

Úlceras de miembros inferiores

Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas

Dres. Gabriela Otero González*, Caroline Agorio Norstrom†, Miguel Martínez Asuaga‡

Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República

Resumen

Las úlceras crónicas (UC) de miembros inferiores representan un problema médico importante, que afecta mayoritariamente a adultos mayores, generando gran morbilidad y repercusión de su calidad de vida, constituyendo además una carga económica importante para los sistemas de salud.

Objetivo: determinar características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con UC de miembros inferiores usuarios de nuestra Policlínica.

Métodos: estudio prospectivo, observacional de los pacientes asistidos durante el período agosto 2009 y junio 2010.

Resultados: se evaluaron un total de 64 pacientes, 53,1% de sexo femenino y 46,9% masculino, cuya media de edad fue de 65,7 años. Su nivel educacional fue bajo con un 6,3% de analfabetos y el 67,2% solo habían alcanzado el nivel primario. Apenas el 1,6% alcanzó, sin completar el nivel terciario. El ingreso medio del núcleo familiar fue de 7752 pesos uruguayos. En el 70,3% la etiología de la úlcera fue venosa siguiendo en frecuencia las úlceras de etiología mixta 15,6%. El 48,4% de los casos presentó más de una úlcera, destacándose que el 57,8% de las mismas presentaba una evolución superior a dos años y el 59,4% de los pacientes existía el antecedente

de una úlcera previa. Durante el seguimiento evolutivo el 18,8% de los pacientes fue dado de alta, 60,9% continuaron en tratamiento y el 20,3% abandonó el tratamiento.

Conclusiones: en la mayoría de los pacientes la etiología de la úlcera fue venosa, presentaron a su vez un bajo nivel socio-económico y educacional, con múltiples úlceras recurrentes y de larga evolución como hechos adversos.

Palabras clave: ÚLCERA DE LA PIERNA

Keywords: LEG ULCER

Introducción

Las úlceras crónicas (UC) de los miembros inferiores representan un problema médico que se asocia con una importante morbilidad⁽¹⁾, con repercusión sobre la calidad de vida, aumento en el ausentismo laboral y retiro más temprano que la población general por discapacidad. Asimismo, representan una carga económica importante sobre los sistemas de salud⁽¹⁻⁴⁾.

En cuanto a su etiología, 80% a 90% de los casos corresponde a insuficiencia venosa crónica (IVC), mientras que la arteriopatía obstructiva representa 10% a 25%, la que a su vez puede coexistir con enfermedad venosa o neuropática⁽³⁻⁵⁾. Existen otras causas etiológicas menos frecuentes en la génesis de las úlceras de miem-

* Asistente de Cátedra de Dermatología. Unidad de Heridas Crónicas. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Profesora Adjunta de Cátedra de Dermatología. Unidad de Heridas Crónicas. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Director de Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Gabriela Otero González. Avda. Italia s/n. Cátedra de Dermatología 1er. Piso. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

Correo electrónico: gabyoter@gmail.com

Recibido: 9/1/12

Aceptado: 22/6/12

Conflicto de intereses: los autores del presente artículo declaran que no existen conflictos de intereses.

Tabla 1 Síntomas clínicos

<i>Etiología</i>	<i>Venosa</i>	<i>Arterial</i>	<i>Neuropática</i>
Pesadez pierna	+++	-	-
Piernas cansadas	+++	-	-
Calambres	+++	++	+++
Prurito	+/-	+/-	+/-
Quemazón	++	+++	++
Peoría con bipedestación	+++	-	-
Dolor	-	+++	+/-
Dolor marcha	-	+++	-
Alivio con declive	-	+++	-
Parestesias	-	-	+++

bros inferiores, y, en muchos pacientes, la superposición de etiologías, así como de enfermedades concomitantes que potencialmente pueden desencadenar una úlcera, no son infrecuentes⁽³⁾. En este sentido, Moffat y colaboradores⁽¹⁾, en un estudio sobre la prevalencia de úlceras en la población de Londres, corroboraron que la causa más frecuente de UC de miembros inferiores fue la insuficiencia venosa (43%), pero en esta serie se destaca que 40% de los pacientes presentó una etiología mixta (arterial y venosa) en contraste con lo reportado en otras revisiones del tema.

