

Telecura: efectividad de diferentes intervenciones en la gestión de la cura de úlceras venosas

Telecare: effectiveness of the different intervention in the management of the cures complex venous wounds

DOI: S1134-928X2026000300010

Cristina Teixidó Vargas^{1,*}
Natalia Cánovas Essard²
Rosa M. García Sierra³

1. Enfermera familiar y comunitaria. Experta en heridas complejas de extremidad inferior y pie diabético. Equipo de Atención Primaria Mataró-3. Institut Català de la Salut. Mataró, Barcelona, España.
2. Enfermera familiar y comunitaria. Equipo de Atención Primaria El Fondo. Institut Català de la Salut. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España.
3. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.
Grupo de Investigación Multidisciplinar en Salud y Sociedad. GREMSAS (2021 SGR 01484). Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Mataró, Barcelona, España.
Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP). Badalona, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cteixido.bnm.ics@gencat.cat (Cristina Teixidó Vargas).

Recibido el 4 de junio de 2025; aceptado el 2 de diciembre de 2025.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar y comparar el tiempo de curación de úlceras venosas en extremidades inferiores según el tipo de intervención: atención primaria exclusiva, consultoría de enfermería clínica especializada en heridas complejas o derivación a unidades hospitalarias especializadas.

Metodología: Tipo de estudio: Observacional, longitudinal y multicéntrico. Participantes: 69 pacientes mayores de 16 años de 64 centros de salud de la Región Metropolitana Nord (Barcelona).

Duración del seguimiento: 8 meses. **Instrumento de medición:** escala Resvech 2.0. **Resultados:** Curación total: el 79,31% de los casos curan durante los 8 meses del estudio. Tiempo promedio de 360,13 días. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los 3 tipos de intervención. **Limitaciones:** tamaño muestral reducido; introducción de nuevo programa informático para el registro; falta de criterios/circuitos de derivación a recursos especializados; variabilidad alta en los tiempos de curación. **Conclusiones:** No hay evidencia estadística suficiente para afirmar que los servicios especializados mejoren los tiempos de curación comparado con atención primaria. La demora en la derivación puede estar afectando negativamente la curación. Se necesita más investigación con muestras más amplias y análisis de factores específicos, como la técnica compresiva.

PALABRAS CLAVE: Unidad de heridas, enfermería clínica especializada, cicatrización de heridas, enfermería de atención primaria, úlceras venosas, telecura.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate and compare the healing time of venous leg ulcers according to the type of intervention: exclusive primary care management, advanced practice nursing consultation, or referral to specialized hospital units. **Methodology:** Study design: observational, longitudinal, and multicenter. **Participants:** 69 patients over 16 years of 64 primary care centers in the Metropolitana Nord Region (Barcelona age from). **Follow-up duration:** 8 months. **Measurement instrument:** RESVECH 2.0 scale. **Results:** Complete healing: 79.31% of cases achieved full healing within the 8-month study period. Average healing time of 360.13 days. No statistically significant differences were found among the three types of intervention. **Limitations:** small sample size; implementation of a new digital recording system; lack of standardized criteria or referral pathways to specialized resources; high variability in healing times. **Conclusions:** There is insufficient statistical evidence to conclude that specialized services improve healing times compared with primary care. Delayed referral to specialized resources may negatively affect healing outcomes. Further research with larger samples and analysis of specific factors such as compression techniques is needed.

KEYWORDS: Wound care unit, advanced practice nursing, wound healing, primary care nursing, venous ulcers, telecare.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras venosas son un problema de salud de gran magnitud. Su presencia empeora significativamente los índices de calidad de vida y el gasto asociado, tanto sanitario como social. Existen numerosos estudios que así lo concluyen¹⁻⁶.

En Europa, la prevalencia de úlceras venosas activas se estima en 1,48 por cada 1.000 habitantes⁷. A nivel mundial, entre el 0,1 y el 0,3% de

la población presenta una úlcera abierta, mientras que entre el 1 y el 3% de las personas con enfermedad venosa han tenido una úlcera cicatrizada en algún momento de su vida⁴.

