

**GUÍA PARA LA
ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE
CON HERIDAS CRÓNICAS
Y ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**GERENCIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA
DE SEGOVIA**

GRUPO DE TRABAJO:

CARLOS LÓPEZ DE CASTRO
Enfermero de Familia
Responsable de Enfermería
Centro de Salud Segovia III

SARA HERRERO CALLEJO
Enfermera de Familia
Experta en Educación en Diabetes
Centro de Salud de Carbonero El Mayor

SUSANA DE DIEGO GARCÍA
Enfermera de Familia
Podóloga
Enfermera de Área de Segovia

TERESA LÓPEZ NOGALES
Enfermera de Familia
Centro de Salud de Riaza

JOSÉ ROJAS MULA
Enfermero de Familia
Centro de Salud de Cantalejo

TERESA LÓPEZ FERNÁNDEZ-QUESADA
Enfermera de Familia
Centro de Salud de Carbonero El Mayor

COORDINACIÓN:

CARMEN MONTERO MORALES
Enfermera de Familia
Responsable de Enfermería de EE.AA.PP.
de Atención Primaria de Segovia

REVISORES:

ENRIQUE ARRIETA ANTÓN
Médico de Familia
Centro de Salud Segovia Rural

BENITO DE LA HOZ GARCÍA
Médico de Familia
Centro de Salud Segovia I

LUÍS GONZÁLEZ LÓPEZ
Médico de Familia
Centro de Salud Segovia III

ESPERANZA MANSO MARTÍNEZ
Matrona
Centros de Salud El Espinar y Villacastin

MARÍA RODRÍGUEZ HERRERA
Enfermera de Familia
Centro de Salud Nava de la Asunción

CARMEN TAPIA VALERO
Enfermera de Familia
Centro de Salud Carbonero El Mayor

ÍNDICE

1. Presentación	5
2. Justificación	6
3. Objetivos	6
4. Población Diana	7
5. Evidencia Científica	7
Diagnóstico y Prevención I	8
Diagnóstico y Prevención II	9
Limpieza y Desbridamiento	10
CAH y Gestión del Exudado	11
Tratamiento	12
Infección	13
Dolor	14
6. Úlceras Cutáneas	15
7. Características de las Heridas	17
8. Diagnóstico Diferencial de las Heridas Crónicas y UPP	18
9. Fases Cicatrización de las Heridas	19
10. Atención Enfermería Pacientes con Heridas Crónicas y UPP	21
11. Algoritmo de Decisión	22
12. Algoritmos de Decisión en Prevención y Tratamiento Heridas Crónicas y UPP	23
Valoración Pacientes con Riesgo de:	
UPP, Pie Diabético o Úlcera Vascular	23
Pie Diabético	24
Úlcera por Presión	25
Úlcera Vascular	26
13. Fichas de productos para el Cuidado de las Heridas	29
Ácidos Grasas Hiperóxigenados (AGHO)	29
Alginatos	30
Antibióticos Tópicos	31
Antisépticos	31
Apósitos de Carbón	32
Apósito de Plata	32
Colágeno	33
Desbridantes Enzimáticos/Colagenasa	33
Espumas de Poliuretano/Hidropolimérico	34
Film de Poliuretano	35
Hidrocapilares	35
Hidrocoloides	36
Hidrogeles	37
Silicona	38
14. Evaluación productos utilizados en prevención y tratamiento de heridas crónicas	39
15. Estrategias de Difusión, Diseminación e Implantación	40
16. Indicadores de Resultado	41
17. Bibliografía	97

ANEXOS

18. Anexo I: Enfermería Basada en la Evidencia	42
19. Anexo II: Registro de la Valoración y Plan de Cuidados	48
20. Anexo III: Test, Índices y Cuestionarios en Valoración	65
Índice de Barthel.....	67
Escala de Braden	70
Índice Tobillo/Brazo.....	73
Escala de Lawton & Brady.....	75
Escala de Wagner	77
Cuestionario de Oviedo del Sueño	78
Cuestionario de Dolor Español.....	80
Test de Yesavage.....	82
Cuestionario de Duke -UNC-	83
Instrumento IMEUPP.....	84
21. Anexo IV: Escalas de Diagnóstico en heridas Crónicas y UPP	86
Clasificación Úlceras Arteriales: Fontaine.....	87
Clasificación Úlceras Venosas: CEAP.....	87
Úlceras Neuropáticas: Wagner.....	77
Clasificación de Úlceras por Presión	88
22. Anexo V: Tablas de Tratamiento	90
Cuidados para úlceras arteriales y venosas	92
Cuidados para úlceras neuropáticas: Pie diabético.....	93
Cuidados para úlceras por presión	94
23. Anexo VI: Procedimiento Punción-Aspiración	95

PRESENTACIÓN

En Abril de 2008 se crea la Comisión de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión de la Gerencia de Atención Primaria de Segovia, formada por enfermeras de familia, definiéndose como “Grupo Técnico Asesor de la Dirección de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Segovia”, encargado de fomentar, organizar y coordinar los cuidados del paciente con Heridas Crónicas y Úlceras por Presión en sus vertientes de prevención, tratamiento, epidemiología, formación e investigación. Estableciéndose la meta:

- Disminuir la incidencia de pacientes con heridas crónicas y UPP en pacientes de riesgo, así como las complicaciones de dichas heridas.

A través de:

- La mejora de la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a los pacientes con heridas crónicas y úlceras por presión o en riesgo de desarrollarlas.
- La instauración y coordinación de las medidas de prevención, tratamiento, epidemiológicas, de formación y de investigación relacionadas con el cuidado de estos pacientes.

Entre las actividades establecidas para desarrollar estos objetivos, está la elaboración de una Guía para la Prevención y el Tratamiento de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión en el ámbito de nuestra Gerencia de Atención Primaria. Fruto del trabajo de esta Comisión, es este documento titulado *Guía de atención integral del paciente con heridas crónicas y úlceras por presión*, que pretende servir de ayuda a los profesionales de la salud (enfermeras y médicos de familia) que han de prestar cuidados a pacientes con estas patologías. Dicha Guía nace con la voluntad de que los cuidados ofertados a estos pacientes se realicen según la metodología del proceso enfermero basado, por una parte en realizar la valoración a partir de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon¹, guía de valoración enfermera elegida por SACYL (Sanidad de Castilla y León) y, por otra utilizar el lenguaje de las taxonomías NANDA², NOC³ y NIC⁴. Las recomendaciones que se han vertido en este documento son fácilmente aplicables y costo-eficaces, ya que se ha tratado de que la estructura organizativa y económica de los centros de salud no se vea comprometida.

La metodología de elaboración de la Guía se ha basado en el trabajo en grupo, estrategias de consenso entre los autores cuando se encontraban áreas de desacuerdo y revisiones bibliográficas, que nos han permitido incorporar las últimas evidencias científicas en las acciones preventivas y curativas de este tipo de lesiones, teniendo también en cuenta la experiencia y características de nuestros profesionales y el entorno asistencial. Con posterioridad a su elaboración, la guía ha sido revisada por profesionales de la salud (médicos y enfermeras de familia) que no habían participado previamente en la realización de la misma. Los autores de esta guía son profesionales que trabajan en SACYL y declaran que no han recibido remuneración, ni acreditación académica alguna por la realización de este trabajo por parte de ninguna entidad financiera.

Deseamos que sea un documento útil, práctico y dinámico que nos permita su revisión y actualización periódica y sistemática cada 2 años, abierto a las aportaciones y sugerencias de todos los profesionales.

Este documento es un elemento de soporte y ayuda al profesional, pero no puede responder a todas las situaciones complejas que se producen en la práctica asistencial, por lo que es el profesional el que debe individualizar y decidir sus cuidados en función de las características y preferencias de cada paciente y de los recursos disponibles. Con esa inquietud hemos realizado este trabajo, deseando que los contenidos aquí expuestos sean de utilidad para todos los profesionales que diariamente prestan sus cuidados a estos pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Las úlceras vasculares constituyen un gran reto profesional para las enfermeras ya que los datos indican una incidencia de 800.000 casos en España, una prevalencia del 2% de la población y un índice elevado de recidivas (en torno a un 70%). Las úlceras venosas son más frecuentes en las mujeres y suelen aparecer entre los 40 y 50 años, las arteriales son más frecuentes en hombres mayores de 60 años⁵.

Las úlceras por presión (UPP) en la sociedad actual representan un importante problema de salud, con graves consecuencias para los pacientes, sus familias y el sistema sanitario y con gran repercusión a nivel social. No cabe duda de su influencia en el aumento de la morbi-mortalidad y en la disminución de la calidad de vida de las personas. Según cifras del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)⁶ unos 73.000 españoles se enfrentan diariamente a este problema. En la actualidad, se sabe que el mejor cuidado de las UPP es su prevención y que todos los esfuerzos deberían ir orientados en este sentido, máxime cuando se ha estimado que el 95 % de las mismas son evitables (Hibbs 1987, Waterlow 1996)⁶.

El pie diabético es una complicación que aparece entre el 15% y el 25% de los pacientes con diabetes. El 85 % de las amputaciones no traumáticas se ocasionan por complicaciones del pie diabético, lo que produce una carga personal, familiar y social que repercute a la hora de consumir recursos sanitarios y sociales⁷.

Así pues, es necesario abordar la atención del paciente desde una perspectiva holística que contemple la prevención de los factores de riesgo y un tratamiento que tenga en cuenta un plan de cuidados integral para los pacientes y la familia. En este sentido, y una vez implantada la guía en nuestra área de salud, se pretende recoger la opinión de los usuarios de la guía y de los pacientes beneficiarios de la misma para poder introducir en ella las aportaciones pertinentes.

OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo general de este documento es unificar las acciones preventivas y curativas de las Heridas Crónicas y Úlceras por Presión según las últimas recomendaciones científicas, para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a los pacientes con este tipo de lesiones, desde una perspectiva integral e individualizada.

Objetivos Específicos

- Disminuir las alteraciones producidas en las actividades de la vida diaria de los pacientes, que se asocian a este tipo de heridas crónicas.
- Disminuir el número de días de duración de las heridas crónicas, la aparición de complicaciones y aumentar el confort y la calidad de vida de las personas afectadas por algún tipo de herida crónica.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante prácticas basadas en la evidencia científica.
- Promover la adecuada utilización de tecnologías sanitarias y guiar en la priorización de la distribución de recursos.

POBLACIÓN DIANA

La aplicación de esta Guía va dirigida a pacientes adultos que presenten o con riesgo de presentar una úlcera cutánea de las anteriormente descritas, siendo captados en la consulta de enfermería o a través de la consulta médica, con la consecuente derivación a consulta de enfermería para su valoración y posterior seguimiento. Debemos considerar que la prestación de cuidados dependerá, no sólo del tipo de lesión, sino también de la consideración de los factores alterados que presente cada individuo, de ahí la importancia de realizar una valoración individualizada en cada caso y para cada paciente⁸.

EVIDENCIA CIENTÍFICA (Anexo I)

La metodología para la elaboración de esta guía se ha realizado mediante una estrategia de búsqueda a través de los recursos disponibles en Sanidad de Castilla y León (SACyL) realizada en torno a la pregunta

¿Tratamientos más eficaces/ eficientes/ satisfactorios para pacientes/ profesionales/ sistemas sanitarios en relación con el tratamiento y la prevención de las UPP, Úlcera del Pie Diabético y Úlceras Vasculares?

Esta pregunta conforme a las pistas de Sackett⁹ se transforma en los descriptores de ciencias de la salud, DeCS (**úlceras crónicas, pie diabético, insuficiencia venosa, insuficiencia arterial, úlcera varicosa, úlcera de la pierna, úlcera del pie**) y sus equivalentes en inglés (MeSH). La búsqueda se realiza en Bases de Datos primarias y secundarias online (MEDLINE, COCHRANE, Joanna Briggs Institute (JBI), CUIDEN, INAHTA, ScIELO, LILACS e IBECS), en webs con información sobre heridas on-line (www.aeev.net, www.seacv.es, www.gneaupp.org, www.anedidic.org) y a través de búsqueda manual en revistas. La búsqueda se realiza durante el periodo de realización de la guía (octubre de 2008 hasta diciembre de 2009, con una posterior actualización a julio de 2011), incorporando las últimas evidencias disponibles hasta la fecha. Como resultado de esta búsqueda se han incorporado las evidencias disponibles provenientes de estudios como revisiones sistemáticas (RS) y guías de práctica clínica (GPC), previa lectura crítica mediante las guías CASPe (Critical Appraisal Skill Programme en español)¹⁰ para las RS y AGREE¹¹ para las GPC. La síntesis de la evidencia se ha realizado mediante el consenso entre los autores y revisiones bibliográficas.

Para la clasificación de las recomendaciones según el nivel de evidencia se ha utilizado la clasificación del Instituto Joanna Briggs¹² (JBI) (basada en la escala FAME, centrándonos en el encabezamiento de la *Significación* y en la Clasificación de la evidencia AGREE) (Anexo I). Cuando no ha sido posible convertir las recomendaciones aportadas por las GPC a la clasificación del JBI, debido a la no disponibilidad de los estudios primarios sobre los que se sustentan las evidencias y recomendaciones manifestadas en esas GPC, hemos optado por adjudicar la recomendación como si el estudio primario fuera el de menor calidad al que la escala de cada GPC^{8,13} hace referencia. Estas evidencias están marcadas con un *.

La evidencia científica disponible se ha recopilado según los diferentes tipos de estudios encontrados, clasificándose en las Tablas de Resumen de la Evidencia:

- ◆ según criterios de Diagnóstico, Prevención, Cura en Ambiente Húmedo (CAH) y Tratamiento.
- ◆ según los diferentes Tipos de Heridas Crónicas a los que venían referidas las diferentes evidencias.