Por otra parte, la diabetes mellitus (DM) constituye una enfermedad cuya incidencia se encuentra en aumento, coexistiendo frecuentemente con IVC y arteriopatía. La DM afectaba a 7% de la población de Estados Unidos, según datos del CDC (Center of Disease Control), en el año 2005, teniendo las úlceras de pie diabético una prevalencia de 4% a 10%. Representan una de las principales complicaciones de las UC determinando frecuentemente amputaciones de miembros inferiores y complicaciones infecciosas con internaciones frecuentes⁽⁶⁾.

Aunque la etiología vascular es la principal causa de las UC, se debe tener presente que existen enfermedades dermatológicas y sistémicas que pueden expresarse como úlceras de pierna y deben ser consideradas por el clínico como diagnósticos diferenciales⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Desde el punto de vista demográfico las úlceras vasculares de miembros inferiores constituyen un problema del adulto mayor y afectan principalmente a pacientes mayores de 60 años, destacándose que esta franja etaria es la que más ha aumentado en los países industrializados en los últimos años⁽²⁾. Si bien esta patología tiene su pico de incidencia entre los 60 y 80 años, debemos con-

siderar que 22% de los pacientes tienen su primer episodio antes de los 40 años y 13% antes de los 30 años de edad⁽³⁾. La prevalencia de úlceras venosas en la población, según los distintos estudios, oscila entre 0,06% y 1%, pudiendo alcanzar hasta 3% a 5% cuando se consideran solo pacientes añosos^(2-4,11). En cuanto al sexo, algunos autores señalan un leve predominio en el sexo femenino (1,6:1, mujer /hombre), el cual aumenta con la edad^(3,4).

Desde el punto de vista clínico es importante realizar una pormenorizada semiología que nos permita identificar signos y síntomas a los efectos de un correcto diagnóstico etiológico de la úlcera, lo que es relevante, ya que el mismo tiene implicancias terapéuticas, tablas 1 y 2⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Es importante, además, investigar los antecedentes de trombosis venosa profunda, lo cual sugiere una incompetencia valvular secundaria a la recanalización o destrucción de la propia válvula⁽⁴⁾. Este antecedente es positivo en un tercio a la mitad de los pacientes con IVC, según distintos estudios⁽¹⁷⁾. A su vez, el 30% de las fracturas de miembros inferiores resultan en trombosis venosas y secuelas posttrombóticas, muchas de las cuales solo se evidencian años después⁽⁴⁾. Como fenómenos asociados, los pacientes con IVC y úlceras pueden presentar eccema de estasis, dermatitis de contacto alérgico⁽¹⁸⁾ y cuadros infecciosos recurrentes, previos o concomitantes al desarrollo de la UVC^(19, 20).

La velocidad de curación de las úlceras venosas crónicas es lenta: solo 50% cura a los cuatro meses; 20% permanece abierta al cabo de dos años, y 8% al cabo de cinco años. El éxito en alcanzar la curación completa ha sido calculado por algunos autores en modelos predictivos que consideran el tamaño de la úlcera (mayor a 5 cm²) y su duración (mayor a 12 meses) como elementos de mal pronóstico⁽²¹⁾. La tasa de recurrencia anual varía entre 6% y 15%⁽⁴⁾, sin embargo algunos autores informan tasas que llegan hasta 72% para aquellas úlceras de larga evolución⁽³⁾.

Por último, algunos estudios informan que las úlceras de miembros inferiores se asocian a un bajo nivel socioeconómico y a situaciones de aislamiento social, aunque resulta complejo determinar si estos son una causa o una consecuencia de esta patología⁽¹²⁾.

En Uruguay, no existen datos con respecto a la magnitud de las UC, si bien contamos con una población envejecida, la que habitualmente es afectada por esta patología, y que según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo, los mayores de 65 años representan 13,6% de los 3.344.938 habitantes que este organismo proyectaba para el año 2009⁽²²⁾, por lo que una gran cantidad de uruguayos son afectados de UC de miembros inferiores.

