calidad de vida, disminución del dolor, etc. A pesar de esto, en nuestro país este tipo de terapia no está siendo aprovechada al 100% de sus posibilidades, tal y como quedó constatado en el anteriormente citado estudio de la GNEAUPP, donde en un 20,5% de los casos no se utilizaba ningún tipo de compresión. Entre los pacientes donde sí se utilizaba, sólo un 9,5% de ellos recibían tratamiento compresivo con vendajes multicapa específicos para tal fin.

Es fundamental que los profesionales conozcamos y entendamos las bases de esta técnica para así poder ponerla en práctica de una manera correcta, segura y eficaz, lo que hará que aumente también la tolerancia del paciente al vendaje⁴. Además, los profesionales sanitarios debemos alentar a los pacientes a que participen activamente en su tratamiento. El uso de la educación para la salud y un enfoque holístico hacia el cuidado son importantes, al igual que una interacción eficaz entre el profesional sanitario y el paciente para lograr los mejores resultados.

Objetivos

- Repasar la etiología y características propias de las úlceras venosas.
- Reunir información actualizada y unificar criterios en el tratamiento de las úlceras venosas.
- Conocer las pautas de tratamiento con medidas compresivas.

Desarrollo

1. Etiología de las úlceras venosas

Las venas de las extremidades inferiores se clasifican desde el punto de vista morfo-funcional en tres categorías: venas superficiales, venas profundas y venas comunicantes que conectan al sistema superficial y profundo en distintos puntos.

El flujo en los sistemas superficial y profundo se orienta de distal a proximal gracias a un sistema de válvulas unidireccionales, las cuales son también responsables del flujo desde superficial a profundo a través de las venas comunicantes.

La presión hidrostática venosa en los miembros inferiores de una persona a pie firme es de unos 80-100 mmHg. Al caminar, el flujo sanguíneo se acelera y las venas se comprimen por acción combinada de la bomba muscular de la pantorrilla y la bomba del pie, lo que reduce el volumen de sangre venosa acumulado en la extremidad, bajando con ello la presión en unos 10-20 mmHg.

En situación de insuficiencia venosa, debida a degeneración primaria o a lesiones postrombóticas, las válvulas de las venas dejan de ser funcionantes y permiten que la sangre oscile en sentido ascendente y descendente. Este flujo retrógrado contrario al sentido habitual provoca una mayor presión venosa distal que conducirá a la filtración y acumulación de líquido hacia el tejido extracelular y con ello a la formación del edema de estasis⁵.

A su vez se originan una serie de alteraciones a nivel de la microcirculación cutánea: hiperpresión intracapilar, depósitos de fibrina, microtrombos, reducción de la difusión de nutrientes y de oxígeno en la epidermis, eliminación insuficiente de desechos metabólicos, etc. Todas estas alteraciones dan lugar a la denominada dermatitis de estasis, cambiando la piel hacia un tono pardo-negrusco característico.

La aparición espontánea de una ulceración de origen venoso ocurre en general tras varios años desde la aparición de estos fenómenos y sobre una piel previamente alterada por ellos. Consiste en una solución de continuidad de la piel, sin tendencia a la cicatrización espontánea, moderadamente dolorosa, de bordes irregulares, indurados y con el fondo generalmente sucio.

En muchas ocasiones en nuestras consultas nos encontramos además con casos de úlceras venosas originadas de manera traumática en extremidades que sufren esta situación, por lo que se desencadena rápidamente toda la sintomatología.

2. Fundamentos de la terapia compresiva

La terapia compresiva es el método más eficaz en el tratamiento de las úlceras venosas, ya que influye sobre la hipertensión venosa de la extremidad, reduciendo el edema y aumentando el flujo del retorno venoso. Dicha compresión se logrará mediante el uso de un vendaje o una media apropiada para tal fin, que ejerzan una presión externa gradual y mantenida sobre la extremidad afectada.