Diagnóstico y Prevención I, II

En diagnóstico/prevención de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
GENERAL	En mayores de 65 años con úlceras de evolución de más de 60 días se recomienda realización de cuestionario MNA . Si confirma estado de malnutrición se realizará: hemograma, transferrina, albúmina, ácido fólico, vitaminas A, D, B1, triglicéridos y zinc ⁵ .	N-2, GR-B
	El uso profiláctico de antibióticos sistémicos no está recomendado ¹⁴ .	N-1, GR-A
	Masajear prominencias óseas , puede ocasionar daños y no previene la aparición de lesiones ^{13,15} .	N-2, GR-B
ÚLCERAS POR PRESIÓN	Es recomendable elaborar un Plan de Cuidados que incentive y mejore la actividad/movilidad del paciente ¹³ .	N-2, GR-B
	El uso sistemático de las Escala de Valoración de Riesgo de UPP (BRADEN, EMINA) es efectivo como complemento del juicio clínico ^{8,13,14} .	N-1, GR-A
	Se recomienda valoración de procesos que originen exceso de humedad en la piel : incontinencia, sudoración, exudado heridas, fiebre ¹⁷ .	N-4, GR*-C
	Si déficit nutricional procurar aporte adecuado de: vitaminas, proteínas y sales minerales ¹⁷ .	N-3, GR*-C
	Los pacientes de riesgo no deberían colocarse en colchones convencionales ⁸ y contar con un Plan de Cuidados en prevención que incluya la SEMP ^{8,13,14} .	N-1, GR-A
	El uso de la SEMP en pacientes de riesgo no sustituye a movilización/cambios posturales ¹⁴ .	N-1, GR-A
	La decisión de la mejor SEMP debe basarse en la valoración integral del paciente, su confort y estado general de salud y no sólo en la puntuación de la escala de valoración de riesgo ⁸ .	N-1, GR-A
	La programación individualizada de cambios posturales según la superficie de apoyo es recomendable ¹³ .	N-1, GR-A
	El uso de Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO) en piel sometida a presión es eficaz ¹⁴ .	N-1, GR-A
	El uso de apósitos hidrocélulares en prominencias óseas, zonas de presión y alto riesgo es recomendable ¹³ .	N-1, GR-A
	El uso de apósitos hidrocoloides es recomendable para manejar la fricción ¹³ .	N-3, GR*-C

En prevención/diagnóstico de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
ÚLCERAS VENOSAS	En pacientes con IVC primaria (CEAP C1-C3) se recomienda actuar: IMC < 30 ; evitar hábitos sedentarios; pautas de alimentación ; calzado adecuado ; prácticas deportivas adecuadas y terapia de compresión en actividades con bipedestación prolongada ¹³ .	N-3, GR*-C
ÚLCERAS ARTERIALES	Los Programas Preventivos que corrigen Factores de Riesgo de Arteriosclerosis se recomiendan ^{7,5} .	N-1, GR-A
	Recomendar al paciente con afectación vascular que deje de fumar , por los efectos nocivos que ocasiona sobre la enfermedad vascular periférica ^{15,16} .	N-1, GR-A
	El Índice Tobillo-Brazo se debe medir en todos los pacientes que tengan dolor en alguna pierna durante el ejercicio ¹⁵ .	N-1, GR-A
	Todos los pacientes con dolor isquémico en reposo deben ser evaluados para detectar una posible isquemia crítica de extremidades ¹⁵ .	N-1, GR-A
	Ante un Índice T/B < 0.75 se debe descartar otra etiología diferente a la isquémica ⁷ .	N-1, GR-A
	Todos los pacientes sintomáticos con arteriopatía periférica deberían reducir el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) a < 100 mg/dl ¹⁵ .	N-1, GR-A
ÚLCERAS NEUROPÁTICAS	Se recomienda evaluar la neuropatía sensorial (principal factor predisponente de úlceras neuropáticas) ⁷	N-1, GR-A
	Se recomienda en pacientes diabéticos valorar los desencadenantes (siempre traumáticos) ⁷	N-1, GR-A
	La valoración completa del pie en paciente diabético , al menos una vez al año, es eficaz ⁷ .	N-1, GR-A
	Se recomienda actuar en la corrección de la distribución de cargas plantares y anomalías articulares de forma precoz ¹⁵	N-1, GR-A
	Se recomienda establecer el diagnóstico clínico inicial de úlcera de etiología neuropática en presencia de los siguientes signos y síntomas clínicos : • Pulsos tibiales • Datos clínicos de la úlcera: - Localización: áreas de apoyo, sobrepresión y/o deformidad del pie. - Morfología: redonda u oval. - Base: granulada. - Bordes periulcerosos: halo hiperqueratósico circundante. - Manifestación de dolor: nula. La presencia de dolor será indicativa de complicaciones⁵.	N-3, GR-C
	En el diagnóstico clínico del PD se recomienda la utilización de las clasificaciones de Wagner-Meritt ¹⁵	N-1, GR-A
	Todos los pacientes que hayan presentado una úlcera previa en el pie deben ser considerados de alto riesgo de reulceración y ser incluidos en un programa de prevención secundaria basado en: • Estricto control clínico mensual. • Cuidados ortopodológicos, ortesis de descarga y calzado ortopédico. • Cirugía ortopédica en casos seleccionados. • Control de otros factores de riesgo. • Programas de educación y autovigilancia⁵.	N-1, GR-A

Limpieza y Desbridamiento

En la limpieza de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
GENERAL	La limpieza y el desbridamiento eficaces minimizan la contaminación , mejoran la curación ¹¹ e imposibilitan que la colonización progrese a infección ⁸ .	N-1, GR-A
	Como norma general, limpiar las heridas con suero fisiológico , agua destilada o agua potable ¹⁵	N-1, GR-A
	La limpieza se recomienda inicialmente y en cada cambio de apósito con Suero Fisiológico ^{7,13} .	N-1, GR-A
	Aplicar una presión de lavado eficaz (1-4 kg/cm ²) que garantice el arrastre del detritus producido por las bacterias y restos de curas sin lesionar tejido sano (usar para ello una jeringa de 20 a 35 cc y una aguja o catéter de 0,9 mm de diámetro) ¹⁵	N-1, GR-A
	Los antisépticos son citotóxicos para el tejido de granulación ¹⁵	N-2, GR-B
	El uso de apósitos de alginato y espumas de poliuretano son eficaces en la mayor absorción del exudado (UPP/Úlceras Venosas) ¹⁷	N-1, GR-A
	El uso de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide es eficaz en el control del exudado ⁷ .	N-2, GR-B

CAH y Gestión del Exudado

En CAH y gestión del exudado de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
CURA EN AMBIENTE HÚMEDO (CAH) Y GESTIÓN DEL EXUDADO	La CAH es más efectiva y más rentable que la cura seca tradicional ^{14, 17} .	N-1, GR-A
	La CAH estimula la cicatrización ⁷ .	N-1, GR-A
	La CAH disminuye el tiempo de cicatrización en UPP y Úlceras Venosas ¹⁷ .	N-2, GR-B
	La CAH demuestra mayor efectividad asociada a vendaje compresivo en las Úlceras Venosas ¹⁷ .	N-1, GR-A
	No hay diferencias en la cicatrización con el uso de los diferentes tipos de productos de cura en ambiente húmedo . En la selección se considerarán : tipo de tejido , exudado , localización , piel perilesional y tiempo del cuidador ¹⁴ .	N-1, GR-A
	Escoja un apósito que permita que la piel perilesional esté intacta y seca , mientras que mantiene el lecho de la misma húmedo ⁸ .	N-3, GR*-C
	Abscesos/cierre en falso rellene parcialmente (entre mitad y tres cuartas partes) las cavidades/tunelizaciones con productos basados en el principio de CAH . Evite sobrecargar la herida ⁸ .	N-3, GR*-C
	El uso de apósitos de alginato y espumas de poliuretano son eficaces en la mayor absorción del exudado (UPP/Úlceras Venosas) ¹⁷ .	N-1, GR-A
	El uso de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide es eficaz en el control del exudado ⁷ .	N-2, GR-B
	Debe protegerse la piel perilesional del exudado y de otras agresiones mediante películas barrera no irritante o pomadas con óxido de zinc ⁵ .	N-3, GR-C

Tratamiento

En el tratamiento de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
UPP	Existen evidencias científicas que indican que la colagenasa , favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación ⁸	N-3, GR*-C
	El uso de Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO) en piel sometida a presión es eficaz ¹⁴ .	N-1, GR-A
ÚLCERAS VENOSAS	El uso de terapia de compresión * (vendas elásticas, multicapa u ortesis) se recomienda ⁷ .	N-1, GR-A
	El uso de Pentoxifilina (400mg/8h VO) y la fracción Flavonoica/Micronizada de Diosmina está recomendado ⁷ .	N-1, GR-A
ÚLCERAS ARTERIALES	El tratamiento de elección es la revascularización ⁷ .	N-1, GR-A
ÚLCERAS NEUROPÁTICAS	Los productos de Bioingeniería son eficaces en el tratamiento del Pie Diabético ¹⁷ .	N-2, GR-B
	Deben considerarse factores agravantes en la úlcera neuropática la infección y la isquemia ⁵ .	N-1, GR-A
	En presencia de afectación isquémica , la úlcera deberá ser tratada como una úlcera isquémica y no neuropática ⁵ .	N-1, GR-A
	En la úlcera de etiología neuropática es preceptiva la realización de un podograma dinámico y la posterior indicación de una ortesis personalizada paliativa o funcional ⁵ .	N-1, GR-A
	En la fase de granulación de la úlcera de etiología neuropática y como tratamiento específico, han mostrado su eficacia: • El factor de crecimiento derivado de las Plaquetas (rhPDGF, beclapermína [DCI], Regranex®). • El modulador de las metaloproteasas de la MEC (Promogram®). • La estrategia de cura mediante vacío (VAC)⁵.	N-1, GR-A

***Contraindicación Absoluta:** Isquemia (Índice T/B<0.60), artritis y/o dermatitis aguda.

En el manejo de la infección de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
MANEJO DE LA INFECCIÓN	Los apósitos de Plata son eficaces en el tratamiento de la infección por Staphylococcus Aureus ^{7,13} .	N-1, GR-A
	Los apósitos de Plata, Cadexómero Yodado y antibióticos tópicos (Sulfadiazina Argéntica, Mupirocina, Ácido Fusídico y Mitronidazol) son eficaces en el tratamiento de la infección local ^{7,8,13} .	N-1, GR-A
	El uso de antibióticos sistémicos es eficaz en el tratamiento de bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada y osteomielitis , bajo prescripción médica. Contraindicándose su uso tópico ^{7,8} .	N-1, GR-A
	La utilización de apósitos con plata en malla de carbón es una opción alternativa previa a la utilización de antibióticos locales ¹³	N-1, GR-A
	Si no hay respuesta favorable al tratamiento local, deberán realizarse cultivos bacterianos , preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja ⁵ (Anexo VI)	N-1, GR-A
	Evitar la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar sólo contaminantes de superficie y, no en todos los casos, el microorganismo responsable de la infección ¹³	N-3, GR-C
	El uso de la limpieza y desbridamiento asociado a apósitos de plata es más eficaz ¹⁴	N-1, GR-A
	Una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica , en la mayoría de los casos ⁸	N-1, GR-A
	Si tras 2-4 semanas , la úlcer a no evoluciona favorablemente (descartadas osteomielitis, celulitis o septicemia): utilice apósitos con plata (en malla de carbón activado, de liberación directa, iónicos, asociados con hidrocoloides,...) efectivos en reducir la carga bacteriana/infección local ; o aplique (máximo 2 semanas) un antibiótico local (Sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...) ⁸	N-1, GR-A
	Los signos clínicos y analíticos sugestivos de osteomielitis : • La exposición del periostio en la base de la úlcera. • Alcanzar el mismo mediante una sonda. • La supuración y fistulización mantenida. • Desmineralización, reacción perióstica y destrucción ósea en las técnicas de imagen. • Marcadores séricos (PCR y VSG)⁵.	N-2, GR-B

Dolor

En el manejo del dolor de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión:		N/GR
MANEJO DEL DOLOR	Los analgésicos de acción periférica se recomiendan en los casos de dolor moderado y ocasional ^{5,7} .	N-1, GR-A
	Los analgésicos de acción central se recomiendan en los casos de dolor intenso y constante ^{5,7} .	N-1, GR-A
	En ambos tipos de dolor se recomienda el uso, previo a la cura, de solución tópica de Mepivacaína (3.5%) /parches transdérmicos de Buprenorfina ^{5,7} .	N-1, GR-A
	Para manejar el dolor local valore el uso de geles de opioides como analgésicos tópicos (Ej. Hidrogel de Clorhidrato de Morfina) ¹⁴	N-2, GR-B

ÚLCERAS CUTÁNEAS

DEFINICIÓN

Solución de continuidad con pérdida de sustancia de cualquier superficie epitelial del organismo, que se caracteriza por su escasa o nula tendencia a cicatrizar por si misma¹⁸.

TIPOS

Las **Úlceras Vasculares** suponen un importante problema de salud. Presentan una incidencia de 3 a 5 nuevos casos por mil personas y año, y una prevalencia que varía entre el 0.10 al 0.30 %. Ambos deben multiplicarse por dos cuando se considere el segmento de población de edad > 65 años⁵.

Las **Úlceras Venosas** se podrían definir como lesiones con pérdida de sustancia que asientan sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica. También se las conoce como úlceras de estasis. La trascendencia de la situación de integridad o no del sistema valvular en las venas profundas y la importancia de la bomba muscular gemelar en la etiología de estasis venoso es aceptada en general¹⁹. Representan entre el 75 y 80% del total de las úlceras vasculares. La prevalencia es del 0.8 al 0.5 % y la incidencia es entre 2 y 5 casos nuevos por mil personas y año⁴. El estudio DETECT-IVC²⁰, realizado en centros de salud por médicos de Atención Primaria ha permitido constatar que el 3 % de los pacientes que acuden a su consulta padecen úlceras venosas⁵.

Son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1-3. La incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años con un porcentaje del 5.6 % de la población. La úlcera de origen venoso es la complicación más importante que puede aparecer en la evolución de la insuficiencia venosa crónica. La úlcera, se origina por un deterioro de la microcirculación cutánea, debida a la hipertensión venosa producida por una incompetencia en el sistema de retorno venoso⁵.

Las **Úlceras Arteriales** se pueden definir como aquellas que son consecuencia de un déficit del aporte sanguíneo a la extremidad afectada secundario a una arteriopatía generalmente crónica. También se las conoce como isquémicas¹⁹. Suponen entre un 10 y un 25 % de todas las vasculares. Son fruto de un déficit de aporte sanguíneo. La isquemia supone una disminución de la presión de la perfusión capilar, provocando una disminución de la actividad metabólica de la célula. Esto a su vez provoca que la piel de este territorio se haga vulnerable a la ulceración, y que, ante pequeños traumatismos, aparezca una lesión⁵.

La aparición de una úlcera isquémica es, de por sí, signo de mal pronóstico, e indicativo de una patología obstructiva en fase avanzada (grado IV de la Escala de Fontaine)²¹. Son lesiones muy difíciles de tratar y casi siempre es necesario que se produzca una revascularización del miembro afectado. Aun así, las posibilidades de que tras la cicatrización de la úlcera, el enfermo vuelva a presentar más lesiones del mismo tipo son muy altas⁵.

Afectan mayoritariamente a hombres mayores de 45 años. En mujeres mayores de 65 años su aparición es más habitual, aunque esto empieza a modificarse debido a los hábitos tabáquicos principalmente⁵. La prevalencia oscila entre 0.2 y 2% y la incidencia es de 220 casos nuevos por cada millón de habitantes al año⁷.

El **Pie Diabético**, se define como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por una hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie^{7,22}.

La principal etiología de la **Úlcera Neuropática** en España es la Diabetes Mellitus (DM), teniendo el resto de etiologías una prevalencia mínima. Los datos epidemiológicos indican que la prevalencia de DM en países occidentales, es entre el 7 y el 7.5 % y fundamentalmente a expensas de la DM tipo II. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud, publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, indican una prevalencia de la DM en el año 2006 de 6.05 %. Cifras que se acepta podrían duplicarse si se incluyera la DM no diagnosticada⁷.

En la bibliografía no es infrecuente que la referencia a la úlcera neuropática, en el contexto de la DM, se englobe en el concepto clínico de Pie Diabético. Las complicaciones en el pie de los diabéticos, representan la primera causa de ingreso hospitalario de estos pacientes. La incidencia acumulada de úlcera en el pie diabético se estima entre el 0.5-1% anual. Hasta el 15-25 % de los diabéticos presentarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida⁷.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo: entre el 14 % y el 20 % de los pacientes diabéticos con una úlcera terminan sufriendo una amputación de la extremidad, encontrándose el antecedente ulceroso en el 85 % de pacientes amputados⁷.