Tabla 2. Signos clínicos

<i>Etiología</i>	<i>Venosa</i>	<i>Arterial</i>	<i>Neuropática</i>
Topografía			
Pantorrilla a 2 pulgadas por debajo maléolo interno (área marcha)	++++	-	-
Sobre prominencias óseas	-	+++	++
Prominencias óseas plantares	-	-	+++
Número			
Únicas	+++	+++	+++
Múltiples	+++	+/-	+/-
Morfología			
Irregular (más extensas que profundas)	+++	-	-
Redondeada	+/-	+++	+++
Sacabocado	-	+++	+++
Borde			
Plano o inclinado	+++	-	-
Engrosado, acantilado	+/-	+++	-
Engrosado, hiperqueratósico	-	+++	+++
Lecho			
Fibrinoso	+++	+++	+++
Granulante	+++	+/-	-
Necrótico	-	+++	+/-

Objetivo

Este trabajo de investigación busca determinar las características clínicas y epidemiológicas de un grupo de pacientes con UC de miembros inferiores, usuarios de la Policlínica de Heridas Crónicas de la Cátedra Dermatología del Hospital de Clínicas.

Material y método

Estudio prospectivo observacional de los pacientes asistidos durante el período agosto de 2009 y junio de 2010 en la Unidad de Heridas Crónicas de la Cátedra Dermatología del Hospital de Clínicas.

Se evaluaron todos los pacientes mayores de 18 años que asistieron a nuestra policlínica en dicho período, ya sea que estuvieran en control o consultaran por primera vez y cuya úlcera presentara más de un mes de evolución al momento de la consulta.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes portadores de heridas agudas de cualquier origen, portadores de úlceras por presión y los que consultaron por única vez.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación, durante la consulta, de un formulario preesta-

blecido, diseñado para este fin, que recogía información de las siguientes variables.

- *Variables epidemiológicas:* edad, sexo, raza, nivel educacional.
- *Variables socioeconómicas:* ingreso del núcleo familiar, características de la vivienda, acceso a servicios (luz eléctrica, agua potable, teléfono).
- *Comorbilidades relacionadas a la etiología de la úlcera:* hipertensión, diabetes, arteriopatía obstructiva crónica, cardiopatía, dislipemia, obesidad, tabaquismo, IVC, trombosis venosa profunda, fractura de miembros inferiores, alcoholismo, coagulopatía, artrosis, insuficiencia renal.
- *Variables clínicas:* historia de úlceras previas, movilidad paciente, evaluación mediante anamnesis de elementos de IVC y arteriopatía obstructiva crónica (AOC), valoración clínica de elementos de causa etiológica y complicaciones de la úlcera, evaluación de la úlcera actual (medición y características).
- *Variables paraclínicas:* estudio eco Doppler de miembros inferiores, hemograma, sideremia, protei-nograma electroforético, glicemia, perfil lipídico, crisis.

