



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

1 Hospital Vozandes Quito SA. Médico del Servicio de Medicina Familiar. Quito - Ecuador.  
2 Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. Posgrado de Medicina Familiar. Quito - Ecuador.  
3 Hospital Vozandes Quito SA. Interno Rotativo Quito Ecuador. Quito - Ecuador.  
4 Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Pregrado Carrera de Medicina. Quito - Ecuador.

**ORCID ID:**

Rosero Arboleda Celia Katherine  
orcid.org/0000-0001-6856-9074  
Loor Zambrano Ney Javier  
orcid.org/0000-0003-4524-9275

\*Corresponding author: Rosero Arboleda Celia Katherine  
E-mail: krosero@hospitalvozandes.com

**Article history**

**Received:** 26 - Ago - 2020  
**Accepted:** 27 - Sep - 2020  
**Publish:** 01 - Oct - 2020

**Conflict of interest:** The author declared that there are no conflicts of interest.

**Financial disclosure:** The author has no financial relationships relevant to this article to disclose.

**Forma de citar este artículo:** Rosero Arboleda Celia Katherine, Loor Zambrano Ney Javier. CURACIÓN DE ÚLCERA DE PIERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Rev Med Vozandes. 2020; 31 (1): 117 - 118

**Introducción**

La presencia de úlceras en miembros inferiores constituye una consulta habitual en la atención primaria especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades, por ello pueden ser manejados por diferentes especialistas o médicos generales.

Una úlcera es una herida que se ha cronicado, puede tener múltiples etiologías y el manejo dependerá de este, control de comorbilidades y el manejo local de la úlcera. En la presente carta exponemos el caso de una paciente con úlcera de miembro inferior y detallamos parte del manejo para esta patología. <sup>(1) (3)</sup>

**Descripción del caso**

Paciente de 86 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes tipo 2 no insulino dependiente y úlcera cicatrizada de pierna derecha. Luego de contusión presenta úlcera irregular, dolorosa, socavada sin claudicación intermitente. En el mes de julio aumentó la extensión con necrosis en la base, en las curaciones presenta material desvitalizado carente de mal olor, se acompaña de eritema, no hay edema, con cambios de coloración en la piel alrededor de la lesión, pulsos distales presentes; pero disminuidos en amplitud, llenado capilar entre dos y tres segundos, sin alteraciones en fuerza y sensibilidad. Fue atendida en consultorio de atención primaria, Fundación Taporí, la paciente no acude a interconsulta con cirugía vascular; por ello se realiza presentación y manejo del caso por el médico familiar mediante telemedicina con cirugía vascular; el tiempo para la sanación fue de 9 meses. **Fig 1**

El manejo fue con curaciones entre 2 y 1 vez por semana con: desbridamiento de tejido desvitalizado, uso de solución salina, colocación de parches de alginato e hidrocoloides "acorde a las necesidades de la herida" y vendaje con gasa sin presión. Entre los medicamentos usados para el manejo del dolor: tramadol, AINE, paracetamol, amitriptilina y para la inflamación en el tiempo más intenso: prednisona por ciclo corto. Este tratamiento produjo un resultado favorable en el paciente mientras que el uso de ciertas cremas con óxido de zinc y otras humectantes provocó aumento del eritema.

**Discusión**

Para la curación de la úlcera y su posterior seguimiento en atención primaria tener en cuenta que las úlceras crónicas cicatrizan lentamente, el 40% permanecen activas más de 6 meses y un tercio recidiva en el primer año. <sup>(1) (2)</sup>

El **diagnóstico diferencial** se realiza principalmente entre: Úlceras venosas (Tercio distal miembros inferiores supra maleolar interna, superficiales, base rojiza con tejido de granulación, eccema, edema, lipodermatoesclerosis o dermatitis ocre alrededor, pruriginosas). <sup>(1) (2)</sup>

Úlceras arteriales (Zona plantar, borde externo del pie, tercio distal miembros inferiores, supra maleolar externa, base necrótica, dolorosas, índice tobillo brazo ITB < 0,75. Pulsos y temperatura disminuidos)