En la fisiopatología de la úlcera de etiología neuropática, intervienen de forma secuencial 3 tipos de factores: predisponentes, desencadenantes y agravantes. Al margen de su interés fisiopatológico, conocer su correlación es un elemento básico en la prevención y tratamiento de la úlcera.

La polineuropatía diabética constituye el principal factor predisponente. Ésta se ha objetivado en el 75 - 80 % de los pacientes con DM tipo I y en el 40 - 50 % con DM tipo II de más de 10 años de evolución y en aproximadamente en el 100 % con una evolución mayor a 25 años de la enfermedad⁷.

Existen dudas en el momento actual sobre la microangiopatía como factor predisponente de la úlcera neuropática.

Otros factores de riesgo de desarrollar la úlcera neuropática son: el antecedente de úlcera en el mismo pie, la DM de larga duración, la presencia de alteraciones osteoarticulares, la movilidad limitada y el bajo nivel socioeconómico⁷.

Podemos afirmar que las úlceras neuropáticas son de igual frecuencia en hombres que en mujeres y que aparecen generalmente en diabéticos de larga evolución⁵.

Las **Úlceras por Presión** (UPP), también denominadas úlceras por decúbito, aparecen debido a la presión sostenida de una prominencia ósea sobre una superficie externa, a la fricción, o a las fuerzas de cizalla o a una combinación de los tres tipos de fuerza⁸. Dicha presión puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes; y si la presión no desaparece, producir muerte celular, necrosis y rotura tisular, pudiendo desembocar en osteomielitis y sepsis, que son las complicaciones más graves. Estas lesiones cutáneas se clasifican en base a la profundidad anatómica del tejido dañado en cuatro estadios (I-II-III-IV)¹⁶.

La prevalencia oscila entre 3.5%- 29.5% en población hospitalizada y el 0.175% en pacientes mayores de 65 años en Atención Primaria¹⁸.

CARACTERÍSTICAS DE LAS HERIDAS

ÚLCERAS VENOSAS^{5,13,23}

- Se localizan principalmente en zona perimaleolar interna, en zona pretibial o laterotibial.
- Son de forma redondeada, oval o irregular.
- De tamaño variable.
- Bordes generalmente irregulares.
- Lesiones únicas o múltiples (con tendencia a unirse), y pueden ser unilaterales o bilaterales.
- Pulsos arteriales distales presentes.
- Lecho de la herida: granulomatoso generalmente exudativo.
- Piel periulceral: edematosa, con hiperpigmentación y evidencia de episodios anteriores con esclerosis de la piel e induración.

ÚLCERAS ARTERIALES^{5,13,23}

- Se localizan en el tercio inferior de la pierna, sobre prominencias óseas: maleolo externo, talón y dedos.
- Forma redondeada.
- Generalmente pequeñas.
- Bordes bien definidos.
- Con frecuencia lesiones múltiples, pero también puede ser única.
- Pulsos arteriales distales débiles o ausentes.
- Lecho de la herida: de aspecto atrófico, seco y con esfacelos.
- Piel periulceral: de coloración pálida y brillante, con ausencia de vello, frágil y seca.

ÚLCERAS NEUROPÁTICAS: PIE DIABÉTICO^{5,13,23}

- Se localizan en el pie de pacientes diabéticos en puntos de mayor apoyo o con deformidades: cabeza de primer metatarsiano plantar, pulpejo de dedos, etc.
- Son profundas y tunelizadas.
- Tamaño variable.
- Bordes generalmente hiperqueratósicos, con fisuras y grietas.
- Disminución de la sensibilidad profunda y superficial.
- Lecho de la herida: con tendencia a la granulación.
- Piel periulceral: edematosa, con grietas o callosidades.
- Elevado riesgo de infección de los tejidos blando y óseo.

ÚLCERAS POR PRESIÓN^{5,13,23}

- Localizadas en prominencias óseas sometidas a presión.
- Evolucionan desde el eritema (estadio I) a la abrasión (estadio II) y hasta la úlcera que alcanza distintos planos profundos (estadios III y IV).

- Tamaño variable en función de la zona y tiempo de evolución.
- Bordes bien definidos.
- Lecho de la herida: varía en función del estadio.
- Piel periulceral: eritematosa y edematosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS HERIDAS CRÓNICAS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN²⁴

	ARTERIAL	VENOSA	NEUROPÁTICA	POR PRESIÓN
LOCALIZACIÓN	Normalmente distal	Encima de maleolos	Zonas del pie expuestas a presión	En zonas de presión
TAMAÑO	Pequeño	Pequeño a grande	Usualmente pequeño, puede ser grande.	Pequeño a grande
FORMA	Redondeada	Irregular	Redondeada	Redondeada, puede ser irregular cuando es grande
PROFUNDIDAD	Superficial, ocasionalmente: profunda	Superficial	Superficial a profunda*	Superficial a profunda*
LECHO	Pálido, esfacelado, fibrinoso	El aspecto puede variar, frecuentemente exudativo	El aspecto puede variar, frecuentemente granulado si está infectada	El aspecto puede variar
BORDES	Lisos	Irregulares	Usualmente lisos	El aspecto puede variar
PIEL PERIULCERAL	Pálida	Pigmentada	Frecuentemente presentan callo	El aspecto puede variar

*puede haber cavidades o fístulas

FASES DE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

Todas las heridas, independientemente de su naturaleza requieren los mismos procesos bioquímicos y celulares. Este proceso pasa por 5 fases que se solapan entre sí⁶.

Hemostasia

- ◆ Se produce inmediatamente después de producirse el daño tisular.
- ◆ La vasoconstricción capilar es la primera reacción para reducir el sangrado. Las plaquetas y los hematíes, se agregan a modo de tapón, formando el coágulo, lo que origina la hemostasia, dando fuerza al tejido dañado.

Inflamación

- ◆ Se produce entre el primer y tercer día.
- ◆ Tiene el objetivo de eliminar el tejido muerto y las bacterias del lecho de la herida.
- ◆ La vasodilatación y el aumento de la permeabilidad de los capilares permite la migración de los leucocitos hacia el lecho de la herida. Es entonces cuando se produce la diferenciación de los leucocitos en macrófagos.
- ◆ Los macrófagos se convierten en fagocitos que engullen los tejidos muertos y las bacterias contaminantes, eliminándolas y desbridando la herida.

Proliferación

- ◆ Se inicia entre los tres y cinco días tras producirse el daño tisular y dura entre cuatro y catorce días.
- ◆ Los fibroblastos son las células predominantes en esta fase, son muy sensibles a los cambios de temperatura y a variadas sustancias químicas como los antisépticos.
- ◆ Los macrófagos migran desde el fondo hacia la superficie y de los extremos hacia el centro de la herida.
- ◆ Esta fase consta de 4 etapas:
 - Granulación.
 - Formación de capilares.
 - Producción de fibroblastos.
 - Contracción.

Reepitelización

- ◆ Ésta se inicia cuando el tejido de granulación ha rellenado la herida a nivel de la piel circundante.
- ◆ El tejido epitelial puede presentarse en diversas áreas de la herida.

Maduración

- ◆ Fase de duración muy variable: de seis meses a tres años.
- ◆ Existe un marcado descenso de los fibroblastos.
- ◆ El tejido cicatricial carece de pelo, glándulas sebáceas y sudoríparas.
- ◆ La cicatriz es de color rosado en la raza caucásica, que se vuelve blanca cuando madura y se produce una desvascularización.
- ◆ En esta fase se procede a la remodelación del colágeno y la regresión capilar.

Todo este proceso, y los tiempos de duración normales de cada fase, pueden verse alterados por varios factores:

FACTORES QUE FAVORECEN LA CICATRIZACIÓN:

- ◆ Cura de la herida con técnicas asépticas.
- ◆ Alimentación: aporte proteico adecuado, buena hidratación y secreción de somatotrofina.

FACTORES QUE ENLENTECEN O DIFICULTAN LA CICATRIZACIÓN:

- ◆ Enfermedades de la piel (ej. dermatitis).
- ◆ Alteración del pH.
- ◆ Traumatismos vasculares, hematomas.
- ◆ Fármacos, tratamientos (ej. irradiación por radioterapia).
- ◆ Trastornos metabólicos (ej. Diabetes Mellitus), alteración tiroidea.
- ◆ Paciente con hipoproteinemia, hipovolemia, alteración ácido-base, anemia, etc.
- ◆ Infecciones.
- ◆ Pacientes mayores de 60 años.
- ◆ Estrés.

También puede producirse lo que se denomina “cicatrización patológica” por la producción de tejido fibroso y colágenos de forma incontrolada, de la que pueden apreciarse 2 tipos:

- ◆ **Queloides:** Invade piel normal. Es eritematosa, lisa, brillante, dolorosa, pruriginosa con elevación sobre la superficie de la piel en forma importante.
- ◆ **Cicatriz hipertrófica:** Se eleva sobre la superficie de la piel en menor proporción que la cicatriz queloides. Es blanquecina, menos dura, más elástica, no invade piel sana, y no produce prurito ni dolor.

En último lugar, destacan como complicaciones más frecuentes del proceso de cicatrización:

- ◆ Hemorragia (sobre todo en las primeras 24 horas).
- ◆ Infección.

PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

Con el fin de asegurar la atención integral de estos pacientes, de sus cuidadores y de sus familias es necesario el uso de un procedimiento que garantice esta atención holista. Es por ello, que percibimos como necesaria la inclusión del Proceso de Atención de Enfermería como procedimiento que avale la atención integral de paciente, cuidador y familia. Dicho proceso se plasma en formato electrónico y en formato papel para aquellos profesionales de nuestra área que aún no disponen de historias clínicas informatizadas.

- ♦ La Valoración Estandarizada (Anexo II) sobre los cuidados pertinentes la realizamos a partir de la Valoración de los Patrones Funcionales de Gordon^{1,25}, del uso de esta guía de valoración en la literatura obtenida, de su adaptación a nuestro medio y del consenso de los Miembros de la Comisión, con el posterior ajuste de manos de la Comisión Modelo Enfermero dependiente de la dirección de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria (AP). De este modo, elaboramos una Valoración Estándar en la que se contemplan diferentes aspectos en 9 de los 11 patrones funcionales. Para su realización más completa también se dispone, en forma de anexos, de aquellos test, escalas o cuestionarios pertinentes en la valoración de los distintos patrones funcionales (Barthel, Braden, índice tobillo/brazo, Lawton & Brody, Escala de Wagner, Cuestionario de Oviedo del Sueño, Cuestionario del Dolor Español -CDE-, Yesavage, DUKE -UNC-)
- ♦ En segundo lugar, y para la elaboración de los Planes de Cuidados²⁵ (Anexo II) manejamos las taxonomías NANDA²-NOC³-NIC⁴ (NNN), planes de cuidados realizados con NNN obtenidos de la literatura, adaptándose y consensuándose en el grupo de trabajo y siendo revisados por la citada Comisión Modelo Enfermero de AP. Se obtuvieron 9 Planes de Cuidados Estandarizados, donde se sugieren unas Intervenciones NIC para conseguir unos resultados NOC. Estos NOC se proponen para solucionar cada uno de los diagnósticos NANDA formulados, según la tabla NANDA/NOC/NIC (Anexo II).

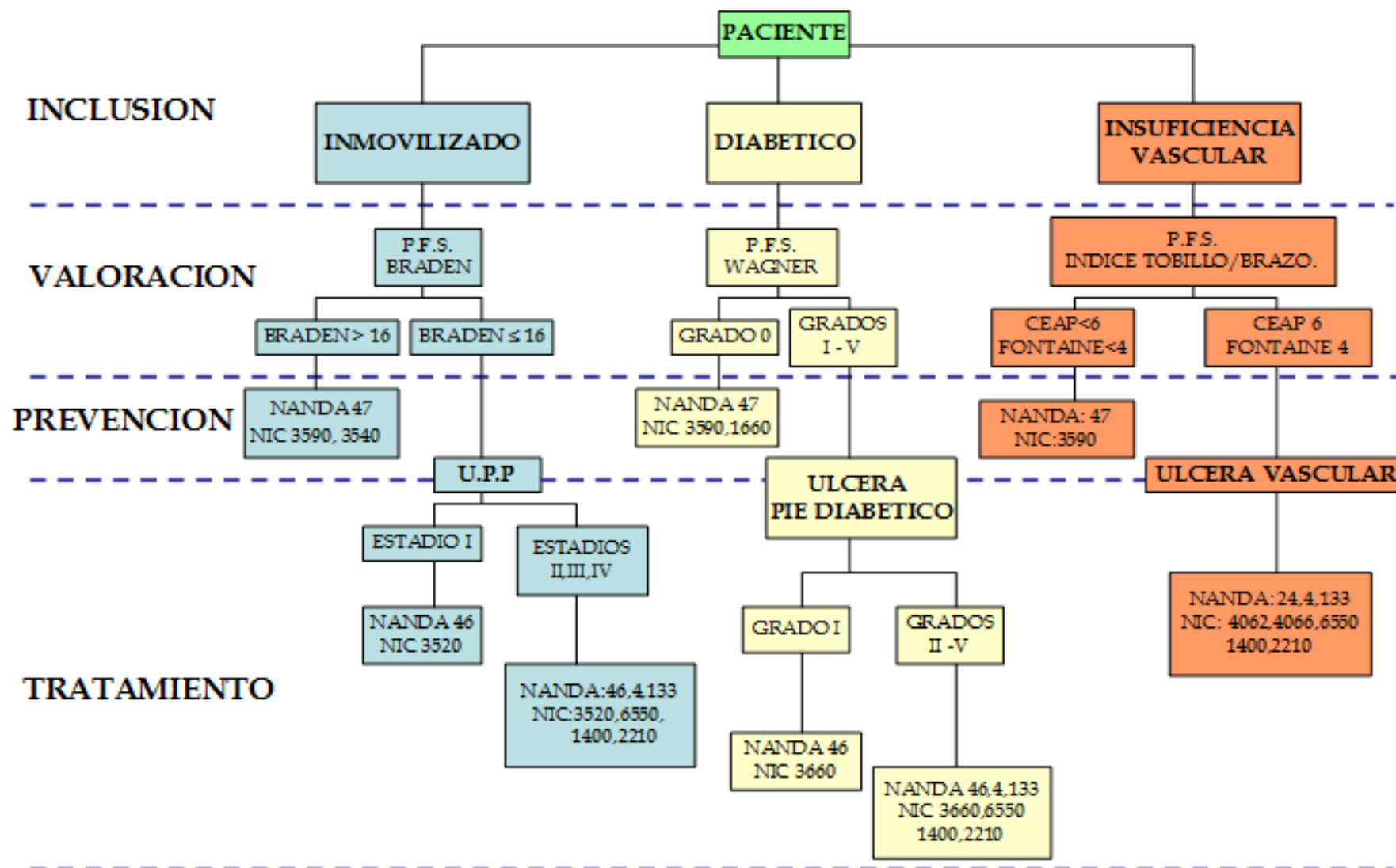
ALGORITMOS DE DECISIÓN

Se han elaborado cuatro algoritmos de decisión: uno general y otros tres de cada tipo de úlcera. El algoritmo general es para valorar el riesgo de padecer alguno de los tres tipos de úlceras tratados en esta guía, utilizando las escalas o clasificaciones más recomendadas en la literatura consultada:

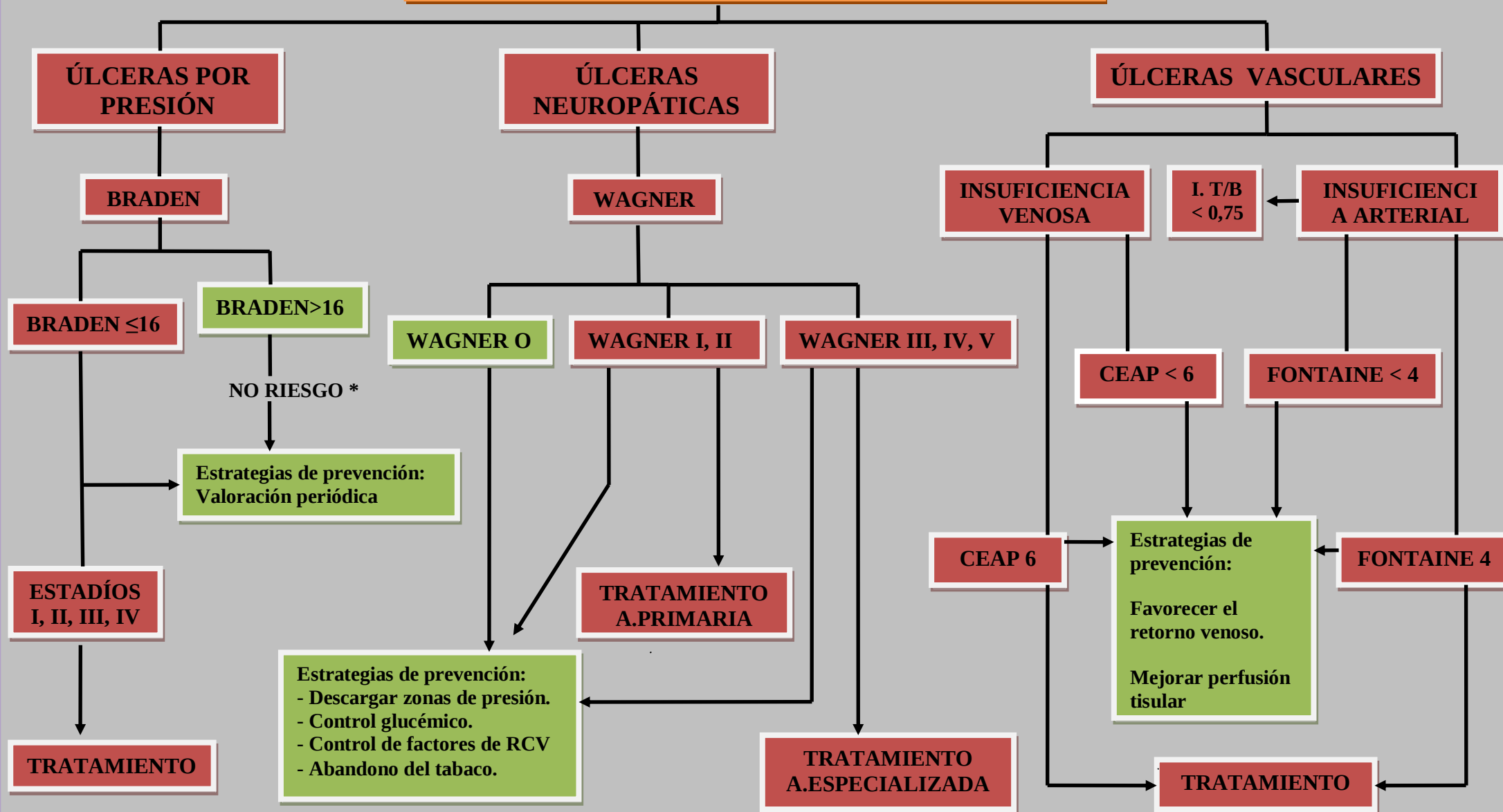
- ◆ Úlceras por Presión (UPP): Escala de BRADEN
- ◆ Úlceras Neuropáticas (Pie Diabético): Escala de WAGNER
- ◆ Úlceras Vasculares:
 - Insuficiencia Venosa: Escala de CEAP
 - Insuficiencia Arterial: Escala de FONTAINE

Los otros tres algoritmos sirven para, de forma esquemática, seguir las pautas recogidas en esta guía ante cada uno de los tipos de úlceras.

ALGORITMO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN^{1,2,3,4}



VALORACIÓN A PACIENTES CON RIESGO DE



*No Riesgo: Braden > 18 en ≥ a 75 años

ALGORITMO DE DECISIÓN ÚLCERA NEUROPÁTICA

PACIENTE DIABÉTICO

VALORACIÓN DEL RIESGO:

- Inspección pies, uñas y calzado.
- Palpación de pulsos.
- Exploración sensibilidad: monofilamento 5.07

¿TIENE RIESGO?

NO

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

- Evitar traumatismos.
- Aseo diario.
- Hidratación de la piel.
- Cuidado de los pies.
- Evitar temperaturas extremas.
- Calzado adecuado.
- Control de la diabetes.

REEVALÚE

SI

¿Cambio en el estado del paciente?

NO

SI

WAGNER 0

WAGNER I, II

WAGNER III, IV, V

ACTIVIDADES/TRATAMIENTO:

- Piedra pómez.
- Hidratar como piel circundante.
- Ortesis de silicona.

ACTIVIDADES / TRATAMIENTO:

- Desbridar: flictenas, esfacelos y/o tejido necrótico
- Reposo absoluto o descarga de la zona
- Apósito hidrocoloide/ hidropolimérico
- Apósito de Alginato/ Fibra de Hidrocoloide
- Apósito con plata/ Antibiótico tópico/ toma de muestra para antibiograma/ Antibiótico oral –Si Infección

ACTIVIDADES / TRATAMIENTO:

- Hidrogel
- Apósito con Carbón y / o Plata
- Colágeno/ Ac. Hialurónico / Modulador de las proteasas
- Apósito Hidrocelular / Hidropolimérico
- Hospitalización para tratamiento quirúrgico (desbridar, bypass, ...)
- Antibiótico vía parenteral

CURA /REVISIÓN: cada 24 / 48 horas

PACIENTE CON RIESGO DE UPP

ALGORITMO DE DECISIÓN UPP

VALORACIÓN DEL RIESGO:
Si BRADEN ≤ 16 puntos (PAC < 75 años)
 ≤ 18 puntos (PAC > 75 años)

PRESENTAN UPP

NO PRESENTAN UPP

VALORACIÓN DEL RIESGO:
Si BRADEN > 16 puntos (PAC < 75 años)
> 18 puntos (PAC > 75 años)

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

- Cuidados de la piel :
 - Hidratación. AGHO
- Cuidados Nutricionales :
 - Valoración nutrición adecuada.
 - Corregir deficit
 - Complementos dietéticos
- Manejo de la humedad :
 - Incontinencia
 - Sudoración
 - Exudado heridas
- Manejo de la presión :
 - Superficies de apoyo especiales
 - Apósitos Hidropoliméricos/ hidrocélulares en prominencias óseas y zonas de presión y alto riesgo.
 - Cambios posturales individualizados

CUIDADOS UPP

ESTADIO I

ESTADIO II

ESTADIO III

ESTADIO IV

ACTIVIDADES / TRATAMIENTO:

- Apósito Hidrocoloide extrafino.
- AGHO.
- Apósito Hidropolimérico

CURA /REVISIÓN: cada 24 horas

ACTIVIDADES / TRATAMIENTO:

- AGHO.
- Desbridamiento de flictenas
- Apósito de alginato / Fibra de hidrocoloide /
- Apósito Hidrocelular/ Hidropolimérico.
- Colágeno/ Estimuladores de la cicatrización

CURA /REVISIÓN: cada 48 horas

ACTIVIDADES / TRATAMIENTO:

- AGHO.
- Desbridamiento de esfacelos y tejido necrótico
- Control de exudado y/o infección y/o olor
- Colagenasa /hidrogel
- Apósito de alginato/fibra de hidrocoloide
- Apósito hidrocelular/hidropolimérico
- Colágeno/estimuladores cicatrización

CURA /REVISIÓN: cada 24 / 72 horas

REEVALUAR PERIODICAMENTE

PACIENTE CON INSUFICIENCIA VASCULAR

ALGORITMO DE DECISIÓN DE ÚLCERA VASCULAR

VALORACIÓN DEL RIESGO:

- Antecedentes personales y familiares
- Presencia de edemas, varices, inflamación, dolor, pulsos,...
- Exploración: Índice Tobillo/ Brazo

¿Tiene Riesgo?

REEVALÚE

NO

SI

¿Cambio en el estado del paciente?

I. VENOSA

CEAP < 6

NO

FONTAINE < 4

I. ARTERIAL

FONTAINE 4

CEAP 6

Vendaje compresivo o sistemas de medias compresivas

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

- Mantener piel limpia e hidratada con AGHO
- Evitar golpes, sobrepeso, fuentes de calor próximas
- Hacer ejercicio físico diario
- Medidas farmacológicas
- En I. VENOSA: evitar estreñimiento, bipedestación y/o sedentarismo.
- En I. ARTERIAL: evitar el tabaco

SI

Vendaje sin compresión

LESIÓN INCIPIENTE

LESIÓN PROFUNDA

ACTIVIDADES/TRATAMIENTO:

- Apósito hidrocoloide extrafino o de silicona.

ACTIVIDADES / TRATAMIENTO:

- Desbridamiento enzimático o autolítico / D. cortante
- Apósito de alginato/ hidrofibra de hidrocoloide
- Apósito hidrocélular o hidroolimérico.
- Si infección : añadir o cambiar por A. de plata y/o carbón más plata.

CURA /REVISIÓN: cada 24 / 48 horas

FICHAS DE PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

En dichas fichas se han aplicado las últimas evidencias disponibles, el consenso existente a la luz de la literatura consultada y la adaptación a las posibilidades de nuestro medio. En estas fichas encontramos, por orden alfabético, información concisa sobre la denominación genérica del producto, definición, características, indicaciones y presentaciones comerciales^{5,8}.

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (AGHO)	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Compuestos principalmente por ácidos grasos esenciales. Actúan restaurando el film hidrolipídico protector de la piel. Facilitan la renovación de las células epidérmicas. Mejoran la elasticidad y tonicidad cutánea y protegen la piel. Mejoran la microcirculación sanguínea y tienen una actividad antiinflamatoria.	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Prevención de úlceras por presión, tratamiento de las UPP grado I, sequedad cutánea y eczemas, en las pieles frágiles.	CORPITOL® LINOVERA® MEPENTOL® MEPENTOL LECHE®
CONTRAINDICACIONES	
No se han descrito	

ALGINATOS

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Derivados de las algas naturales, son polisacáridos naturales formados de la asociación de los ácidos gulurónico y manurónico. La base es una fibra de alginato cálcico.

Presentaciones:

- Apósitos exclusivamente de fibra de alginato cálcico.
- Cinta de alginato para cavidades.
- Apósitos de Alginato asociado a Hidrocoloides (carboximetilcelulosa sódica) en placa y en aplicadores líquidos.

Los alginatos **absorben exudado o líquido seroso** y reaccionan químicamente con él para **formar un gel hidrófilo**, con propiedades reológicas y de intercambio iónico que dependen de una serie de factores. Estos incluyen el porcentaje relativo de residuos de ácido manurónico y gulurónico y el método de esterilización del apósito final. Los apósitos de alginato varían en cuanto a su capacidad de absorción, pero generalmente **absorben del orden de 15 a 20 veces su propio peso de exudado** mediante tres sistemas de acción: por difusión pasiva, por acción capilar y por sus propiedades hidrofílicas. Indicados en **heridas de moderada-alta exudación**, algunos autores también refieren su utilidad en **heridas infectadas y heridas con mal olor**. Debido a su gran capacidad de absorción algunos apósitos hidrocoloides y algún hidrogel en estructura amorfa incorporan este producto para complementar sus propiedades. Los alginatos cálcicos son productos no antigénicos, hemostáticos y bioabsorbibles que presentan una cierta actividad antibacteriana. Tras su aplicación en el lecho de una herida, se produce un intercambio de los iones sodio del exudado para formar a continuación un gel coloidal que crea un ambiente húmedo y caliente en el lecho de la herida, aportándole condiciones ideales para que se produzca el proceso de cicatrización.

INDICACIONES

Heridas y úlceras muy **exudativas** e incluso **infectadas**. Capacidad **desbridante**.

CONTRAINDICACIONES

Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

PRESENTACIONES COMERCIALES

ALGISITE®
 ALGOSTERIL®
 ASKINA SORBSAN®
 SEASORB SOFT®
 SOLBALGON®
 TEGAGEN®
 TRIONIC®
 URGOSORB®

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Aquellas sustancias químicas producidas por varias especies de microorganismos (bacterias, ascomicetos y hongos) o sintetizados químicamente, que tienen la capacidad de inhibir el crecimiento de microorganismos y producir su destrucción. Únicamente hay evidencia científica sobre el uso de la Sulfadiazina Argéntica, la Mupirocina, el Ácido Fusídico y el Metronidazol.	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Infección (no utilizar junto a enzimas proteolíticas porque disminuyen su acción).	BACTROBAN® FUCIDINE® PLASIMINE® ROZEX® SILVEDERMA®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes. En general, no utilizar en recién nacidos, prematuros, durante el embarazo y/o lactancia.	

ANTISÉPTICOS	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Povidona yodada: Antiséptico dermatológico. Su uso indiscriminado ha sido bastante discutido en los últimos tiempos ya que como solución antiséptica que es, al igual que altera el crecimiento de las bacterias lo hace también con las células sanas. Hay que tener precaución con los pacientes alérgicos al yodo, o que presenten alteraciones tiroideas y no se debe usar con preparados mercuriales, ni junto a la colagenasa a la que inactiva. Presentaciones en solución, gel y apósitos impregnados. Elimina bacterias, virus y hongos. Inicio de actividad en 3 minutos. Efecto residual de 3 horas. Inactivo en presencia de materia orgánica. Clorhexidina: Antiséptico con actividad frente a bacterias, esporas, hongos y virus. Activo en presencia de materia orgánica. Inicio de actividad en 15-30 segundos y efecto residual de 6 horas. A concentraciones mayores de 4% puede dañar tejido. No es irritante y carece de reacciones sistémicas al tener una absorción nula.	
INDICACIONES	PR. COMERCIALES
Se aplican para reducir la posibilidad de infección.	BETADINE® CRISTALMINA®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes. Povidona Yodada no utilizar en personas con intolerancia al yodo o medicamentos yodados.	

APÓSITOS DE CARBÓN

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Pueden llevar carbón activado exclusivamente, aunque los hay asociados a plata o a alginato e hidrocoloide.

Tienen la propiedad **absorber bacterias y eliminar los olores desagradables**. Además controlan exudado.

INDICACIONES

Heridas malolientes y exudativas.

CONTRAINDICACIONES

No se han indicado

PRESENTACIONES COMERCIALES

ACTISORB PLUS 25®

ASKINA CARBOSORB®

CARBOFLEX®

CARBONET®

APÓSITOS DE PLATA

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Presentaciones:

Plata sobre base Hidrocoloide, Plata sobre malla de carbón, Hidrofibra de Hidrocoloide más Plata, Mallas de Polietileno cubiertas de Plata nanocristalina, Apósito Hidrocelular con Alginato e iones Plata, Apósito Hidropolimérico con Plata Hidroactiva.