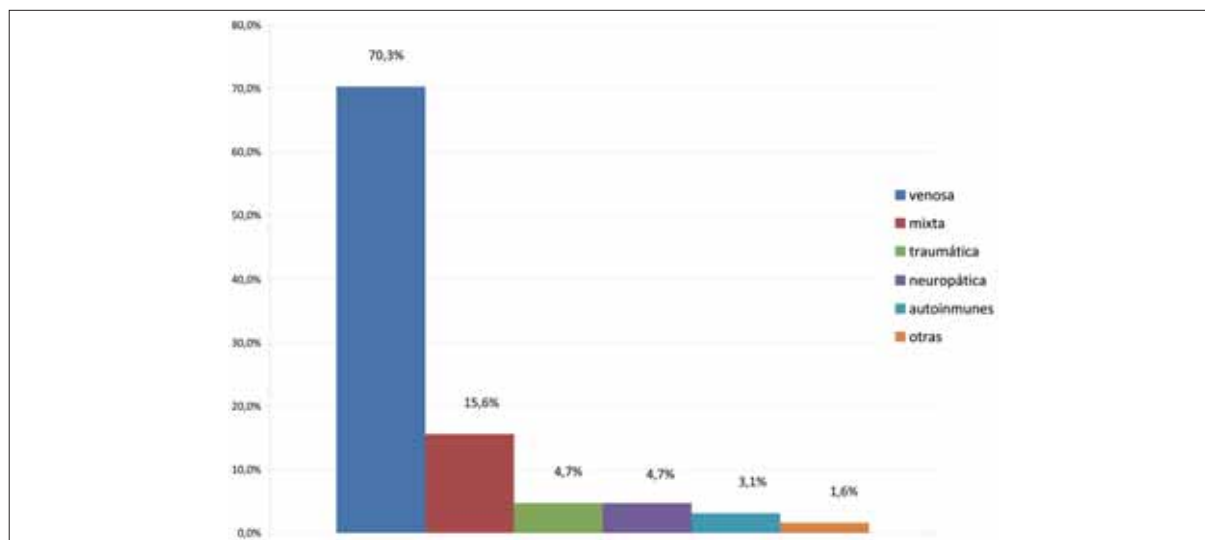


Figura 1. Etiología de las úlceras

- *Variables evolutivas:* número de consultas, tratamiento realizado, adherencia al tratamiento (adherencia a las indicaciones médicas vinculadas al uso de elastocompresión, curaciones y asistencia a controles), complicaciones (sobreinfección, eccema), número de altas.

Procesamiento de datos y tratamiento estadístico

Los datos recibieron procesamiento estadístico con utilización de estadística paramétrica para el estudio de las variables continuas, que fueron expresadas en medias con sus desvíos estándar, siendo las variables categóricas expresadas en porcentajes.

Resultados

Se evaluaron durante el período de seguimiento un total de 64 pacientes, de los cuales 30 correspondieron al sexo masculino y 34 al femenino (46,9% y 53,1%, respectivamente).

La media de edad fue de 65,7 años ($\pm 13,1$) con un valor mínimo de 25 y un máximo de 90 años.

El 92,2% de los pacientes evaluados era de raza blanca, el 7,8% restante correspondió a mestizos y pacientes de raza negra.

El nivel educacional fue en su mayoría bajo, registrándose 6,3% de analfabetos; 67,2% que solo había alcanzado el nivel educativo primario, ya sea en forma completa (40,6%) o incompleta (26,6%). Mientras que solo una minoría contaba con estudios secundarios (25%) y terciario incompleto (1,6%).

En lo vinculado a variables socioeconómicas, como ingreso del núcleo familiar, el valor medio fue de 7.752 pesos ($\pm 5.972,6$) con un valor mínimo de 1.900 y un máximo de 40.000 pesos.

La característica de la vivienda de nuestros pacientes fue precaria (chapa, cartón o madera) en 12,5% de los casos, mientras que en el 87,5% restante era de material.

Con respecto al acceso a servicios (agua potable, luz y teléfono), 68,8% tenía acceso a los tres servicios, mientras que 28,1% y 3,1% tenía acceso a dos y a un servicio, respectivamente.

La etiología de la úlcera fue venosa en 70,3% (45/64) de los casos; mixta (arteriopatía e IVC y DM e IVC) en 15,6% (10/64); traumática 4,7% (3/64); neuropática 4,7% (3/64); vinculada a enfermedades autoinmunes 3,1% (2/64), y a causa infrecuente como anemia falciforme 1,6% (1/64) (figura 1).

De los pacientes asistidos en nuestro servicio, 40,6% carecía de antecedentes de úlceras previas. En 59,4%, que sí los tenía, 37,5% refería entre uno y tres episodios anteriores; 7,8% más de tres episodios, y 14,1% no recordaba el número de los mismos.

El tamaño medio de la úlcera al momento de la primera consulta fue en su diámetro mayor de 5,54 centímetros ($\pm 4,7$), diámetro menor 3,3 ($\pm 2,56$).

El tiempo de evolución a la primera consulta fue mayor a 12 meses en 65,6% de los pacientes; entre 3 y 12 meses 18,8%, y menor a 3 meses, 15,6%.