En concreto en España, la prevalencia de úlceras venosas en mayores de 14 años se estableció en un 0,09%, alcanzando el 0,751% en mayores de 85 años⁴.

Ante esta realidad, el sistema público de salud catalán aborda la atención de estos pacientes mediante 3 tipos de recursos asistenciales:

- Atención primaria y comunitaria (APyC). Los pacientes son atendidos exclusivamente por los equipos de enfermería y medicina familiar y comunitaria hospitalarios.
- Unidades de heridas complejas (UHC) —también denominadas telecura, unidades especializadas o teleúlceras—. Lideradas por enfermería en colaboración con otros profesionales hospitalarios. Estas unidades ofrecen atención presencial o telemática, realizan técnicas avanzadas y lideran la decisión terapéutica. Las curas rutinarias se mantienen en atención primaria bajo sus directrices. No existen protocolos estandarizados de derivación, por lo que esta depende del criterio clínico de la enfermera responsable.
- Enfermería clínica especializada en heridas complejas (ECEhc). Esta especialidad se ha incorporado en 2023 en la región sanitaria Metropolitana Nord. Esta profesional actúa como referente itinerante para todos los centros de la red pública; se consulta con ella en caso de lesiones de más de 3 meses de evolución o a demanda del equipo asistencial; evalúa el caso; emite un diagnóstico diferencial; consensúa el plan terapéutico, y supervisa la evolución. Las curas se realizan en enfermería de atención primaria, con el aprendizaje transmitido por las profesionales de ECEhc⁸.

OBJETIVOS

El presente estudio pretende analizar los tiempos de curación en relación con los diferentes recursos asistenciales para el cuidado de lesiones en extremidad inferior de etiología venosa.

- *Objetivo general:* describir la evolución de las úlceras de etiología venosa según sean asistidos por cualquiera de los recursos asistenciales planteados.
- *Objetivos específicos:*
 - Describir los tiempos de curación de las úlceras según el dispositivo asistencial consultado.
 - Explorar factores contribuyentes en el tiempo de curación de las úlceras venosas.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio observacional, longitudinal y multicéntrico. Seguimiento durante 8 meses.

Unidad de estudio

Pacientes asignados en febrero del año 2022 mayores de 16 años en el total de los 64 centros de atención primaria públicos del territorio Metropolitana Nord: 1.426.253 habitantes. Período de reclutamiento: septiembre de 2022 a septiembre de 2023.

Criterios de selección

- *Criterios de inclusión:* adultos con una o varias heridas de etiología vascular venosa atendida/s durante el período de estudio en cualquiera de los ambulatorios participantes, previo consentimiento escrito. A dichos pacientes se los habrá descartado, clínicamente o bien con la ayuda de pruebas complementarias (en la actualidad solo está disponible el cálculo del índice tobillo-brazo, mediante técnica manual), la presencia de arteriopatía moderada, grave o calcificación.

- *Criterios de exclusión:* pacientes en situación de salud terminal; pacientes que no quieran o puedan dar consentimiento expreso; pacientes con lesiones de etiologías no filiadas, no venosas o con índice tobillo-brazo fuera del rango establecido (0,8-1,3); pacientes no tratados en la sanidad pública de la región.

Muestreo

Previo al período de reclutamiento, las/los enfermeras/os participantes de los 64 centros se forman de manera telemática. Dicha formación consiste en 3 sesiones teóricas de 1 h, que versan sobre valoración y filiación de la etiología venosa de las lesiones de extremidad inferior, así como de los criterios de inclusión/exclusión al estudio.

La asignación de pacientes a cada grupo es automática, según el recurso por el que son atendidos: en exclusiva por la APyC, mediante la consultoría a la ECEhc o bien en atención por la UHC.

Se realiza un análisis *a posteriori* de la potencia estadística de la muestra alcanzada. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 en un contraste bilateral, con 15 sujetos en el primer grupo y 54 en el segundo, el poder estadístico del 3% para detectar como estadísticamente significativa la diferencia existente entre las medianas de 377 del primer grupo y de 378 del segundo.

Variables

Las variables de resultados son el tiempo de curación del historial clínico por parte del personal investigador acreditado.