Aunque con formas de actuar diferentes todos tienen en común su **efecto antimicrobiano o bactericida** sobre las heridas. Pueden ser utilizados ante **heridas de evolución tórpida**, con **sospecha de infección** o con **evidencia de ella**. Igualmente está demostrada su eficacia para **preparar el lecho ulceral**, **controlan el exudado** y el **mal olor** de la lesión. Según su presentación unos van a requerir de un apósito secundario, habitualmente una espuma polimérica y otros como el de base hidrocoloide o el de base hidropolimérica no lo precisan.

INDICACIONES

Profilaxis y tratamiento de la infección en las heridas.

CONTRAINDICACIONES

Alergia o hipersensibilidad a la plata o a alguno de sus componentes. No está recomendada su utilización junto a desbridantes enzimáticos (colagenasa) porque disminuye su acción.

Biatain Ag: no utilizar con soluciones de hipoclorito sódico o peróxido de hidrógeno.

PR. COMERCIALES

ACTICOAT®

ACTISORB PLUS 25®

AQUACEL PLATA®

ASKINA CALGITROL

AG®

BIATAIN PLATA®

COMFEEL PLATA®

URGOTUL PLATA®

COLÁGENO	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Presentaciones: - Polvo cicatrizante de colágeno, - Apósito de colágeno con antibiótico. El polvo de colágeno tiene alta capacidad hidrofílica y es cicatrizante . Los apósitos de colágeno con antibiótico tienen propiedades hemostáticas y antibacterianas .	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Absorción de exudado y cicatrización de heridas crónicas (polvo). Hemostático de cavidades limpias/contaminadas y prevención/tratamiento de las infecciones en las heridas (apósito con antibiótico).	CATRIX® OASIS® SEPTOCOLL E®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.	

DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS / COLAGENASA	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
El principio activo es una colagenasa clostridiopeptidasa A específica, obtenida del cultivo del Clostridium histolyticum, que no afecta a las células intactas o tejidos. El proceso de curación de una herida se acelera si su lecho se encuentra libre de tejidos necrosados que se anclan en la superficie de la misma mediante fibras de colágeno natural. Las colagenasas son las únicas enzimas proteolíticas capaces de romper el colágeno en su forma natural . La acción sinérgica de colagenasa y proteasas asociadas, permite la digestión de los componentes necróticos de la herida, intensificando así el efecto limpiador sobre la misma.	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Desbridamiento enzimático de los tejidos necrosados en úlceras cutáneas y subcutáneas (no utilizar junto a productos con plata , porque disminuyen la acción de esta última).	IRUXOL MONO®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.	

ESPUMAS DE POLIURETANO/HIDROPOLIMÉRICAS

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Hay varias presentaciones (hidropoliméricos, hidrocelulares, etc.) Las espumas poliméricas (en inglés "foam") son apósitos hidrófilos semipermeables, **impermeables a los líquidos y bacterias y permeables a los gases**. Sus propiedades principales son la **absorción del exudado**, el **mantenimiento de un medio húmedo** y la **prevención de la maceración**. Las ventajas de estos apósitos son que no se descomponen en contacto con el exudado, es decir no forman gel y que no dejan residuos. Evitan fugas, manchas y olores. Evitan la maceración de los tejidos perilesionados. Por su gran capacidad de absorción, incluso bajo compresión, **reducen el número de cambios de apósitos**. Son apósitos adaptables y flexibles. **Estos apósitos no deben utilizarse junto a agentes oxidantes que contienen hipocloritos, peróxido de hidrógeno o éter**. Deben de permanecer colocados sin moverse hasta que el exudado sea visible y se aproxime a 1'5 cm. del borde del apósito o hasta un periodo máximo de 7 días. Si se emplean sobre heridas que presentan tejido necrótico puede utilizarse conjuntamente un hidrogel.

INDICACIONES

Úlceras y heridas de **media o alta exudación**.

CONTRAINDICACIONES

Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.
Biatain y Allevyn: no utilizar con soluciones de hipoclorito sódico o de peróxido de hidrógeno.

PRESENTACIONES COMERCIALES

ALLEVYN®
ASKINA
TRANSORBENT®
BIATAIN®
INDAFOAM®
MEPILEX®
PERMAFOAM®
TIELLE®

FILM DE POLIURETANO	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Apósitos, generalmente transparentes, semioclusivos (permeables a gases y vapores pero no a líquidos) Crean un ambiente húmedo en la herida que estimula la regeneración tisular y acelera la curación . Son flexibles, lavables e impermeables a bacterias, pero no absorben exudado. Por su flexibilidad, se adaptan bien a los bordes más difíciles, permitiendo movilizar mejor al paciente. Pueden recortarse a la medida deseada sin que reduzcan su efectividad.	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Heridas o úlceras superficiales en fase de epitelización . Protección de zonas de riesgo de desarrollo de úlceras.	BIOCLUSIVE® HIDROFILM® OP-SITE® TEGADERM®
CONTRAINDICACIONES	
No se han descrito.	

HIDROCAPILARES	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Apósitos hidroactivos adhesivos o no, con varias capas y de perímetro sellado. Variante de los apósitos hidrocoloides , tratados aparte por su extraordinaria capacidad de absorción de exudado .	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Tratamiento de úlceras por presión y úlceras vasculares con exudado moderado o alto con piel circundante viable. Pueden utilizarse en todo el proceso de cicatrización . Pueden utilizarse bajo vendaje compresivo .	ALIONE®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.	

HIDROCOLOIDES

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Carboximetilcelulosa sódica "CMC ", generalmente se añaden otras sustancias hidroactivas de condición absorbente y otras que le capacitan para adherirse. La cubierta es un poliuretano que puede ser permeable (semioclusivos) o no (oclusivos) al oxígeno.

Presentaciones:

Muy variadas: Apósitos/Placas clásicas de varios tamaños. Con opción de reborde fino para evitar el enrollamiento por fricción. Opción en forma de gota para uso en la zona sacra u otras formas anatómicas. Extrafinos o semi transparentes, de grosor más fino de diversos tamaños y formas anatómicas. Apósitos hidroactivos adhesivos o no, con varias capas y de perímetro sellado llamados hidrocapilares. Hidrocoloides en malla. Apósitos lipidocoloidales.

Como fibra no adhesiva en forma de apósito o cinta conocidas como "hidrofibras". Asociación de hidrofibra e hidrocoloide (hiperhidrostáticos). Asociados a Alginatos en forma de placa o en aplicador líquido/estructura amorfa. Los hidrocoloides ejercen una **absorción y retención del exudado**, controlando la cantidad del mismo entre el apósito y la lesión. Las sustancias hidrocoloides junto con el exudado de la lesión **crean un gel que mantiene un ambiente húmedo que favorece la cicatrización y protege de la infección**.

INDICACIONES

Úlceras sin signos de infección de ligera a moderadamente exudativas. También se usan como **desbridantes autolíticos** y en general para **granulación y epitelización de heridas**. Los extrafinos o transparentes permiten el control visual de la cicatrización, para úlceras superficiales de cualquier etiología con exudado leve, como **protección de zonas de riesgo** de desarrollo de úlceras, sobre **heridas quirúrgicas suturadas limpias** o en **dermoabrasiones**.

PRESENTACIONES COMERCIALES

ALGOPLAQUE®
AQUACEL®
ASKINA BIOFILM®
ASKINA ULCUFLEX®
CELLOSORB®
COMBIDERM®
COMFEEL PLUS EXTRA ABSORBENTE®
COMFEEL PLUS TRANSPARENTE®
HIDROCOLL®
PHYSIOTULLE®
SURESKIN®
VARIHESIVE GEL CONTROL®
VERSIVA®
URGOTUL®

CONTRAINDICACIONES

Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

HIDROGELES	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Fundamentalmente agua más sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos muy absorbentes. También carboximetilcelulosa sódica y Alginatos. Presentaciones: Apósitos de varios tamaños en láminas transparentes de gel (generalmente agua, agar y policrilamida). Dispensadores o Aplicadores de hidrogel en estructura amorfa (generalmente agua más polisacáridos o carboximetilcelulosa más alginatos). Los hidrogeles están diseñados para el desbridamiento de tejido necrosado y el esfacelo, mejorando con ello, las condiciones para una cicatrización eficaz de las heridas. También está destinado para heridas en fase de granulación y epitelización.	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Lesiones de cualquier etiología y úlceras en cualquier fase o estadio. Como desbridante autolítico . Favorece la granulación y epitelización de las heridas. Control de exudado (los que contienen alginatos). En versión "estructura amorfa" para relleno de úlceras cavitadas en cualquier estadio .	ASKINA GEL® GELIPERM® HYDROSORB® (gel de poliuretano) HYPER-GEL® INTRASITE® INTRASITE CONFORMABLE® NORM-GEL® NUGEL® PURILON GEL® VARIHESIVE HIDROGEL®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes. No utilizar en quemaduras de tercer grado.	

SILICONA	
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	
Cubierta de silicona y red de poliamida. Presentación: Láminas de varios tamaños. La naturaleza hidrofóbica de la cubierta de silicona y su suavidad le proporciona microadherencia selectiva, esta suave adhesión a la piel seca hace que no se pegue a la herida, es decir se adhiere suavemente a la piel de alrededor de la herida (que está seca) pero no al lecho húmedo de la misma, dada su naturaleza hidrofóbica. Reducen el dolor, reducen el riesgo de maceración, no deja residuos. Evitan el desprendimiento de las células epidérmicas. La cubierta de silicona no pierde sus propiedades adhesivas después del cambio de apósito. Esto ocurre porque los apósitos no arrancan las células epidérmicas, impidiendo así que éstas se peguen al adhesivo, reduciendo así su efectividad. La misma lámina puede permanecer en la herida durante 5 días.	
INDICACIONES	PRESENTACIONES COMERCIALES
Cualquier herida en fase de granulación. Úlceras dolorosas. Piel frágil, fijación de injertos.	MEPILEX® MEPITEL®
CONTRAINDICACIONES	
Alergia o hipersensibilidad a alguno de sus componentes.	

EVALUACIÓN PRODUCTOS UTILIZADOS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS

PRODUCTOS UTILIZADOS	VALORACIÓN/EVALUACIÓN

ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN, DISEMINACIÓN E IMPLANTACIÓN

DIFUSIÓN

- ◆ Envío de la Guía a Gerencia de Atención Primaria, a todos y cada uno de los Centros de Salud de nuestra Área de Salud, para su reparto entre los Responsables del Proceso de Heridas, Responsable de Enfermería y Coordinador del EAP.
- ◆ Envío de la guía a las Instituciones Socio-sanitarias públicas y privadas para conocimiento de los profesionales que prestan atención a este tipo de pacientes.

DISEMINACIÓN

- ◆ Presentación de la Guía a Responsables de Enfermería, Responsables de Formación y Coordinadores de EAP.
- ◆ Presentación de la Guía en aquellos cursos de formación sobre heridas que se programen durante el año 2012.
- ◆ Talleres formativos en formato interconsulta en cada uno de los EAP que componen el Área de Salud.
- ◆ Invitación a los profesionales enfermeros de las Instituciones Socio-sanitarias en el ámbito de cada zona de salud a los Talleres-Interconsulta programados.
- ◆ Elaboración de póster con la información más relevante, incluyendo algoritmos de decisión, tablas diagnósticas y de tratamiento y las recomendaciones de actuación.
- ◆ Elaboración de “mini-guías” de bolsillo con toda la información relevante (cuadro diagnóstico, algoritmos, tablas, recomendaciones y fichas de productos)

IMPLANTACIÓN

- ◆ Nombramiento de Responsables de este Proceso por EAP, que junto con los Responsables de Enfermería de cada EAP se encargarán de favorecer y seguir la implantación de esta guía.
- ◆ Auditorías a través de la remisión de una copia de los Planes de Cuidados y auditorías del gasto en productos de curas por la Unidad de Suministros.
- ◆ Análisis de satisfacción a los profesionales, que junto con el análisis de los datos aportados por las auditorías sirvan para una mejora continua de la Guía y del proceso clínico que la sustenta.

INDICADORES DE RESULTADOS

CRITERIO	FORMULA
Implantación de GPC (1 x 5 enfermeras)	$\text{Nº de unidades o consultas con una GPC} \times 100 / \text{Nº Total de unidades o consultas del centro}$
Implantación de miniguías (1 x enfermera)	$\text{Nº de unidades o consultas con una GPC} \times 100 / \text{Nº Total de unidades o consultas del centro}$
Formación en EAP	$\text{Nº Total de profesionales que han asistido a Interconsultas/formación} \times 100 / \text{Nº Total de profesionales del centro}$
Valoración del paciente con riesgo (Braden, Wagner, Índice Tobillo/Brazo)	$\text{Nº Total de pacientes con valoración de UPP/úlceras vascular/neuropática riesgo realizada} \times 100 / \text{Nº Total de pacientes de riesgo de UPP/úlceras vascular/neuropática}$
Medidas preventivas	$\text{Nº Total de pacientes con medidas preventivas en UPP/úlceras vascular/neuropática} \times 100 / \text{Nº Total de pacientes de riesgo}$
Incidencia	$\text{Nº de pacientes inicialmente libres de UPP/úlceras vascular/neuropática que han desarrollado al menos una UPP/úlceras vascular/neuropática durante el periodo de evaluación} \times 100 / \text{Total acumulado de población durante el periodo de evaluación}$
Prevalencia	$\text{Nº Total de pacientes que presentan UPP/úlceras vascular/neuropática} \times 100 / \text{población estudiada en la fecha que se hace la evaluación}$
Número de seguimientos	$\text{Nº Total de seguimientos realizados a pacientes con UPP/úlceras vascular/neuropática} \times 100 / \text{Nº Total de pacientes con UPP/úlceras vascular/neuropática que necesitan seguimiento}$
Valoraciones de paciente con riesgo	$\text{Nº Total de pacientes con valoraciones de riesgo realizada en la 1ª visita} \times 100 / \text{Nº Total de pacientes de riesgo en la 1ª visita}$
Registro de BRADEN/IMEUPP/Fontaine/CEAP/Wagner	$\text{Nº pacientes con IMEUPP registrado} / \text{Nº pacientes con UPP}$
Tiempo de Curación	Fecha resolución-Fecha inicio UPP/úlceras vascular/neuropática
Lugar de origen de la herida.	$\text{Nº UPP/úlceras vascular/neuropática procedentes de... (hospital público, hospital privado, institución socio-sanitaria, domicilio)} / \text{Nº Total de UPP/úlceras vascular/neuropática detectadas}$

ANEXO I:

Evidencia Científica

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

En la actualidad, el requerimiento de una atención sanitaria basada en fundamentos empíricos rigurosos y avalados científicamente ha legitimado desarrollar una nueva cultura de los cuidados en salud presidida por la responsabilidad, el coste-efectividad, los resultados, la calidad y la competencia, entre otras. Y es en este contexto donde se comienza a hablar de Evidencia Científica¹².

¿Qué es la Evidencia Científica?

“Es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Implica integrar la maestría clínica con la mejor evidencia externa derivada de la investigación sistemática”

¿Qué es la Enfermería Basada en la Evidencia?

“Es la incorporación de la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes individuales”

“Es el uso consciente y explícito, desde el mundo de pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico.”

¿Por qué una EBE?