Los pacientes presentaron una única úlcera en el 51,6% de los casos; 26,6% tenía dos úlceras, y 21,8% más de dos úlceras al momento de la primera consulta.

Las topografías más frecuentes de las mismas fueron: perimaleolar (76,6%), siguiendo en frecuencia cara anterior pierna (9,4%) y dorso de pie (6,3%), siendo menor a 8% otras áreas del miembro inferior.

Las complicaciones emergentes durante el seguimiento evolutivo fueron de acuerdo a su frecuencia: eccema

Tabla 3 Resultados. Características clínicas de los pacientes

Úlceras previas*	Sí	No	
	59,4%	40,6%	
Tamaño úlcera*	Diámetro mayor	Diámetro menor	
	5,54 ± 4,7	3,3 ± 2,56	
Topografía más frecuente úlceras*	Perimaleolar	Cara anterior pierna	Dorso pie
	76,6%	9,4%	6,3%
Complicaciones**	Eccema	Infección	Hipergranulación
	42,2%	25%	14,1%
Evolución**	En control	Alta	Dejó concurrir
	60,9%	18,8%	20,3%

* En primera consulta
** Durante seguimiento clínico

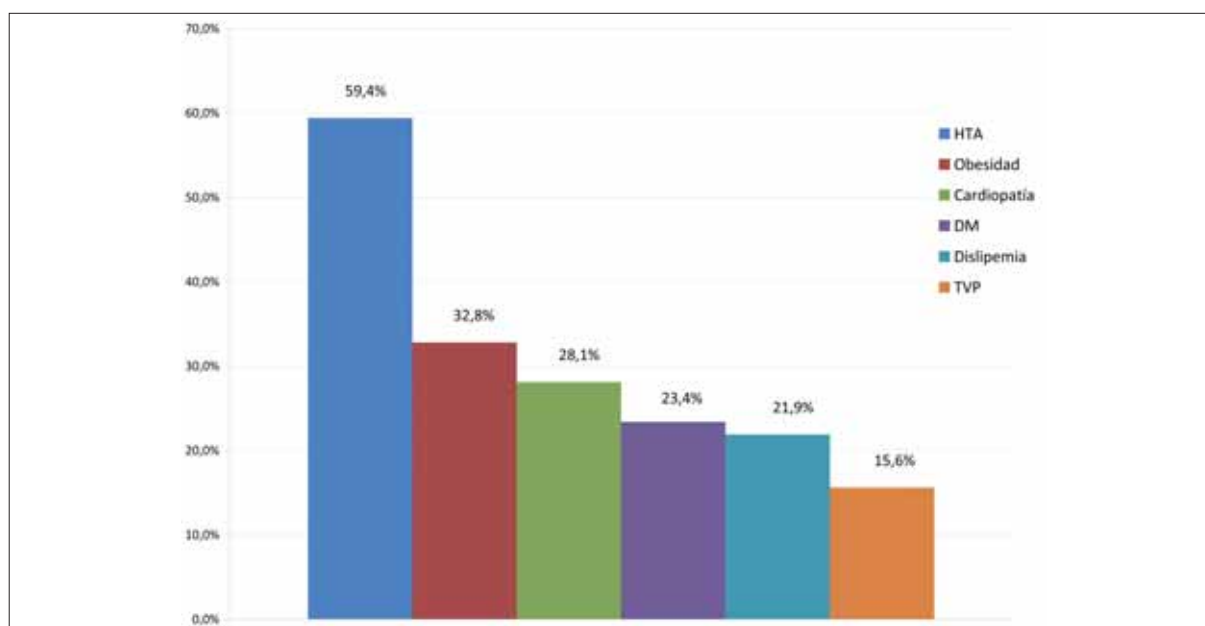


Figura 2. Comorbilidades

42,2% (27/64), infección 25% (16/64), hipergranulación 14,1% (9/64). Cuando analizamos las complicaciones en su conjunto obtenemos que el 40,6% de los pacientes no presentó ninguna complicación; 21,6% presentó solo eccema; 9,4% hipergranulación; 6,3% infección, mientras que 21,9% experimentó más de una de las complicaciones mencionadas durante el periodo de seguimiento, tabla 3.