El fundamento físico de la terapia compresiva se basa en la **Ley de Laplace**, que dice que la presión ejercida por la venda sobre la pierna es directamente proporcional a la tensión externa aplicada al colocar el vendaje e inversamente proporcional a la circunferencia de dicha extremidad⁵.

La cantidad necesaria de presión debajo del vendaje (medida en mm Hg) se determina en función de las afecciones del paciente y su capacidad para tolerar la compresión. Las presiones se clasifican en: ligera (menos de 20 mm Hg), moderada (de 20 a 40 mm Hg), fuerte (de 40 a 60 mm Hg) y muy fuerte (por encima de 60 mm Hg). Todas estas presiones se refieren a presiones medidas a nivel del tobillo⁶.

Lo óptimo sería aplicar una compresión graduada logrando que haya más presión en el tobillo que en la rodilla para favorecer así el retorno venoso. Esto se produce de manera natural cuando se aplica compresión a una extremidad de proporciones normales como resultado de los principios de la Ley de Laplace, ya que generalmente el tobillo suele ser más estrecho que la zona de la rodilla y, por tanto, a igual tensión aplicada al vendaje, la presión será mayor en el tobillo por ser más pequeña la circunferencia. Los pacientes con alteración de la forma de la extremidad (ejemplo: aquellos en los que no haya prácticamente diferencia entre el diámetro del tobillo y el de la pantorrilla) pueden precisar una remodelación de la misma con aplicación de material de relleno antes de realizar el vendaje compresivo.

3. Consideraciones previas a la aplicación del vendaje

Antes de aplicar presión debemos realizar una evaluación minuciosa. Muchos pacientes con úlceras venosas sufren otras patologías complejas que pueden afectar al tratamiento. Una historia detallada del paciente nos aportará pistas para el diagnóstico diferencial. Así mismo, la exploración física es importante para evaluar el tamaño y las características de la herida y de la piel peri-ulceral. También podría ser adecuado incluir una valoración de las circunstancias sociales del paciente, ya que pueden repercutir en su curación.

Para valorar una posible arteriopatía concomitante debemos evaluar la existencia de pulso pedio y la perfusión arterial mediante Doppler para calcular el índice tobillo-brazo (ITB). En general se considera que un ITB mayor a 0,8 nos da seguridad para la aplicación de compresión fuerte en esa extremidad. Algunos autores consideran factible la aplicación de compresión leve en valores de ITB entre 0,6 y 0,8. En valores menores a 0,6 estaría absolutamente contraindicada cualquier compresión^{5,6}.

El estado de la piel ha de ser también valorada ya que como se ha mencionado anteriormente, la insuficiencia venosa suele originar dermatitis por estasis, provocando que la piel que circunda a la úlcera sea frágil y delicada y necesite cuidados específicos de hidratación y protección. Además, por las propias características etiológicas de este tipo de úlceras, se trata de úlceras altamente exudativas, que nos llevan a la necesidad de mantener una gestión adecuada de dicho exudado mediante la elección de apósitos de alta absorbencia que eviten el contacto continuado del exudado tanto con el lecho ulceral como con la piel perilesional para que así no se produzca su maceración². Puede ser también necesaria para este fin la utilización de cremas de barrera⁷. Generalmente esta situación provoca mayor frecuencia de curas al inicio, pudiendo pasar a cura semanal una vez disminuye el exudado.

En presencia de edema blando es aconsejable esperar antes de iniciar tratamiento con compresión o, en caso de hacerlo, emplear compresión ligera.

Un punto muy importante de la evaluación es descartar la presencia de neuropatías, sobre todo en pacientes diabéticos, ya que esta ausencia de la respuesta de protección incrementa el riesgo de sufrir un daño por presión que pase desapercibido debajo del vendaje.

Especial cuidado necesitan los pacientes con insuficiencia cardiaca, ya que la compresión de los vasos sanguíneos mayores en las piernas produce, un incremento del retorno venoso con el consiguiente aumento de la precarga cardiaca, pudiendo llegar a afectar hasta en un 5% el gasto cardiaco. Por ello se debe evitar el vendaje bilateral de muslos y piernas en pacientes cardíopatas.