“La evidencia científica en enfermería se está construyendo a partir del doble paradigma, aparentemente opuesto, cuantitativo y cualitativo. Ambas dimensiones son complementarias y ayudan a entender mejor la realidad del paciente, de su familia o de los propios sistemas de salud”

¿Qué son los Niveles de Evidencia y los Grados de Recomendación?

Las evidencias científicas se basan fundamentalmente en la clasificación de los estudios dependiendo de distintos criterios de calidad de los mismos, como el tipo de estudio, el tipo de análisis realizado, la posible aplicabilidad al medio para el cual puede ser útil, etc. Se han propuesto muchos criterios y métodos de clasificación, en esta Guía hemos utilizado la clasificación del Instituto Joanna Briggs, aunque los estudios identificados para sacar las evidencias y grados de recomendación han sido diferentes a esta clasificación, hemos intentado establecer las equivalencias oportunas para, de este modo, unificar lo máximo posible el lenguaje empleado.

Niveles Evidencia y Grados Recomendación (JBI) Escala "FAME"

Cuando los profesionales de la práctica clínica y el personal de cuidados toman decisiones sobre el cuidado del paciente, están interesados en acceder a diferentes tipos de evidencia. La visión del JBI es que los intereses en la evidencia de los que administran cuidados a los pacientes pueden ser resumidos de la mejor forma bajo los cuatro encabezamientos principales de Viabilidad, Adecuación, Significación y Efectividad -la escala "FAME" de evidencia-¹².

La viabilidad se refiere a la evidencia sobre el punto hasta el que una actividad o intervención es práctica.

La adecuación se refiere a la evidencia sobre el punto hasta el que una actividad o intervención es ética o adecuada culturalmente.

La significación se refiere a la evidencia sobre las opiniones, experiencias, valores, pensamientos, creencias o interpretaciones personales de los pacientes y sus familias o allegados.

La efectividad se refiere a la evidencia sobre los efectos de una intervención específica sobre unos resultados específicos.

Niveles de evidencia del JBI

El Instituto Joanna Briggs y sus centros colaboradores y Grupos de Interpretación de la Evidencia actualmente asignan un nivel de evidencia a todas las conclusiones sacadas en la Revisiones sistemáticas del JBI. Los niveles de evidencia del JBI¹² son:

Nivel de evidencia	Viabilidad F (1-4)	Adecuación A (1-4)	Significación M (1-4)	Efectividad E (1-4)	Evidencia económica EE (1-4)
1.	Metasíntesis de investigación con resultados sintetizados inequívocos.	Metasíntesis de investigación con resultados sintetizados inequívocos.	Metasíntesis de investigación con resultados sintetizados inequívocos.	Metaanálisis (si homogeneidad) de estudios experimentales (p. ej. ensayos clínicos con enmascaramiento de la aleatorización) O Uno o más estudios experimentales con tamaño muestral grande, con intervalos de confianza pequeños.	Metasíntesis (si homogeneidad) de evaluaciones de intervenciones alternativas importantes que comparen todos los resultados clínicos relevantes frente a una medida adecuada de los costes, incluyendo un análisis de sensibilidad clínicamente sensato.
2.	Metasíntesis de investigación con resultados sintetizados creíbles.	Metasíntesis de investigación con resultados sintetizados creíbles.	Metasíntesis de investigación con resultados sintetizados creíbles.	Uno o más ensayos clínicos aleatorios con tamaño muestral pequeño, con intervalos de confianza amplios o Estudios quasi-experimentales (sin aleatorización).	Evaluaciones de intervenciones alternativas importantes que comparen todos los resultados clínicamente relevantes frente a una medida adecuada del coste e incluyan un análisis de sensibilidad clínicamente sensato.
3.	a. Metasíntesis de texto / opinión con síntesis de resultados creíble b. Uno o más estudios de investigación individuales de gran calidad.	a. Metasíntesis de texto / opinión con síntesis de resultados creíble b. Uno o más estudios de investigación individuales de gran calidad.	a. Metasíntesis de texto / opinión con síntesis de resultados creíble b. Uno o más estudios de investigación individuales de gran calidad.	a. Estudios de cohortes (con grupo control) b. Casos y control c. Estudios observacionales (sin grupo control)	Evaluaciones de intervenciones alternativas importantes que comparen un número limitado de medidas adecuadas del coste, sin un análisis de sensibilidad clínicamente sensato.
4.	Opinión de expertos.	Opinión de expertos.	Opinión de expertos.	Opinión de expertos, o investigación fisiológica de referencia, o consenso.	Opinión de expertos, o basada en teorías económicas.

Grados de recomendación del JBI

El Instituto también elabora y publica resúmenes de una o más revisiones sistemáticas como "Best Practice Information Sheets for Health Professionals" (BPIS). Aunque estos BPIS no siguen el formato habitual de las directrices de práctica clínica, su elaboración sigue los procesos recomendados por la Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Collaboration e incluye recomendaciones para la práctica. Las recomendaciones se clasifican en base al nivel de evidencia que las sustenta y su adecuación / relevancia clínica. El JBI utiliza los siguientes Grados de Recomendación¹²:

Grado de Recomendación	Viabilidad	Adecuación	Significación	Efectividad
A.	Efectividad demostrada para su aplicación	Efectividad demostrada para su aplicación	Efectividad demostrada para su aplicación	Efectividad demostrada para su aplicación
B.	Grado de efectividad moderado que sugiere que se considere su aplicación	Grado de efectividad moderado que sugiere que se considere su aplicación	Grado de efectividad moderado que sugiere que se considere su aplicación	Grado de efectividad moderado que sugiere que se considere su aplicación
C.	Efectividad no demostrada	Efectividad no demostrada	Efectividad no demostrada	Efectividad no demostrada

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS²⁵
(Anexo II)

PACIENTE:

Tipo de herida:

Fecha aparición:

Estadio actual:

Tratamientos (tipos, tiempo, eficacia, reacciones adversas):

Complicaciones agudas/crónicas:

Antecedentes médicos de interés (personales/familiares):

Necesidad de ingresos hospitalarios:

Factores de Riesgo Cardiovascular:

P. 1	Percepción/manejo de la salud	P. 2	Nutricional/metabólico
a. Percepción estado salud: Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy malo ☐ b. Actitud sobre problemas de salud (paciente -P-/cuidador -C-): Sobrevalora ☐☐ Acepta ☐☐ Es indiferente ☐☐ Lo niega ☐☐ Lo rechaza ☐☐ Motivado ☐☐ c. Conocimiento de los cuidados que precisa (paciente -P-/cuidador -C-): Sí ☐☐ No ☐☐ Desconocimiento sobre: d. Capacidad de cuidado (paciente -P-/cuidador -C-): Sí ☐☐ No ☐☐ Física (movilidad/destraza): Aprendizaje (dificultades): e. Hábitos Tóxicos: Tabaco: Sí ☐ No ☐ Cantidad: cigarros/día Alcohol: Sí ☐ No ☐ Cantidad: gr alcohol/día e. Alergias a fármacos: f. Estado vacunal: g. Es adherente al tratamiento: Sí ☐ No ☐ h. Vivienda, ubicación y condiciones: Higiene: Calefacción/Ventilación/Tª adecuada: Iluminación/luz natural: Condiciones aseo: i. Barreras arquitectónicas: Sí ☐ No ☐ Especificar: Posibilidades adaptación: TEST/CUESTIONARIOS ➔ BARTHEL:		a. Alimentación variada: Sí ☐ No ☐ Especificar: b. Ingesta líquidos/día: Tipo: c. Suplemento alimenticio: Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? d. Piel y mucosas: Normal ☐ Caliente ☐ Cianótica ☐ Fría ☐ Húmeda ☐ Flexible ☐ Dura ☐ Frágil ☐ Ictérica ☐ Pálida ☐ Rosada ☐ Seca ☐ Moteada ☐ Signo del Pliegue Cutáneo ☐ e. Riesgo de lesiones de la piel: Sí ☐ No ☐ Zonas: Motivos: f. Lesiones existentes (UPP): Estadios UPP: E.I ☐ E. II ☐ E. III ☐ E. IV ☐ Localización: Sacro ☐ Talones ☐ Occipucio ☐ Trocánter ☐ Otros: g. Tipo lesiones existentes (arterial/venosa/neuropática): Características (tamaño/forma/profundidad/lecho/bordes/piel periulceral/exudado): h. Medidas antropométricas. Peso: Talla: IMC: Perímetro abdominal TEST/CUESTIONARIOS ➔ BRADEN:	

P. 3 Eliminación	P. 4 Actividad/Ejercicio	P. 5 Reposo/Sueño
1. Intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Hemorroides ☐ Incontinencia ☐ Aspecto: Dolor: Frecuencia: Uso de laxantes: Sí ☐ No ☐ Cuáles: 2. Urinaria: a. Características/aspecto: Normal ☐ Coluria ☐ Hematuria ☐ Otro: Nicturia ☐ Poliuria ☐ Dolor ☐ Retención ☐ Goteo ☐ Urgencia miccional ☐ Incontinencia de esfuerzo ☐ Incontinencia permanente ☐ 3. O stomías: 4. Medidas auxiliares: Absorbentes ☐ Colector ☐ Sonda ☐ (Tipo n° frecuencia de cambio)	a. Independencia para las actividades de autocuidados: Sí ☐ No ☐ b. Independencia para las actividades de la vida cotidiana: Sí ☐ No ☐ c. Entorno: Escaleras ☐ Rampas ☐ Ascensor ☐ Medidas de adaptación: Sí ☐ No ☐ Cuáles: d. Capacidad funcional: Deambulación: Sí ☐ No ☐ Estabilidad en la marcha: Sí ☐ No ☐ Elementos de ayuda ☐ Bastón ☐ Andador ☐ Silla ruedas ☐ Encamado ☐ Cama/sillón ☐ Ejercicio Pasivo ☐ Ejercicio Activo ☐ e. Ocio: f. Toma Constantes: TA: FC: g. Pie Diabético/Insuficiencia Vascular: Higiene: Pulsos periféricos (tibial -T-/pedio -P-): Presente: D ☐ I ☐ Ausente/Disminuido: D ☐ I ☐ Tª: D I Coloración: D I Edemas: D I Prueba Monofilamento: Índice Tobillo/Brazo: TEST/CUESTIONARIOS → BARTHEL: LAWTON & BRODY: ESCALA DE WAGNER:	a. Número de horas de sueño (paciente -P-/cuidador -C-): Horario: Día ☐ Noche ☐ b. Insomnio (paciente -P-/cuidador -C-): Sí ☐ No ☐ c. Características del sueño: d. Ayudas para dormir (paciente -P-/cuidador -C-): No ☐ Sí ☐ Naturales: Medicamentos: e. Periodos de descanso: f. Tiempos ocio/tiempo libre (cuidador): g. Sensación de cansancio al despertar (cuidador): Sí ☐ No ☐ TEST/CUESTIONARIOS → CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO:

P. 6 Percepción Cognitiva/Perceptual	P. 7 Autopercepción/Autoconcepto	P. 8 Rol/ Relaciones
a. Alteraciones perceptivas: vista Sí ☐ No ☐ b. Nivel conciencia: Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Desorientado ☐ Obnubilado ☐ Inconsciente ☐ e. Dificultad de comprensión: Sí ☐ No ☐ c. Capacidad de aprendizaje: Sí ☐ No ☐ f. Dificultad de aprendizaje: Sí ☐ No ☐ d. Dolor: Sí ☐ No ☐ Agudo ☐ Crónico ☐ Localización: Frecuencia: Intensidad: Tiempo de evolución: Factores relacionados: Medidas alivio: TEST/CUESTIONARIOS → CUESTIONARIO DEL DOLOR:	a. Aceptación del estado de salud: Sí ☐ No ☐ b. Ansiedad: Sí ☐ No ☐ c. Temor o preocupación expresa: Sí ☐ No ☐ Cuál: d. Expectativas relacionadas con el problema de salud: e. Imagen corporal, expresa desagrado: Sí ☐ No ☐ TEST/CUESTIONARIOS → YESAVAGE:	a. Convivencia: Solo ☐ Pareja ☐ Familia con hijos ☐ Padres ☐ Hijos ☐ Animales ☐ b. Existencia de apoyo familiar: Cuidador principal: Sí ☐ No ☐ Quien: Otros cuidadores: Sí ☐ No ☐ Cuidadores contratados: Sí ☐ No ☐ Cuidador a. Conducta demandante del paciente: Sí ☐ No ☐ Manifestado por: b. Dificultad para comunicarse con el paciente: Sí ☐ No ☐ Manifestado por: c. Conducta violenta o agresiva del paciente: Sí ☐ No ☐ Manifestado por: d. Rechazo al cuidador: Sí ☐ No ☐ Manifestado por: e. Sistemas de apoyo del usuario: Familiares ☐ Amigos ☐ Vecinos ☐ Cuidadores asalariados ☐ Otros: TEST/CUESTIONARIOS → DUKE -UNC-:

P. 9 Sexualidad/Reproducción	P. 10 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés	P. 11 Valores/creencias
	a. Adaptación a la nueva situación (paciente -P-/cuidador -C-): Sí ☐☐ No ☐☐ Especificar: b. Tolerancia al estrés (paciente -P-/cuidador -C-): Sí ☐☐ No ☐☐ Especificar: c. Otros problemas familiares preexistentes/agravantes: Aislamiento social: Sí ☐ No ☐ Marginación: Sí ☐ No ☐ Mendicidad: Sí ☐ No ☐	

NANDA	☐ 00046: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c Humedad ☐ Factores mecánicos (presión, sujeciones) ☐ Alter. circulación ☐ Alter. sensibilidad ☐ Inmovilización física ☐ Alter. turgencia (cambios de elasticidad) ☐ Prominencias óseas ☐ Otros: ☐ m/p Destrucción de las capas de la piel (dermis) ☐ Alteración de la superficie de la piel (epidermis) ☐																																																																																																														
NOC		NIC																																																																																																													
☐ 1103: CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN Indicadores ☐ 01 Granulación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> ☐ 02 Formación de la cicatriz <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> ☐ 21 Disminución del tamaño de la herida <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> Escala de evaluación <table style="width: 100%; font-size: 0.8em;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ninguno 1</td> <td style="text-align: center;">Escaso 2</td> <td style="text-align: center;">Moderado 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sustancial 4</td> <td style="text-align: center;">Extenso 5</td> <td></td> </tr> </table>		1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5		Indicadores ☐ 03 Secreción purulenta <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> ☐ 04 Secreción serosa <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> ☐ 05 Secreción sanguinolenta <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> ☐ 07 Eritema cutáneo circundante <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> ☐ 11 Piel macerada <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr><td>1ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>2ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>3ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> <tr><td>4ª fecha</td><td>Esc. inicio</td><td>Esc. Esper</td></tr> </table> Escala de evaluación <table style="width: 100%; font-size: 0.8em;"> <tr> <td style="text-align: center;">Extenso 1</td> <td style="text-align: center;">Sustancial 2</td> <td style="text-align: center;">Moderado 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Escaso 4</td> <td style="text-align: center;">Ninguno 5</td> <td></td> </tr> </table>		1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper	Extenso 1	Sustancial 2	Moderado 3	Escaso 4	Ninguno 5	
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3																																																																																																													
Sustancial 4	Extenso 5																																																																																																														
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper																																																																																																													
Extenso 1	Sustancial 2	Moderado 3																																																																																																													
Escaso 4	Ninguno 5																																																																																																														
☐ 3660: CUIDADOS DE LAS HERIDAS Actividades ☐ Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. ☐ Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede. ☐ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. ☐ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza cambio de vendaje/apósito. ☐ Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. ☐ Vendar de forma adecuada. ☐ 3520: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Actividades ☐ Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), localización, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. ☐ Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. ☐ Limpiar la piel perilesional con jabón suave y agua. ☐ Desbridar la úlcera, si es necesario. ☐ Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. ☐ Anotar las características del drenaje. ☐ Aplicar un apósito permeable a la úlcera, según corresponda. ☐ Aplicar ungüentos si procede. ☐ Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de las heridas.																																																																																																															

NANDA	☐ 00004: RIESGO DE INFECCIÓN r/c Enfermedades crónicas ☐ Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos...) ☐ Procedimientos invasivos ☐ ☐ Otros:	
NOC		NIC
☐ 1807: CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA INFECCIÓN Indicadores ☐ 01 Granulación Descripción del modo de transmisión 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 02 Descripción de los factores que contribuyen en la transmisión. 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 03 Descripción de los signos y síntomas 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper Escala de evaluación “conocimiento” Ninguno 1 Escaso 2 Moderado 3 Sustancial 4 Extenso 5		☐ 6550: PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES Actividades ☐ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ☐ Mantener normas de asepsia para el paciente de riesgo. ☐ Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. ☐ Obtener muestras para realizar cultivo, si procede. ☐ Fomentar una ingesta nutricional suficiente. ☐ Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. ☐ Enseñar al paciente a tomar los antibióticos como se ha prescrito. ☐ Instruir al paciente y a la familia y cuidador acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos a la enfermera.