Las comorbilidades presentes más frecuentes fueron: hipertensión arterial 59,4%, obesidad 32,8%,

cardiopatías 28,1%, diabetes mellitus 23,4% y dislipemia 21,9%. Destacamos, además, que 15,6% relataban una trombosis venosa previa; 15,6% eran tabaquistas y 12,5% señalaban consumo abusivo de alcohol (figura 2).

Los síntomas hallados en nuestros pacientes fueron: dolor 75%, piernas cansadas 62,5%, prurito 60,9%, calambres 57,8%, pesadez de piernas 53,1%; 76,6% de los pacientes relató alivio de los síntomas al elevar el miem-

bro y peoría al finalizar el día. A su vez, un pequeño porcentaje de pacientes refirió alivio con el declive (12,5%).

Los signos clínicos observados fueron vinculados a IVC, siendo las venas varicosas y las teleangiectasias los más frecuentes. Los pacientes mostraron, además, elementos de insuficiencia cutánea venosa como: cambios pigmentarios 84,4%, xerosis cutánea 73,4%, eccema de miembros inferiores 46,9% y lipodermatoesclerosis 39%.

Con respecto a los estudios paraclínicos solicitados se observó: glicemia alterada 35,9%, anemia 20,3%, hipercolesterolemia 17,2% e hipertriglicidemia 7,8%. Se destaca que 40% a 50% de los pacientes no realizó los estudios solicitados durante el período de seguimiento.

El 53,1% de los pacientes carecían de un eco Doppler previo al relevamiento de datos, a pesar de presentar IVC y UC de varios años de evolución.

En lo referente a la evolución de los pacientes se observó: disminución de tamaño 59,4%; 21,9% persistieron incambiadas, y 18,8% aumentaron sus dimensiones. A 20,3% de los pacientes se les realizó una biopsia cutánea con fines diagnósticos o bien para descartar malignidad.

Durante el período de observación, 18,8% (12/64) de los pacientes fue dado de alta con curación de su úlcera; 60,9% (39/64) continúa en tratamiento, mientras que 20,3% (13/64) no concurrió a los controles establecidos.

A los pacientes que se les otorgó el alta, tuvieron una media de 3,9 consultas previas a la misma.

En lo vinculado a la adherencia al tratamiento se observó que 60,9% de los pacientes adhirió al mismo, mientras que el 30,9% restante no adhirió a algunas de las indicaciones médicas vinculadas a manejo de la herida, uso de elastocompresión o concurrencia a los controles.

Discusión

Nuestros pacientes presentaron características demográficas similares a las reportadas en la literatura por distintos autores, siendo en su mayoría adultos mayores; destacamos que un caso correspondió a un paciente de 25 años con úlcera venosa crónica (UVC) y, si bien es una edad infrecuente para presentar esta patología, debemos recordar que el 13% de las mismas se presentan antes de los 30 años^(2-4,11).

El nivel educacional, así como los ingresos, fueron en su mayoría bajos, aspecto que ha sido resaltado en la literatura por Moffat y colaboradores⁽¹²⁾.

La etiología de las úlceras correspondió en su mayoría a causa venosa, siguiendo en frecuencia la etiología mixta (arteriopatía e IVC y DM e IVC), similar a lo reportado en otras series⁽³⁻⁵⁾, a su vez se caracterizaron por

ser de gran tamaño, larga evolución y con múltiples recurrencias, como han señalado Valencia y colaboradores⁽³⁾.

Nuestros pacientes presentaron distintas comorbilidades, como hipertensión arterial, DM, obesidad, cardiopatía y dislipemias, sabiendo que estos factores por sí solos son capaces de generar una UC o perpetuar una existente⁽³⁾.

Destacamos, además, que 23,4% tenía diagnóstico previo de diabetes; sin embargo, cuando evaluamos los estudios paraclínicos, obtenemos que 35,9% presentó una glicemia alterada, cifra superior a lo reportado en la literatura⁽⁶⁾, lo que denota la importancia de una correcta evaluación clínica y paraclínica de los mismos.