Hay autores que aconsejan recoger una muestra de exudado para cultivo antes de iniciar la terapia compresiva a fin de detectar y poder tratar una posible infección, sobre todo en úlceras de larga evolución. El método más recomendado para la obtención de muestras es la aspiración percutánea a través de la piel periulceral. No se recomienda el frotis de la herida porque puede detectar sólo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico. No se recomienda el uso rutinario de apósitos con contenido antimicrobiano en el tratamiento de úlceras no infectadas².

Puede ser necesaria una evaluación del estado nutricional del paciente. La alimentación debe ser adecuada sobre todo para proporcionar suficientes proteínas para la construcción del nuevo tejido².

4. Vendajes compresivos: tipos y definiciones

El grado de compresión producido por todo el **sistema de vendaje** viene determinado por la interacción de cuatro factores: la estructura física y las propiedades elastoméricas del vendaje, el tamaño de la extremidad, las aptitudes y la técnica del profesional que lo realiza y la actividad física que vaya a desarrollar el paciente^{5,6}.

La capacidad de una venda para incrementar su longitud en respuesta a una fuerza aplicada se describe como extensibilidad. Este término se encuentra muchas veces relacionado con la elasticidad, que determina la capacidad de esa misma venda para volver a su longitud original a medida que se reduce la tensión. En el mercado vamos a poder encontrar vendajes con materiales elásticos (gran extensibilidad, activos) y vendajes con materiales inelásticos (extensibilidad mínima, pasivos), teniendo cada uno sus propias ventajas e inconvenientes.

Los materiales elásticos pueden mantener la presión durante un periodo de hasta una semana gracias a su capacidad de acomodarse a los cambios en la forma y al movimiento de la extremidad. En reposo, cuando el paciente está tumbado, la presión disminuye ligeramente al disminuir el perímetro de la extremidad por relajación de los músculos, siendo el vendaje capaz de adaptarse a este cambio.

Los vendajes inelásticos pueden conseguir presiones en reposo bajas y presiones de trabajo (al caminar) de entre 30 y 60 mmHg por el aumento de la circunferencia de la pierna y la incapacidad del vendaje de adaptarse a este cambio. En caso de extremidades con edema, al ir reduciéndose el mismo y por tanto el perímetro de la extremidad, el vendaje tampoco va a ser capaz de adaptarse, disminuyendo la presión y provocando que sea necesario su sustitución con mayor frecuencia.

Es esencial que los profesionales documentemos claramente los materiales elegidos, así como si la presión debajo del vendaje que pretendemos conseguir es fuerte, moderada o ligera. En general siempre se emplearán sistemas de vendaje con varias componentes, pudiendo usar a la vez materiales elásticos e inelásticos. Sea como sea, el vendaje que escojamos siempre debe tener una anchura de 10 centímetros y su longitud no debe ser inferior a 7 metros.

En el mercado podemos encontrarnos varios ejemplos de paquetes con sistemas de compresión multicapa de 4, 3 ó 2 elementos (ejemplo: Profore→, Jobst Comprifore→, Proguide®, Pro-two→). Todos ellos consiguen buenos niveles de compresión; es engañoso sacar en conclusión el grado de presión basándonos sólo en el número de capas aplicadas sin tener en cuenta, más bien, el tipo de material empleado. Estos sistemas han sido desarrollados específicamente para estos tratamientos y garantizan el mantenimiento de las presiones durante una semana, lo que nos permite instaurar una pauta de curas semanales.