NANDA

☐ **00133: DOLOR CRÓNICO**

r/c Incapacidad física crónica ☐

☐ Otros:

m/p Informes verbales/codificados u observación de evidencias de conducta de protección/defensa, máscara facial, irritabilidad, cambios patrón de sueño, agitación, depresión. ☐

☐ Otros:

NOC

☐ **1605: CONTROL DEL DOLOR**

Indicadores

☐ **04 Utiliza medidas de alivio no analgésicas**

1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper

☐ **05 Utiliza los analgésicos de forma apropiada**

1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper

☐ **11 Refiere dolor controlado**

1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper

☐ **13 Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal sanitario**

1ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
2ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
3ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper
4ª fecha	Esc. inicio	Esc. Esper

Escala de evaluación: “demostrado”:

Nunca 1 Raramente 2 A veces 3
Frecuentemente 4 Siempre 5

NIC

☐ **1400: MANEJO DEL DOLOR**

Actividades

- ☐ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad, severidad del dolor y factores desencadenantes.
- ☐ Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- ☐ Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.
- ☐ Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)
- ☐ Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/ frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente.
- ☐ Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- ☐ Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

☐ **2210: ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS**

Actividades

- ☐ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia, especialmente con el dolor severo.
- ☐ Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
- ☐ Comprobar el historial de alergias medicamentosas.
- ☐ Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- ☐ Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

NANDA	☐ 00062: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR r/c Falta de descanso y distracción del cuidador. ☐ Enfermedad grave del receptor de los cuidados ☐ Otros: ☐	
	NOC	NIC
☐ 1302: AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS Indicadores ☐ 05: Verbaliza aceptación de la situación 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 07: Modifica el estilo de vida cuando se requiere 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 08: Se adapta a los cambios en desarrollo 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper Escala de evaluación: “demostrado”: Nunca 1 Raramente 2 A veces 3 Frecuentemente 4 Siempre 5	☐ 7040: APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Actividades ☐ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. ☐ Determinar la aceptación del cuidador de su papel. ☐ Aceptar las expresiones de emoción negativa. ☐ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador ☐ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. ☐ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del stress. ☐ Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/ o cuidados de enfermería comunitaria. ☐ Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. ☐ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.	

NANDA	☐ 00061: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR		
	r/c Gravedad de la enfermedad ☐	Responsabilidad de los cuidados durante 24 horas ☐	Recursos comunitarios inadecuados ☐
	Tensión emocional ☐	☐ Otros:	
m/p Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas referidas ☐	Estado de salud física y/o emocional del cuidador, fatiga, estrés, somatización, frustración ☐		
☐ Otros:			

NOC	NIC
☐ 2508: BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL Indicadores ☐ 01: Satisfacción con la salud física 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 02: Satisfacción con la salud emocional 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper	

☐ **05: Satisfacción con el apoyo social**

1ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

2ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

3ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

4ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

☐ **12: Disponibilidad de descansos**

1ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

2ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

3ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

4ª fecha

Esc. inicio

Esc. Esper

Escala de evaluación “satisfecho”:

No del todo 1

Algo 2

Moderadamente 3

Muy satisfecho 4

Completamente 5

NANDA	☐ 00095: INSOMNIO r/c malestar físico (dolor, temperatura corporal...) ☐ m/p informa de dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido ☐ ☐ Otros: ☐ Otros: ☐ informa de sueño no reparador y/o insatisfacción con el sueño ☐		
NOC		NIC	
☐ 0003: DESCANSO Indicadores ☐ 03: Calidad del descanso 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 04: Descansado físicamente 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 0004: SUEÑO Indicadores ☐ 02: Horas de sueño (mínimo 5h/24horas) 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 04: Calidad del sueño 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper Escala de evaluación “comprometido”: Gravemente 1 Sustancialmente 2 Moderadamente 3 Levemente 4 No comprometido 5	☐ 06: Sueño interrumpido 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 09: Siesta inapropiada 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 17: Dependencia de ayudas para dormir 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper Escala de evaluación “comprometido”: Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5		
☐ 1850: MEJORAR EL SUEÑO Actividades ☐ Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño ☐ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. ☐ Ayudar a eliminar las circunstancias estresantes antes de irse a la cama. ☐ Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia. ☐ Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. ☐ Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia del paciente. ☐ Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.			

NANDA		☐ 00024: PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA: PERIFÉRICA r/c Deterioro del Transporte de oxígeno ☐ Interrupción del Flujo Arterial ☐ Otros: m/p pulsos débiles y/o ausentes ☐ enlentecimiento en la curación de las lesiones ☐ decoloración de la piel ☐ edema ☐ palidez al elevar la extremidad ☐	
NOC		NIC	
☐ 0407: PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA Indicadores ☐ 07 Coloración de la piel 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 10 Temperatura de extremidad caliente 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 25: Frecuencia del pulso pedio (derecho) 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 26: Frecuencia del pulso pedio (izquierdo) 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper Escala de evaluación “comprometido”: Gravemente 1 Sustancialmente 2 Moderadamente 3 Levemente 4 No comprometido 5		☐ 4062: CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL Actividades ☐ Realizar una valoración global de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ☐ Examinar si en la piel hay úlceras arteriales o solución de continuidad del tejido. ☐ Observar el grado de incomodidad o dolor durante el ejercicio, por la noche o al descansar. ☐ Proteger la extremidad de lesiones. ☐ Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación (fumar, utilizar ropas ceñidas, exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies) ☐ 4066: CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA Actividades ☐ Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido. ☐ Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, terapia antimicrobiana), si es necesario. ☐ Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de herida, según sea conveniente. ☐ Observar el grado de incomodidad o dolor. ☐ Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión. ☐ Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente. ☐ Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, de las extremidades inferiores, mientras esté en la cama.	
☐ 11: edema periférico 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper		Escala de evaluación: Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	

NANDA	☐ 00163: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN
NOC	NIC
☐ 1009: ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES. Indicadores ☐ 01 Ingestión calórica. 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 02 Ingestión proteica. 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 05 Ingestión de vitaminas. 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper ☐ 07 Ingestión de hierro. 1ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 2ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 3ª fecha Esc. inicio Esc. Esper 4ª fecha Esc. inicio Esc. Esper Escala de evaluación “adecuada”: Nada 1 Ligeramente 2 Moderadamente 3 Sustancialmente 4 Completamente 5	☐ 1100: MANEJO DE LA NUTRICIÓN Actividades ☐ Determinar las preferencias de comidas del paciente. ☐ Determinar el número de calorías y el número de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación. ☐ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y al estilo de vida. ☐ Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es preciso. ☐ Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede. ☐ Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ☐ Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebida que puedan consumirse fácilmente si procede. ☐ Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso. ☐ Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. ☐ Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. ☐ Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

TABLA PLANES DE CUIDADOS: NANDA/NOC/NIC

NANDA	NOC	NIC
0047: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1101: INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	3590: VIGILANCIA DE LA PIEL 1660: CUIDADOS DE LOS PIES 3540: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
00046: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1103: CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN	3660: CUIDADOS DE LAS HERIDAS 3520: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
00004: RIESGO DE INFECCIÓN	1807: CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA INFECCIÓN	6550: PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
00133: DOLOR CRÓNICO	1605: CONTROL DEL DOLOR	1400: MANEJO DEL DOLOR 2210: ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS
00062: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	1302: AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	7040: APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL
00061: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	2508: BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL 2203: ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL	7110: FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
00095: INSOMNIO	0003: DESCANSO 0004: SUEÑO	1850: MEJORAR EL SUEÑO
00024: PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA: PERIFÉRICA	0407: PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA	4062: CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL 4066: CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA
00163: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	1009: ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES	1100: MANEJO DE LA NUTRICIÓN

ANEXO III: Test, Índices y Cuestionarios

Índice de Barthel²⁵ -autonomía para las actividades de la vida diaria-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert.

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20.

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

0-20	dependencia total
21-60	dependencia severa
61-90	dependencia moderada
91-99	dependencia escasa
100	independencia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - ÍNDICE DE BARTHEL			
	PUNTOS	VALORACIÓN	
BAÑO	5	Independiente	Capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
	0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión.
VESTIDO	10	Independiente	Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda.
	5	Ayuda	Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente	
ASEO PERSONAL	5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
	0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.

USO DEL RETRETE	10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
	5	Ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
	0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
USO DE ESCALERAS	10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.
	5	Ayuda	Supervisión física o verbal.
	0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).
TRASLADO SILLÓN-CAMA	15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
	10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
	5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
	0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
	10	Ayuda	Necesita ayuda, supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
	5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
	0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.
MICCIÓN	10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
	5	Incontinente ocasional	Menos de una vez por semana.
	0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

DEPOSICIÓN	10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
	5	Incontinente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
	0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.
ALIMENTACIÓN	10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	5	Ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo.
	0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Escala de Braden⁸ -Escala de Riesgo de UPP-

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems.

Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “Fricción y rozamiento” que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad (18 puntos o inferior indica un mayor riesgo de UPP en > de 75 años) y el estado funcional.

PUNTOS	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	--

ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN

	PUNTOS	VALORACIÓN	
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.	1	Completamente limitada	No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.
	2	Muy limitada	Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.
	3	Levemente limitada	Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.
	4	No alterada	Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.
HUMEDAD Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.	1	Constantemente húmeda	La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.
	2	Muy húmeda	La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).
	3	Ocasionalmente húmeda	La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).
	4	Raramente húmeda	La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).
ACTIVIDAD Grado de actividad física	1	En cama	Confinado a la cama.
	2	En silla	Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
	3	Camina ocasionalmente	Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
	4	Camina con frecuencia	Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.
	1	Completamente inmóvil	No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.

MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	2	Muy limitada	Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
	3	Ligeramente limitada	Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
	4	Sin limitaciones	Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.
NUTRICIÓN Patrón usual de consumo alimentario	1	Muy pobre	Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
	2	Probablemente inadecuada	Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.
	3	Adecuada	Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.
	4	Excelente	Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.
FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO	1	Es un problema	Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.
	2	Es un problema potencial	Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.
	3	Sin problema aparente	Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

Índice Tobillo/Brazo⁵ -Exploración Funcional Hemodinámica: Doppler Arterial-

Es un método de diagnóstico incruento, indicado para conocer el estado de la circulación arterial en las extremidades inferiores, que se puede cuantificar calculando el conocido como índice tobillo/brazo.

El análisis Doppler se basa en un sistema de ultrasonidos que nos permite estudiar el flujo arterial o venoso de los diferentes sectores vasculares, mediante el registro de la onda del pulso y la determinación de la presión de la misma.

APLICACIÓN CLÍNICA

Estudio de la curva velocimétrica. Determinación de la presión arterial en los diferentes sectores a estudiar.

OBJETIVO

- ✓ Detección precoz de la arteriosclerosis ocluyente.
- ✓ Diagnóstico y seguimiento de los pacientes con patología arterial.
- ✓ Realización de diagnósticos diferenciales.
- ✓ Estudio de la conveniencia de practicar pruebas cruentas (arteriografía, DIVAS).
- ✓ Control pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía arterial.

MATERIAL Y MÉTODO

- ✓ Camilla de exploración
- ✓ Aparato doppler
- ✓ Sondas de 4 y 8 MHz
- ✓ Inflador automático o esfigmomanómetro
- ✓ Gel conductor
- ✓ Manguitos de presión.

Colocación del paciente relajado en una camilla en decúbito supino.

Colocación de los manguitos de presión en extremidades superiores y en las inferiores a nivel maleolar.

Aplicación del gel conductor en los lugares de la exploración.

Utilizaremos la sonda de 4 o 8 MHz según la profundidad del vaso a estudiar.

Localizaremos el flujo arterial con la sonda doppler, sin presionar la arteria y formando un ángulo con el vaso aproximadamente de 45°.

Los vasos que utilizaremos habitualmente serán la arteria tibial anterior y posterior en EEII. Y arteria cubital o radial en EESS.

Se determina la presión sistólica en los diferentes vasos.

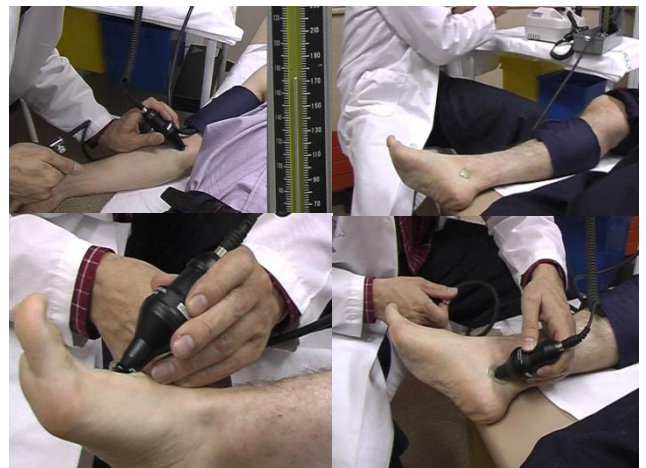


FIGURA 1. Cálculo del índice Tobillo/Brazo

CÁLCULO DEL ÍNDICE TOBILLO/BRAZO

Se obtiene con la división de los valores de presión sistólica obtenidos en las EEII, entre el valor mayor de presión sistólica obtenido en las EESS. (FIG. 1)

Índice tobillo/brazo: $\frac{\text{Presión sistólica maleolar o pedia}}{\text{Presión sistólica radial}}$

PRESIÓN SISTÓLICA RADIAL

El índice tobillo/brazo (índice Doppler o de Yao) se clasifica en función del estado de la enfermedad del siguiente modo:

- ✓ Grado 0: Índices de 1 a 0,9 (Normal)
- ✓ Grado I: Índices de 0,9 a 0,7 (Claudicación intermitente)
- ✓ Grado II: Índices de 0,7 a 0,5 (Claudicación intermitente)
- ✓ Grado III: Índices de 0,5 a 0,3
- ✓ Grado IV: Índices < 0,3 (Dolor en reposo)

CONTRAINDICACIONES¹⁵

- ✓ Flebitis
- ✓ Linfangitis
- ✓ Sospecha de una trombosis venosa superficial o profunda
- ✓ En heridas abiertas localizadas en la zona de colocación del transductor
- ✓ En inmovilizaciones rígidas de las extremidades (yesos, férulas, etc.).