Con respecto a los síntomas y hallazgos clínicos, primaron aquellos relacionados con IVC, lo que está en concordancia con la etiología venosa de las úlceras en nuestra población⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Las complicaciones observadas durante la evolución fueron eccema, infección e hipergranulación, que son las clásicamente descritas en la literatura^(7,18-20).

De los pacientes asistidos solo 18,8% recibió el alta en el período considerado. Esta baja frecuencia puede explicarse, en parte, porque nuestros pacientes presentaban desde el inicio una alta frecuencia de factores adversos señalados en la literatura⁽²¹⁾, como úlceras múltiples, de gran tamaño y de tiempo de evolución prolongado.

Conclusiones

En la mayoría de nuestros pacientes la etiología de las UC fue venosa; estos presentaron, a su vez, como hechos adversos, un bajo nivel socioeconómico y educacional, y múltiples úlceras recurrentes y de larga evolución.

Existió dificultad en el acceso a estudios paraclínicos, en particular al estudio Doppler de miembros inferiores, por las características del Hospital de Clínicas, lo que entendemos que es necesario mejorar a la brevedad.

Por último, queremos destacar la importancia de aunar esfuerzos para conocer las características clínicas y epidemiológicas de nuestra población, lo que constituye una herramienta imprescindible para la planificación de estrategias en salud y la realización de protocolos de investigación. La Policlínica de Heridas Crónicas del Hospital de Clínicas pretende generar pautas tendientes a optimizar los recursos humanos, materiales y la formación de especialistas y técnicos vinculados al tema, para brindar una mejor asistencia a un sector de la población vulnerable que presenta una patología crónica de difícil tratamiento y con un alto costo en salud.

Summary

Chronic ulcers of the lower limbs constitute a serious medical issue that mainly affects the elderly. These ulcers result in great morbidity figures and affect the patient's quality of life, while constituting a significant economic burden for health systems.

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with chronic ulcers of the lower limbs who are seen in our polyclinic.

Method: We conducted a prospective, observational study of the patients seen from August, 2009 through June, 2010.

Results: Sixty four patients were evaluated, 53.1% were female and 46.9% were male. Average age was 65.7 years old.

In terms of their educational level, it was low, 6.3% were illiterate and 67.2% had only completed elementary school studies. Only 1.6% reached, though failed to complete, tertiary education. Average income of the family was 7752 Uruguayan pesos.

In 70.3% of cases ulcers were venous, and in 15.6% of cases ulcers had a combined etiology. Forty eight point four percent of cases presented more than one ulcer and it is worth mentioning that 57.8% of them showed they were more than two years old, and 59.4% of patients had a history of previous ulcers.

Upon progress of the condition, 18.8% of the patients were discharged from hospital, 60.9% continued with treatment and 20.3% abandoned treatment.

Conclusions: In most cases, etiology of the ulcer was venous and it is worth mentioning that patients evidenced a low social and economic level and their ulcers had been present for a long time, what constitute negative facts influencing outcome.

Resumo

As úlceras crônicas (UC) de membros inferiores são um problema médico importante, que afeta principalmente a pessoas idosas. Provocam alta morbidade e diminuem a qualidade de vida dos pacientes sendo ademais uma carga econômica importante para os sistemas de saúde.

Objetivo: determinar as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com UC de membros inferiores atendidos na nossa Policlínica.

Material y método: estudo prospectivo, observacional dos pacientes atendidos no período agosto 2009 - junho 2010.

Resultados: foram avaliados 64 pacientes, sendo 53,1% de sexo feminino e 46,9% masculino, cuja idade média foi 65,7 anos.

O nível educativo foi baixo com 6,3% de analfabetos e 67,2% com somente o primeiro grau. Apenas 1,6%

chegaram ao nível terciário incompleto. A renda média do núcleo familiar foi de 7752 pesos uruguaios.

Em 70,3% dos pacientes a etiologia da úlcera foi venosa seguida em frequência pelas úlceras de etiologia mista 15.6%. 48,4% dos casos apresentaram mais de uma úlcera, destacando-se que 57,8% das mesmas tinha uma evolução superior a dois anos e 59,4% dos pacientes tinha antecedentes de uma úlcera previa.