El instrumento de medida para la variante dependiente es la escala validada Resvech 2.0. Aporta una valoración objetiva del estado y evolución de la lesión. Se puntúa numéricamente y oscila entre 0 (lesión curada) y 35 (peor estado posible), según la valoración del profesional en 6 dimensiones: tamaño de la lesión; exudado; infección/inflamación; profundidad/tejidos afectados; perilesión, y estado del lecho. La puntuación global de la escala Resvech 2.0 obtiene como medida de fiabilidad un alfa de Cronbach > 0,72 en el estudio de validación⁹.

Las personas que durante el período de reclutamiento o seguimiento fueron institucionalizadas, hospitalizadas o bien interrumpieron su seguimiento ambulatorio durante más de 2 meses, se consideraron como pérdidas.

Método de análisis de datos

El análisis univariante se realiza con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y con frecuencias y porcentajes para las categóricas. El análisis bivariante emplea la medida no paramétrica U de Mann-Whitney en la comparación del tiempo de curación y cada corte evolutivo. Para comparar porcentajes se utiliza la χ^2 de Pearson.

Aspectos éticos

El presente estudio cumple con la legislación ética vigente, así como con la Declaración de Helsinki de 1975. Posee el aval del Comité Ético de Investigación Clínica IDIAP Jordi Gol (código 19/131-P).

La participación de los usuarios y el posterior trato de los datos cumplen con los propósitos de voluntariedad y confidencialidad promulgados por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se informó a los pacientes, que otorgaron su consentimiento informado, y conocían su capacidad de ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación u oposición).

Tabla 1. Descripción de las características de la muestra total y separados por grupos de derivación o no a telecura

		Muestra total (n = 68)	Derivación a UHC hospitalaria		U*	p
			Sí (n = 15)	No (n = 54)		
		Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE		
Edad		75,84 ± 12,5	76,60 ± 14,36	75,63 ± 12,13	420	0,739
Valor ITB		1,10 ± 0,15	1,02 ± 0,14	1,11 ± 0,16	134	0,135
Resvech inicial		10,03 ± 3,86	10,33 ± 3,71	9,94 ± 3,93	425,5	0,646
N.º de antecedentes		3,14 ± 1,2	3 ± 1,3	3,17 ± 1,18	368	0,651
		n (%)	n (%)	n (%)	χ²	p
Sexo	Mujer	36 (53,6)	9 (60)	27 (50,9)	0,573	0,373
	Hombre	32 (46,4)	6 (40)	26 (49,1)		
IMC	18,5-24,9	14 (20,3)	3 (20)	11 (20,8)	0,340	0,952
	25-29,9	19 (27,5)	4 (26,7)	115 (28,3)		
	≥ 30	35 (50,7)	8 (53,3)	26 (49,1)		
Tabaco	Sí	4 (5,9)	0	4 (7,7)	0,568	0,353
	No	64 (94,1)	15 (100)	48 (92,3)		
Sedentarismo	Sí	26 (38,8)	6 (42,9)	20 (37,7)	2,905	0,234
	No	34 (50,7)	5 (35,7)	29 (54,7)		
Residencia	Sí	15 (21,7)	4 (26,7)	11 (20,8)	0,238	0,726
	No	54 (78,3)	11 (73,3)	42 (79,2)		
Terapia compresiva	Sí	57 (82,6)	10 (66,7)	47 (87)	3,391	0,116
	No	12 (17,4)	5 (33,3)	7 (13,0)		

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; ITB: índice tobillo-brazo; UHC: unidad de heridas complejas.

*U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se incluyen un total de 69 casos (n = 69). El 34,78% de los usuarios se derivan a la ECEhc (n = 24), el 21,73% a las UHC (n = 15) y el restante 43,47% se atiende exclusivamente por APyC.

Descripción de los participantes

Del total de participantes incluidos, 37 (53,6%) fueron mujeres, con una edad media ± desviación estándar de 75,8 ± 12,5 años. El 21,7% de los pacientes recibieron atención domiciliaria. El índice tobillo-brazo promedio fue de 1,1 ± 0,16).