Los sistemas de vendaje de cuatro capas constan de: una venda de relleno para protección y modelado de la extremidad, una venda de crepé (se considera inelástico y servirá simplemente de soporte) y dos vendas elásticas, generalmente la última de ellas cohesiva. Suele haber paquetes diferenciados según el perímetro del tobillo del paciente (menos de 18 cms, entre 18 y 25 cms, de 25 a 30 cm, y más de 30 cms), para que podamos elegir el apropiado a cada caso, todo ello con el objetivo siempre de lograr presiones por encima de los 40 mmHg a ese nivel. En estos sistemas específicos, las vendas elásticas suelen tener impreso sobre si mismas un sistema de guía (líneas, dibujos) que nos va indicando si lo estamos aplicando correctamente y con la tensión necesaria.

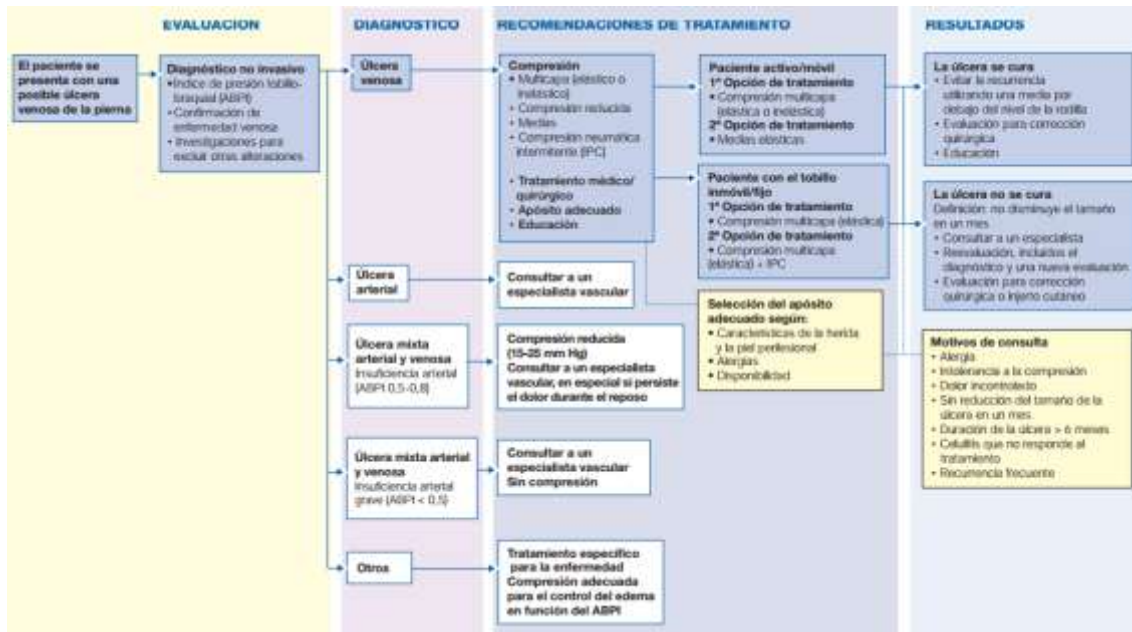
Si no disponemos de este tipo de productos en nuestras consultas podemos igualmente realizar un vendaje multicapa, empleando como primera capa una venda de algodón para proteger, una segunda venda de crepé, y posteriormente una o dos capas de venda elástica cohesiva (ejemplo: Tensoplus Lite→). El principal inconveniente de realizar este vendaje sin material específico es que desconocemos las presiones que obtenemos debajo de las vendas y debemos ser muy cuidadosos a la hora de aplicar tensión al colocarlas^{8,9}.

Por otro lado nos encontramos las **medias de compresión** para tratamiento de este tipo de lesiones, que también pueden considerarse tratamiento de primera línea. En la mayor parte de los casos se usan sistemas bicapa, en los que la primera media sujeta los apósitos que cubren la úlcera y ejerce una presión leve (10-24 mm Hg), y la segunda media colabora aportando una presión extra de 20-30 mm Hg. Esta segunda media suele retirarse durante la noche. Su lavado periódico les resta eficacia por lo que conviene renovarlas al menos cada 6 meses⁶.