Úlceras neuropáticas (Áreas del pie que soportan peso como las cabezas metatarsianas, el talón y sobre el dorso de los dedos en garra, piel gruesa y seca, callo hipertrófico, fisuras, tejido de granulación en la base, Indoloras con márgenes socavados o macerados). <sup>(1) (2)</sup>



**Figura 1.** Paciente de 86 años con úlcera de miembros inferiores.

A) Junio 2019 (inicio) B) Julio 2019 (aumenta la extensión y profundidad de la úlcera)  
c) Diciembre 2019 (cicatrización mayor del 90%) d) Enero 2020 (cierre de la úlcera).

### Manejo de la úlcera

#### Manejo general

El tratamiento debe ser individualizado, no centrarse sólo en la úlcera, sino en el paciente globalmente.

#### Las curaciones

Si presenta tejido desvitalizado- desbridamiento  
Irrigación con solución salina tibia isotónica.

Uso de apósitos y vendajes si se requiere, en úlceras profundas uso de alginato y/o hidrocoloide para el exceso de exudado o hidrogeles para la etapa de desbridamiento y apósitos de baja adherencia para la etapa de granulación y epitelización. <sup>(1)(2)</sup>

Para tratar inflamación se pueden usar corticoides.  
Antibióticos solamente en úlceras con signos de infección, no colonización.

Ajustar manejo si resolución de úlcera es < 50% en 4 semanas o ninguna resolución en 2 semanas. <sup>(1)(2)</sup>

#### Manejo específico

En úlcera arterial se requiere analgesia y curaciones secas. Además en este tipo de úlceras está contraindicado realizar compresión. <sup>(1)(2)</sup>

En úlcera venosa emplear compresión multicapa o medias de compresión  $\geq 35$  mmHg. En este tipo de úlceras los fármacos recomendados son flavonoides, oxerutina, glucosaminoglucanos y pentoxifilina. <sup>(1)(2)</sup>

### Seguimiento

Como médicos en atención primaria hay que incentivar actividad física diaria, mantener piel limpia, seca e hidratada, controlar factores de riesgo y nutrición. Establecer comunicación con el paciente y explicar los riesgos de incumplimiento. Se recomienda telemedicina en zonas con amplia dispersión geográfica. <sup>(1)(2)</sup>

### Signos de alarma

Referir al especialista como cirujano vascular o clínica de heridas, si hay: Infección severa del pie (signos inflamatorios,

secreción purulenta y signos de SIRS). ITB menor de 0,5. Incapacidad para cumplir con el tratamiento. Cambio significativo en 24 a 48 horas (Dolor, mal olor). Cuerpo extraño no identificado anteriormente, fiebre, alteración del estado mental, decoloración del lecho de la herida comparando con el color habitual. <sup>(1)(2)</sup>

## Conclusión

El acompañamiento y empoderamiento de los pacientes es un reto para los médicos que nos llena de satisfacción por los resultados como el presentado en esta paciente. En este caso no realizamos la valoración de índice tobillo/brazo y recomendamos hacerlo para delimitar la posible etiología de la úlcera. Se debe tomar en cuenta el diagnóstico diferencial y los signos de alarma para el manejo de las úlceras.

Es importante la formación integral de médicos de atención primaria en nuestro país (médicos familiares) para tratar de manera eficaz y oportuna este tipo de patologías, considerando las limitaciones que existen en los diferentes niveles de atención en términos de insumos y recursos.

## Referencias

1. Roldán A, Ibáñez P, Alba C, Rovirata S, Casajús MT, Guitiérrez P, et al. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). Guía de Práctica Clínica. Asociación española de enfermería vascular y heridas. 2017;(3):7-76.
2. Gupta S, Andersen C, Black J, de Leon J, Fife C, Lantis II JC, et al. Management of Chronic Wounds: Diagnosis, Preparation, Treatment, and Follow-up. Wounds. 2017 Sep;29(9):S19-S36.