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas, clínicas y hábitos de vida de la muestra completa, así como desagregada según si reciben atención especializada o no.

Curación de la herida

Del total de pacientes atendidos por la UHC (15), 5 curan sus lesiones durante los 8 meses de estudio (33%). Del total de pacientes atendidos por la ECEhc (24), 18 cicatrizan durante el período de estudio (75%). De los 30 pacientes restantes atendidos únicamente por la APyC, 23 cicatrizan sus úlceras venosas durante el período establecido (76%).

En cuanto a los tiempos de curación, 46 pacientes totales (79,31%) cicatrizan durante los 8 meses de estudio. El tiempo medio global de curación fue de 360,1 ± 376,6 días (rango, 29-1.291). No se encuentran diferencias significativas en el tiempo de curación entre los distintos recursos asistenciales (p = 0,383).

Por grupos, de los pacientes derivados a las UHC cicatrizan en una media de 317 días (rango, 139-602), mientras que los derivados a ECEhc cicatrizan en una media de 432,7 días (rango, 29-1.291).

El análisis mediante la U de Mann-Whitney confirmó la ausencia de diferencias significativas en los tiempos de curación entre los distintos tipos de atención (tabla 2).

El valor inicial medio de la escala Resvech 2.0 (valor en el momento de la inclusión al estudio) fue de 10,03 ± 3,86. Por grupos: UHC: 10,33 ± 3,74; atención primaria: 9,83 ± 3,07 y ECEhc: 10,1 ± 4,9 (tabla 3).

En cuanto a la evolución mensual de la escala Resvech, todas las lesiones muestran una mejoría entre el primer y segundo meses, independientemente del recurso asistencial. Hacia el quinto mes, las lesiones tan solo tratadas por atención primaria presentan una mejoría más pronunciada. En cambio, los pacientes atendidos por las UHC mantienen valores estables de la escala Resvech a partir del segundo mes. Estas diferencias no logran significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral limitado (fig. 1).

El análisis de correlación entre el número de antecedentes clínicos y el tiempo de curación muestra una asociación positiva moderada (Rho de Spearman = 0,282; p = 0,067), sin alcanzar significación estadística.

Tabla 2. Tiempo de curación en días. Total, 46 pacientes curados

		Media $\pm$ DE	U*	p
Muestra total		360,13 $\pm$ 376,6		
Derivados a UHC hospitalarias	Sí (n = 5)	317,6 $\pm$ 234,14		
	No (n = 41)	365,32 $\pm$ 392,43	94	0,764
Intervención ECEhc	Sí (n = 18)	432,72 $\pm$ 452,11		
	No (n = 23)	312,57 $\pm$ 339,35	183	0,528

DE: desviación estándar; ECEhc: enfermería clínica especializada en heridas complejas; UHC: unidad de heridas complejas.
*U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Evolución según la escala Resvech 2.0

	Toda la muestra	APyC/ECEhc	UHC
Resvech inicial	10,03	9,94	10,33
Resvech (1 mes)	7,57	7,44	8,00
Resvech (2 meses)	6,83	6,57	7,67
Resvech (3 meses)	7,35	6,94	8,38
Resvech (4 meses)	7,34	6,89	8,45
Resvech (5 meses)	7,48	5,00	8,00
Resvech (6 meses)	6,27	6,85	8,42
Resvech (8 meses)	6,33	5,08	8,00

APyC: atención primaria y comunitaria; ECEhc: enfermería clínica especializada en heridas complejas; UHC: unidad de heridas complejas hospitalaria.

En cuanto al tratamiento compresivo (dícese de las modalidades disponibles en el territorio: presión terapéutica entre 10-20 o 40 mmHg; mediante sistemas de vendas terapéuticas multicomponente, de compresión dual o de corta tracción inelástica o bien medias de compresión médica terapéutica elástica), globalmente al 84,1% de los pacientes estudiados se les aplica dicha terapia. En pacientes derivados a UHC, el 60% aplica

Tabla 4. Relación de pacientes no curados con el uso de compresión terapéutica

	Compresión n (%)		X ²	p
	Sí	No		
UHC hospitalaria	6 (60)	4 (40)		
APyC/ECEhc	10 (76,9)	3 (23,1)	0,765	0,337

APyC: atención primaria y comunitaria; ECEhc: enfermería clínica especializada en heridas complejas; UHC: unidad de heridas complejas.

compresión terapéutica. En pacientes tratados por la atención primaria el porcentaje asciende al 76,9%.