Por último, nombrar la **Compresión Neumática Intermitente (CNI)**, que se trata de una "bota" constituida por cámaras llenas de aire unidas a una bomba eléctrica y que ejercen presión alternante sobre la extremidad. Su uso es muy reducido porque tiene muchos inconvenientes como son el coste, el ruido, la incomodidad y la complejidad técnica⁶.

El profesional de Enfermería está capacitado para valorar este tipo de lesiones y decidir sobre qué tratamiento emplear. Así mismo debe evaluar la eficacia del tratamiento continuamente para maximizar las posibilidades de curación. El grado de mejoría a las cuatro semanas de tratamiento se ha relacionado con la curación final de la úlcera. Si la herida muestra mejoría y una reducción considerable de tamaño en ese momento es razonable continuar con la terapia inicial.

Tabla 1: Pauta de tratamiento recomendada por la Leg Ulcer Advisory Board para la utilización de terapia compresiva en úlceras venosas de la pierna. Fuente: European Wound Management Association (EWMA). Understanding compression therapy. Position Document. London: MEP Ltd, 2003.



5. Procedimiento para el vendaje^{10,11}

En primer lugar, antes de proceder al vendaje de la extremidad, deberemos llevar a cabo siempre inspección de la misma para determinar la existencia de nuevas lesiones y posteriormente pasar a la hidratación de la piel y la cura de la úlcera siguiendo la pauta que creamos más conveniente.

Una vez realizada la cura comenzaremos el vendaje con el material que hayamos elegido, colocando la zona afectada en posición funcional (pie en ángulo de 90°). El vendaje debe comenzarse siempre desde la zona distal, raíz de los dedos, hasta el hueso poplíteo. Si al llegar a la rodilla sobrase venda nunca se seguiría vendando en sentido descendente sino que se corta el sobrante.

Iniciaremos el vendaje con la capa de protección sosteniendo el primer rollo de la venda de algodón con la mano dominante, comenzando a aplicarlo desde la parte interna de la pierna hacia la externa. Con ella envolveremos el pie, pasando por detrás del talón y continuando hacia arriba utilizando una técnica en espiral cubriendo con cada vuelta la mitad de la vuelta anterior, procurando que toda la superficie quede cubierta sin dejar ventanas. Es importante que las protuberancias óseas, el empeine y la zona del tendón de Aquiles queden bien protegidos. Requerirán moldeamiento especial, como ya se ha comentado anteriormente, los casos de deformidad de la extremidad.

A continuación aplicaremos las demás capas de vendaje, siguiendo el orden de aplicación de cada venda según las instrucciones del fabricante, empleando siempre una técnica en espiral superponiendo la venda el 50% de la vuelta anterior para que así la presión se reparta de manera uniforme. El vendaje debe realizarse sin arrugas ni torsiones. Finalizaremos el vendaje con una sola vuelta en circular y esparadrapo; no es recomendable usar ganchos metálicos porque pueden lesionar la piel.

Realizaremos una valoración del vendaje a los 3 o 4 días la primera vez, y luego continuaremos realizando curas semanales con cambio del vendaje.

6. Complicaciones de la compresión⁶

Es importante que seamos conscientes de los posibles efectos secundarios del vendaje compresivo para así poder adoptar las medidas oportunas para reducir riesgos y actuar con celeridad en caso de que aparezcan problemas.

El **dolor** tiene una gran repercusión en la capacidad del paciente para tolerar este tratamiento, siendo la causa principal de abandono por su parte². Es imprescindible una adecuada valoración, poniendo énfasis en la detección de cualquier aumento o variación de la sensación de dolor durante el mismo. La compresión, aplicada adecuadamente, debe aliviar el dolor.

En primer lugar debemos asegurarnos de haber evaluado correctamente el estado arterial, evitando cualquier grado de compresión si el ITB es menor de 0,6. Explicaremos al paciente que se pueden producir molestias, sobre todo durante las dos primeras semanas de tratamiento, llegando a un acuerdo sobre una pauta analgésica adecuada y recomendando la elevación de la extremidad en los periodos de reposo y la deambulación moderada. Si el dolor persistiera sin ser controlado debemos hacer una reevaluación completa y, en su caso, remitir al paciente a un especialista.