Durante o seguimento evolutivo 18,8% dos pacientes recebeu alta, 60,9% continuou em tratamento e 20,3% abandonou o tratamento.

Conclusões: a maioria dos pacientes apresentou úlcera de etiologia venosa, tinha baixo nível socioeconômico e educacional, com múltiplas úlceras recorrentes e de larga evolução como dados adversos.

Bibliografía

1. **Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin R, Blewett R, Ross F.** Prevalence of leg ulceration in a London Population. *QJM* 2004; 97(7):431-7.
2. **Margolis DJ, Bilker W, Santanna J, Baumgarten M.** Venous leg ulcers: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(3):381-6.
3. **Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH.** Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44(3):401-21.
4. **Nicolaides AN; Cardiovascular Disease Educational and Research Trust; European Society of Vascular Surgery; The International Angiology Scientific Activity Congress Organization; International Union of Angiology; Union Internationale de Phlebologie at the Abbaye des Vaux de Cernay.** Investigation of chronic venous insufficiency: a consensus statement (France, March 5-9, 1997). *Circulation* 2000; 102(20):E126-63.
5. **Baker SR, Stacey MC, Singh G, Hoskin SE, Thompson PJ.** Aetiology of chronic leg ulcers. *Eur J Vasc Surg* 1992; 6(3):245-51.
6. **Wu SC, Driver VR, Wrobel JS, Armstrong DG.** Foot ulcers in the diabetic patients, prevention and treatment. *Vasc Health Risk Manag* 2007; 3(1):65-76.
7. **Peggy L, Phillips T.** Úlceras. En: Mascaró JM, Bologna JL. *Dermatología*. Barcelona: Elsevier, 2004. p.1631-49.
8. **Sarkar PK, Ballantyne S.** Management of leg ulcers. *Postgrad Med J* 2000; 76(901):674-82.
9. **Frank C.** Approach to skin ulcers in older patients. *Can Fam Physician* 2004; 50: 1653-9.
10. **Simon DA, Dix FP, McCollum CN.** Management of venous leg ulcers. *BMJ* 2004; 328(7452):1358-62.
11. **Mekkes JR, Loots MA, Van Der Wal AC, Bos JD.** Causes, investigation and treatment of leg ulceration. *Br J Dermatol* 2003; 148(3):388-401.
12. **Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Smithdale R, Martin R.** Sociodemographic factors in chronic leg ulceration. *Br J Dermatol* 2006; 155(2):307-12.
13. **Soldevilla Agreda J.** Guía práctica en la atención de úlceras de piel. Madrid: Grupo Masson, 1998.

14. **Rudolph D.** Standards of care for venous leg ulcers: compression therapy and moist wound healing. *J Vasc Nurs* 2001;19(1):20-7.
15. **Dean S.** Leg ulcers: causes and management. *Aust Fam Physician* 2006; 35(7):480-4.
16. **Douglas WS, Simpson NB.** Guidelines for the management of chronic venous leg ulceration: report of a multidisciplinary workshop. British Association of Dermatologists and the Research Unit of the Royal College of Physicians. *Br J Dermatol* 1995; 132(3):446-52.
17. **Bastias W.** Úlcera venosa crónica de las extremidades inferiores. *Rev Méd Clín Condes* 2008; 19(1):61-8.
18. **Marasoviæ D, Vuksia I.** Allergic contact dermatitis in patients with leg ulcers. *Contact Dermatitis* 1999; 41(2):107-9.
19. **Alguire PC, Mathes BM.** Chronic venous insufficiency and venous ulceration. *J Gen Intern Med* 1997; 12(6):374-83.
20. **Enoch S, Grey JE, Harding KG.** ABC of wound healing: non-surgical and drug treatments. *BMJ* 2006; 332(7546): 900-3.
21. **Kantor J, Margolis DJ.** Management of leg ulcers. *Semin Cutan Med Surg* 2003; 22(3):212-21.
22. **Instituto Nacional de Estadística y Censo.** Indicadores Demográficos del Uruguay 1996-2025. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/demograficos2008.asp>. [Consulta: 20 de dic de 2012]