No existe asociación estadísticamente significativa entre el “no uso de compresión terapéutica” y la “no curación”. No hay significación estadística entre los diferentes recursos asistenciales (tabla 4). Del total de casos, el 12,1% utilizan medias de compresión médica elástica CCL1/CCL2, un 69,7% de los usuarios es tratado con tratamiento compresivo (corta tracción inelástica o dual, de entre 10 a 40 mmHg), y el restante 18,2% no recibe compresión terapéutica. De entre estos pacientes que no reciben compresión terapéutica, solo 1 presenta contraindicación médica, 2 refieren mala tolerancia, y el 72,7% restante no aporta motivo documentado para la no implementación.

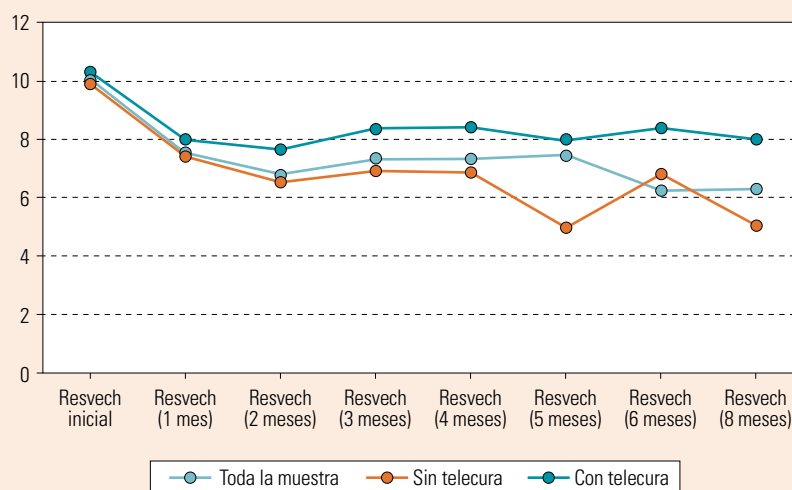


Figura 1. Evolución mensual de la escala Resvech según el circuito asistencial.

DISCUSIÓN

Cabe mencionar que durante el presente estudio se ha llevado a cabo la implementación de un nuevo programa informático en el registro de heridas (Ares), que no ha propiciado el fácil seguimiento de dichas lesiones.

No obstante, el estudio aporta una visión realista del funcionamiento de los circuitos asistenciales en un entorno de práctica habitual, lo que refuerza su valor descriptivo.

Los 3 circuitos asistenciales no tienen protocolos equivalentes: la ECEhc, las UHC y la APyC difieren en recursos, frecuencia de seguimiento y experiencia profesional. Esto introduce un sesgo de intervención no controlado.

La no derivación estandarizada genera sesgo de selección: los casos más graves podrían concentrarse en las UHC, distorsionando los resultados.

El tiempo medio de curación observado supera ampliamente las cifras descritas en la literatura publicada³. Esta prolongación podría explicarse por múltiples factores: la demora en la derivación entre niveles asistenciales, la variabilidad en la aplicación de la terapia compresiva, la disponibilidad desigual de recursos o la heterogeneidad en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. La desviación estándar elevada refuerza esta hipótesis, al evidenciar una gran dispersión en los tiempos de curación entre los distintos casos.

Tras un período de 8 meses de estudio, persiste un 33,3% de pacientes no curados, que no han sido derivados. Se desconoce el motivo de estas “no derivaciones”, pues el profesional al cargo de estos pacientes no emplea todas las opciones asistenciales existentes.

Asimismo, pasados 8 meses, un 66,7% de los pacientes derivados a la UHC persiste sin curar y la tendencia de sus valores en la escala Resvech no ha mejorado. Dado que los valores iniciales en la escala Resvech y las condiciones sociodemográficas y clínicas no difieren del resto de pacientes, se desconoce el motivo por el que estas lesiones no han cicatrizado. Futuros estudios podrían valorar dicha demora en la derivación como factor influyente.