Los pacientes con disminución de la perfusión periférica, delgadez, alteración de la forma de la extremidad o deformidades en los pies, tienen mayor riesgo de sufrir un **daño por presión**. Para evitarlo aplicaremos un relleno adicional sobre las prominencias óseas, nos aseguraremos de que el vendaje no haya quedado demasiado apretado y de que la superposición sea uniforme, y en cada cambio de vendaje buscaremos signos de daño por presión como eritema, formación de ampollas o alteración de la forma de la extremidad.

La **atrofia de los músculos de la pantorrilla** es un problema habitual en los pacientes tratados con compresión a largo plazo, probablemente debido a la reducción de la actividad del paciente y a enfermedades y fármacos concomitantes más que a la propia compresión. Para tratar de evitarlo hay que recomendar al paciente que realice ejercicio físico adaptado a sus condiciones, con movilización de los miembros inferiores. Nos aseguraremos de que el vendaje le permite una buena movilidad de la rodilla y el tobillo y de que el paciente lleve unos zapatos cómodos y planos que permitan una buena flexión del tobillo.

La compresión, unida a la propia inflamación crónica secundaria a la insuficiencia venosa, suelen traer asociadas **problemas de la piel** como maceración, sequedad, prurito o eccema. Para evitarlo hay que garantizar un control adecuado del exudado, eligiendo cuidadosamente los apósitos primarios. En cada cambio de vendaje procederemos a hidratar la piel con cremas hidratantes suaves, evitando los productos que contengan lanolina o alcohol ya que pueden producir irritaciones. Podemos optar por los productos que contienen ácidos grasos hiperoxigenados en emulsión, que además de actuar como hidratantes tienen efectos positivos sobre la microcirculación cutánea. En caso de eccema podríamos considerar el tratamiento con corticoesteroides tópicos a corto plazo. Las descamaciones o costras deben ser retiradas paulatinamente por arrastre lento y no agresivo, pudiendo aplicar vaselina líquida para favorecerlo.

7. Coste-eficacia de la terapia compresiva

Este tema ha sido objeto de estudio en numerosos trabajos desde hace décadas. Ya en los años 90 se llevaron a cabo sendos estudios acerca de los costes de estos tratamientos en Reino Unido por *Simon et al*², y posteriormente por *Morrell et al*³. Basándose en datos de la época cifraban el coste semanal por la atención a un paciente con una úlcera venosa en 44 euros actuales siguiendo una pauta de asistencia sistemática con fuerte compresión, mientras que la pauta de asistencia habitual sin compresión se cifraba en 66 euros semanales, es decir, 22 euros más costosa por semana. Esto era debido a que, aun siendo más costosos los vendajes usados en terapia compresiva, al permitir realizar sólo una cura a la semana, al final resultan más rentables. Por otro lado ambos estudios arrojaron también resultados positivos en cuanto a índice de curación. La mediana del tiempo de curación se cifró en 19-20 semanas para la compresión, y en 35-36 semanas para tratamientos sin compresión.

En la revisión de la Cochrane citada anteriormente³ se recogían, entre otros, datos de 8 ensayos clínicos en los que se llegó a la conclusión de que los resultados de curación, incluyendo tiempo de curación, son mejores cuando los pacientes reciben compresión que cuando no hay ninguna compresión. Así mismo, otro ensayo clínico decía que los sistemas de compresión de un solo componente eran menos efectivos que los multi-capa para lograr la cicatrización completa a los 6 meses. Si los sistemas multi-capa contienen un vendaje elástico parecen ser además más eficaces que los que están compuestos principalmente por componentes inelásticos.