En relación con la terapia compresiva, pese a ser el tratamiento de elección y contar con una sólida evidencia científica en la reducción del tiempo de cicatrización, su uso en el estudio no es universal. Aunque el estudio no detecta una asociación estadísticamente significativa entre la compresión y la curación, esta tendencia podría tener relevancia clínica, especialmente considerando que los pacientes sin contraindicación deberían recibir compresión de manera sistemática. La falta de justificación documentada en el 72,7% de los casos sin compresión sugiere una brecha en el cumplimiento de las guías clínicas, y la necesidad de reforzar la capacitación de los profesionales sobre la importancia de esta intervención.

Asimismo, se observa una correlación positiva media entre el número de comorbilidades y el tiempo de curación, lo que coincide con la evidencia previa que asocia la pluripatología con una peor evolución de las heridas crónicas¹⁰. Aunque la asociación no alcanza significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral limitado, sugiere la conveniencia de incluir un análisis multivariante en futuras investigaciones.

Limitaciones

Entre las principales limitaciones del estudio destacan el tamaño muestral reducido y la baja potencia estadística, con un error beta significativo que limita la capacidad para detectar diferencias significativas entre grupos.

CONCLUSIONES

Durante el período de seguimiento de 8 meses, el 79,31% de los pacientes incluidos curan por completo sus úlceras venosas. El tiempo medio de curación observado es de 360,13 días, con una elevada variabilidad entre los casos. Los resultados distan mucho de las referencias bibliográficas publicadas.

No se observan diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de curación entre los 3 tipos de intervención analizados (atención primaria exclusiva, consultoría de enfermería clínica especializada en heridas complejas y derivación a unidades hospitalarias especializadas).

El tamaño muestral reducido y la heterogeneidad de los casos limitan la capacidad del estudio para detectar diferencias entre los grupos. Asimismo, la dificultad en el registro informático, la variabilidad en los criterios de derivación y la disponibilidad de recursos asistenciales puede haber influido en los resultados.

Los datos obtenidos sugieren la necesidad de continuar investigando con muestras más amplias y diseños que permitan ajustar por factores clínicos y organizativos, como la comorbilidad, la técnica compresiva utilizada y los circuitos de derivación homogéneos ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

El presente estudio ha sido premiado con 3 becas de investigación (2019-2020-2022) como Proyecto de Investigación en Atención Primaria Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut), con una dotación de 120, 60 y 120 h, respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Lozano Sánchez F, Marinell Io Roura J, Carrasco Carrasco E. Venous leg ulcer in the context of chronic venous disease. *Phlebology*. 2014;29:220-6.
- Renaud BG, Oliveira B De, Nogueira GDA, Joaquim FL. Influence of venous ulcer in patients' quality of life: an integrative review. *Rev Enfermagem*. 2015;9:7710-22.
- Gohel MS, Heatley F, Liu X, Bradbury A, Bulbulia R, Cullum N, et al. A Randomized Trial of Early Endovenous Ablation in Venous Ulceration. *N Engl J Med*. 2018;378:2105-14.
- Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix i Perejano M, et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UICF-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético*. Gerokomos. 2004;4:230-47.
- Álvarez-Fernández LJ, Lozano F, Marinell J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*. 2008;60:27-36.
- Marinell Io Roura J, Verdú Soriano J. Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2.ª ed. Madrid: Ergon; 2018. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2018/04/CONUEIX2018.pdf>
- Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin R, Blewett R, Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. *QJM*. 2004;97:431-7.
- Atenció Primària Metropolitana Nord/Institut Català de la Salut. Infermeria. Disponible en: <https://primaria.icsmetropolitananord.cat/infermeria#IPA>
- Restrepo-Medrano JC, Soriano JV. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. *Gerokomos*. 2011;22:176-83.
- Franks PJ, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of patients with venous leg ulcers: Challenges and current best practice. *J Wound Care*. 2016;25 Suppl 6:S1-67.