8. Prevención de la recurrencia

La recurrencia de la úlcera es habitual y muchos pacientes sufren múltiples episodios de ulceración. El método principal de tratamiento preventivo son las medias de compresión, con el objetivo de lograr una presión de entre 35 y 45 mm Hg en el tobillo, aunque se podría utilizar un menor nivel de compresión (25-35 mm Hg) en casos difíciles. El uso continuado de estas medias evita la recurrencia del edema y conlleva una menor incidencia en la recurrencia de la úlcera⁵.

Por supuesto sería conveniente recordar al paciente una medidas básicas de prevención como son: elevar las patas traseras de la cama con alzas de 10 centímetros, evitar la posición a pie firme por períodos prolongados de tiempo, evitar cruzar las piernas al sentarse, reducir la cantidad de sodio en la dieta, practicar ejercicio de manera habitual y prevenir los traumatismos sobre las extremidades.

Conclusiones

Queda demostrada de manera inequívoca que el vendaje de compresión proporciona un tratamiento seguro y muy efectivo para la mayoría de los pacientes con ulceraciones venosas en las extremidades inferiores. Este método disminuye el edema, el dolor y el exudado, acortando el periodo de cicatrización, y ha de ser la primera elección de tratamiento en estas lesiones. Mejora la calidad de vida del paciente al aliviarle la sintomatología y al evitar además las continuas curas y cambios de vendaje y el desplazamiento continuado del paciente al Centro del Salud.

Si se combinara con un programa de prevención de la recurrencia de la úlcera mejoraría el estado de salud de los pacientes y reduciría la carga que supone esta patología a los sistemas de Atención Sanitaria.

Agradecimientos

A Adamina Losada, mi tutora durante este periodo de formación, por mostrarme la aplicación práctica de estas técnicas de compresión en el día a día de la consulta. También quiero dar mi agradecimiento a Fernanda del Castillo, de quien surgió la idea de abordar este tema para elaborar una sesión formativa en nuestro Centro de Salud y después me animó e impulsó a publicarlo.

Bibliografía

1. Torra Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix Perejamo M et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia 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):230-247.
2. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2014; 60: 3S-59S.
3. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14; 11: CD000265. doi: 10.1002/14658.CD000265.pub3.
4. Hopkins A, Worboys F. Understanding compression therapy to achieve tolerance. *WOUNDS International* [sede web] 2005 [acceso el 3 de noviembre de 2014]; 1(3): 26. Disponible en: <http://www.woundsinternational.com/practice-development/understanding-compression-therapy-to-achieve-tolerance/page-1>.
5. European Wound Management Association (EWMA). Understanding compression therapy. Position Document. London: MEP Ltd, 2003.
6. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: Compression in venous leg ulcers. A consensus document. London: MEP Ltd, 2008.
7. Rodríguez R, Bañón A. Úlcera venosa recurrente. Aplicación de terapia compresiva multicapa. *Enfermería Dermatológica*. 2009; 7: 30-35.
8. Soriano L, Reig D. Estudio de la evolución de úlceras venosas a propósito de un caso. *Enfermería Integral*. 2005.
9. Badallo JL. Tratamiento de dos úlceras venosas: vendaje de compresión vs vendaje compresivo tradicional. *Metas Enf*. Nov 2008; 11(9): 15-20.
10. Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas del Hospital General de Valencia. Protocolo de terapia compresiva en úlceras MMII. 2013.
11. Grupo de Trabajo de Heridas Crónicas del Servicio Cántabro de Salud. Úlceras de la extremidad inferior. Manual de Prevención y Cuidados de Heridas Crónicas. 1ª ed. Servicio Cántabro de Salud; 2011.
12. Simon DA, Freak L, Kinsella A, Walsh J. Community leg ulcers clinics: a comparative study in two health authorities. *BMJ* 1996; 312: 1648-51.
13. Morrell CJ, Walters SJ, Dixon S, Collins K. Cost effectiveness of community leg ulcers clinics: randomised controlled trial. *BMJ* 1998. 316:1487-91.