IMPORTANTE

El índice tobillo/brazo puede ser falso en los pacientes diabéticos (superior a 240 mm. Hg), causado por la arteriopatía diabética que suelen padecer, lo que impide que los manguitos de presión compriman la arteria calcificada.

Se puede determinar el índice Doppler a nivel del primer dedo del pie con manguitos especiales y con valores de referencia distintos a los normales.

Escala de Lawton & Brody²⁵ - ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems.

No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

8	Independencia
0	Máxima dependencia

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA ESCALA LAWTON Y BRODY		
	PUNTOS	
CAPACIDAD DE USAR EL TELÉFONO	1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.
	1	Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.
	1	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.
	0	No utiliza el teléfono en absoluto.
IR DE COMPRAS	1	Realiza todas las compras necesarias independientemente.
	0	Realiza independientemente pequeñas compras.
	0	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.
	0	Totalmente incapaz de comprar.
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	1	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente.
	0	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.
	0	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.
	0	Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.
CUIDADO DE LA CASA	1	Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).
	1	Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.
	1	Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.
	0	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.
	0	No participa en ninguna labor de la casa.
LAVADO DE LA ROPA	1	Lava por sí mismo/a toda su ropa.
	1	Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc.).
	0	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	1	Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.
	1	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.
	1	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.
	0	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.
	0	No viaja en absoluto.
RESPONSABILIDAD REPECTO A SU MEDICACIÓN	1	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.
	0	Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas.
	0	No es capaz de administrarse su medicación.
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS	1	Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.
	1	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco...
	0	Incapaz de manejar dinero.

Escala de Wagner⁵

Población diana: Población diabética. Se trata de una escala heteroadministrada con 6 grados. Valora y clasifica las lesiones de los pies en personas diabéticas. A mayor grado, mayor gravedad de la lesión.

CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS VASCULARES - WAGNER			
	GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
	0	Ninguna Pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.
	I	Úlceras superficiales	Dstrucción total del espesor de la piel.
	II	Úlceras profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada.
	III	Úlceras profundas mas absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor.
	IV	Grangren a limitada	Necrosis de parte del pie.
	V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

Cuestionario de Oviedo del Sueño²⁵

Población diana: Población general con trastornos depresivos.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). La subescala de insomnio explora, además, varias dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información sobre la gravedad del mismo. Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de

fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

- La puntuación de la subescala de satisfacción subjetiva del sueño oscila entre 1 y 7 puntos.
- La puntuación de la subescala de insomnio oscila entre 9 y 45 puntos, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.
- La puntuación de la subescala del hipersomnio oscila entre 3 y 15 puntos.

REPOSO-SUEÑO: CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

DURANTE EL ÚLTIMO MES:

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Satisfecho
4	Término medio
5	Insatisfecho
6	Bastante insatisfecho
7	Muy insatisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

		ningu no	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo tardaba en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	Más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	+ de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a... (Información clínica)

- Dolor
- Necesidad de orinar
- Ruido
- Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	+ de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)
Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? _____
¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 d/s
3	3 d/s
4	4-5 d/s
5	6-7 d/s

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 d/s
3	3 d/s
4	4-5 d/s
5	6-7 d/s

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio- laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 d/s
3	3 d/s
4	4-5 d/s
5	6-7 d/s

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...?
(información clínica)

		ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a	Ronquidos	1	2	3	4	5
b	Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c	Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d	Pesadillas	1	2	3	4	5
e	otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?
(información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 d/s
c	3 d/s
d	4-5 d/s
e	6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

Cuestionario de Dolor Español²⁵ -CDE-

Población diana: Población general con dolor agudo y crónico.

Se trata de un cuestionario autoadministrado. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	- Temporal 1 - Térmica - Presión constrictiva - Presión puntiforme /incisiva - Presión de tracción gravativa - Espacial - Viveza	- Temor - Autonómica/vegetativa - Castigo - Tensión/cansancio - Cólera/disgusto - Pena/ansiedad	- Temporal 2 - Intensidad

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

- El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.
- El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5.
- El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total	0/14	
Valor de intensidad actual	0/5	
Escala Visual Analógica	0/10	

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE

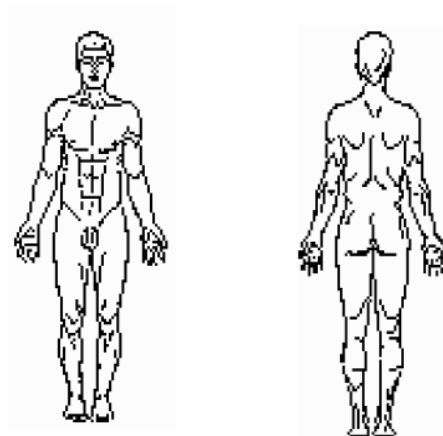
VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL		VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA	
Temporal 1		Temor	
☐ Como pulsaciones	☐ Como un latigazo	☐ Temible	☐ Horrible
☐ Como una sacudida		☐ Espantoso	
Térmica		Autonómica / Vegetativa	
☐ Frío	☐ Ardiente	☐ Que maree	
☐ Caliente		☐ Sofocante	
Presión constrictiva		Castigo	
☐ Entumecimiento	☐ Calambre	☐ Que atormenta	☐ Violento
☐ Como un pellizco	☐ Espasmo	☐ Mortificante	
☐ Agarrotamiento	☐ Retortijón		
	☐ Opresivo		
Presión puntiforme / incisiva		Tensión / Cansancio	
☐ Pinchazo	☐ Penetrante	☐ Extenuante	☐ Incapacitante
☐ Punzante	☐ Agudo	☐ Agotador	
Presión de tracción gravativa		Cólera / Disgusto	
☐ Pesado	☐ Como un desgarró	☐ Incómodo	☐ Que consume
☐ Tirante	☐ Tenso	☐ Que irrita	
Espacial		Pena / Ansiedad	
☐ Superficial	☐ Fijo	☐ Deprimente	☐ Que obsesiona
☐ Difuso	☐ Interno	☐ Agobiante	☐ Desesperante
☐ Que se irradia	☐ Profundo	☐ Que angustia	
Viveza		VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA	
		Temporal 2	
☐ Adormecido	☐ Como agujetas	☐ Momentáneo	☐ Constante
☐ Picor	☐ Escozor	☐ Intermitente	☐ Persistente
☐ Hormigueo	☐ Como una corriente	☐ Creciente	
VALOR DE INTENSIDAD ACTUAL			
Intensidad			
☐ Sin dolor	☐ Intenso		
☐ Leve	☐ Fuerte		
☐ Molesto	☐ Insoportable		

Escala visual analógica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sin dolor

**Dolor
Insoportable**



Test de Yesavage²⁵ -ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -

Población diana: Población general mayor de 65 años.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15 ítems:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

0 - 5	Normal
6 - 10	Depresión moderada
+ de 10	Depresión severa

- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE		
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Cuestionario de Duke (UNC)²⁵ -APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1- 5)
El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO Duke- UNC					
Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

IMEUPP^{13,14} -Instrumento para la Monitorización de la Evolución de una Úlcera Por Presión-

Para conseguir un registro adecuado y una información sobre las UPP consensuada, la valoración de la lesión deberá realizarse siguiendo los puntos definidos en este apartado:

- Estado de la piel perilesional
- Exudado de la UPP
- Dolor
- Localización de las lesiones
- Estadio
- Dimensiones (largo X ancho, medición digital, medición fotográfica...)
- Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos

- Tipo de tejido presente en el lecho de la UPP
- Signos clínicos de infección local
- Antigüedad de la lesión
- Curso y evolución de la lesión

Para una valoración objetiva de la evolución de una UPP, se utilizará el Instrumento para la Monitorización de la Evolución de una Úlcera Por Presión, IMEUPP (tabla1), éste se utilizará al menos cada 15 días.

Tabla 1. IMEUPP

							Día:
Longitud x anchura	0 0cm ²	1 <0.3cm ²	2 0.3-0.6cm ²	3 0.7-1cm ²	4 1.1-2cm ²	5 2.1-3.0cm ²	Valor:
	6 3.1-4.0cm ²	7 4.1-8.0cm ²	8 8.1-12.0cm ²	9 12.1.-24.0cm ²	10 >24.0cm ²	Subtotal:	
Cantidad de exudado	0 ninguno	1 ligero	2 moderado	3 abundante		Subtotal:	
Tipo de Tejido	0 cerrado	1 Tejido epitelial	2 Tejido de granulación	3 Esfacelos	4 Tejido necrótico	Subtotal:	
					Puntuación Total:		

METODOLOGÍA DEL IMEUPP

- **Longitud x anchura:** medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros. Multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en centímetros cuadrado. En heridas cavitadas utilizar una regla en centímetros y siempre utilizar el mismo sistema para medir la superficie (largo x ancho).

- **Cantidad de exudado:** estimar la cantidad de exudado (drenaje) presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la úlcera. Estimar el exudado como ninguno, ligero, moderado abundante.
- **Tipo de tejido:** se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la úlcera.
- **Tejido necrótico** (escara seca/húmeda): tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o a los bordes de la herida que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional. Valorar como 4

si hay algún tipo de tejido necrótico presente.

- **Esfacelos:** tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido. Valorar como 3 si hay algún tipo de esfacelo presente y no hay tejido necrótico.
- **Tejido de granulación:** tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmeda y brillante. Valorar como 2 si la herida está limpia y contiene tejido de granulación.

- **Tejido epitelial:** en úlceras superficiales nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma. Valorar como 1 una herida superficial que se esté reepitelizando.

- **Cicatrizado/reepitelizando:** la herida está completamente cubierta de epitelio (nueva piel). Valorar como 0 cuando la herida esté cerrada.

ANEXO IV:

Diagnosis Heridas Crónicas y Úlceras por Presión

Clasificación Insuficiencia Arterial: Fontaine¹³

FONTAINE	
ESTADIO	MANIFESTACIÓN CLÍNICA
I	Asintomático.
II a	Claudicación leve.
II b	Claudicación moderada a grave
III	Dolor isquémico en reposo
IV	Ulceración o gangrena

Clasificación Insuficiencia Venosa: CEAP¹³

GRADO	CLASIFICACIÓN CEAP
C	Hallazgos clínicos
C 0	No hay signos visibles o palpables de lesión venosa.
C 1	Presencia de dilataciones vasculares o venas reticulares
C 2	Varices.
C 3	Edema.
C 4	Cambios cutáneos relacionados con la patología venosa sin ulceración
C 5	Cambios cutáneos con úlcera cicatrizada.
C 6	Cambios cutáneos con úlcera activa.

Clasificación Úlceras Neuropáticas: Wagner⁵ (ver Anexo III)

Clasificación de Úlceras por Presión¹³

ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
Alteración observable en la piel íntegra relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: - Temperatura de la piel (caliente o fría) - Consistencia del tejido (edema, induración) - Y/o sensaciones (dolor, escozor)	Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.	Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo aunque no por la fascia subyacente.	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Puede presentar cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.
			

ANEXO V: TABLAS DE TRATAMIENTO

TABLAS DE TRATAMIENTO

Cada una de las Tablas de Indicación de actividades de prevención y tratamiento se encuentra ligada a la clasificación más usada, según la literatura, contemplando las características de las heridas según los estadios de las mismas, las revisiones y actividades a realizar. Estableciéndose 3 tablas según los tres procesos sobre los que trata esta guía:

- ◆ Cuidados en Úlceras Vasculares (arteriales/venosas)
- ◆ Cuidados en Úlceras Neuropáticas (Pie diabético)
- ◆ Cuidados en Úlceras por Presión (UPP)

CUIDADOS PARA ÚLCERAS ARTERIALES/VENOSAS⁷

				ÚLCERAS ARTERIALES / VENOSAS	
ESTADIO	CARACTERÍSTICAS	LIMPIEZA	PIEL CIRCUNDANTE	ACTIVIDADES / TRATAMIENTOS	CURAS/REVISIÓN (tiempos variables según evolución y/o criterio profesional)
PIEL INTACTA (Alto riesgo de úlceras venosas y/o arteriales)	MMII con signos de Insuficiencia venosa crónica y/o I. arterial crónica	Agua y jabón neutro	Crema hidratante. Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO)	- mantener piel limpia e hidratada con AGHO. - evitar traumatismos - ejercicio físico diario - evitar el sobrepeso - medidas farmacológicas - evitar fuentes de calor próximas (braseros, etc.) - en ÚLCERAS VENOSAS: evitar el estreñimiento, la bipedestación y/o sedestación prolongadas. - en ÚLCERAS VENOSAS: terapia de compresión compresión (contraindicado en caso de índice t/b <0,60 -con precaución si < 0,75-; dermatitis aguda; artritis) con vendaje multicapa o media de compresión. - en ÚLCERAS ARTERIALES: evitar el tabaco	Cada 24 h.
LESIÓN INCIPIENTE	pérdida de epidermis	Solución Salina Isotónica 0,9 %	Crema hidratante. AGHO Crema de óxido de Zinc	- modulador de proteasas (promogram) o colágeno (catrix) (Tej. Granul. 100%) - apósito de hidrocoloide fino o de silicona - Apósito de alginato/ hidrofibra de hidrocoloide - Apósito hidrocelular o hidropolimérico } según nivel de exudado - en ÚLCERAS VENOSAS: terapia de compresión compresión (contraindicado en caso de índice t/b <0,60 -con precaución si < 0,75-; dermatitis aguda; artritis) con vendaje multicapa o media de compresión. - en ÚLCERAS ARTERIALES: vendaje no compresivo si ITB < 0.75 + Revascularización	Cada 24- 48 horas.
LESIÓN PROFUNDA	- afecta a tejido subcutáneo - lecho con esfacelos - con signos de infección		Crema hidratante. AGHO Crema de óxido de Zinc	- Desbridamiento enzimático (colagenasa) ó autolítico (hidrogel) - Desbridamiento cortante. - Apósito de alginato/ hidrofibra de hidrocoloide - Apósito hidrocelular o hidropolimérico } según nivel de exudado - en ÚLCERAS VENOSAS: terapia de compresión compresión (contraindicado en caso de índice t/b <0,60 -con precaución si < 0,75-; dermatitis aguda; artritis) con vendaje multicapa o media de compresión. - en ÚLCERAS ARTERIALES : vendaje no compresivo si ITB < 0.75 - en INFECCIÓN: añadir o cambiar por apósito de plata y/o carbón + plata	Cada 24- 48 horas.

CUIDADOS PARA ÚLCERAS NEUROPÁTICAS: PIE DIABÉTICO⁵

				ÚLCERA NEUROPÁTICA	
WAGNER	CARACTERÍSTICAS	LIMPIEZA	PIEL CIRCUNDANTE	ACTIVIDADES / TRATAMIENTOS	CURAS/REVISIÓN (tiempos variables según evolución y/o criterio profesional)
0	Hiperqueratosis Deformidades óseas. Fisuras (PIE DE RIESGO)	Agua y Jabón con pH neutro Solución Salina Isotónica 0, 9%	Crema hidratante con lanolina o urea (una o dos veces/día) Vaselina. Antiséptico suave (que no tiña la piel)	Piedra Pómez. Hidratar como piel circundante Ortesis Silicona	Cada 24 horas.
I	Destrucción total del espesor de la piel. (ÚLCERA SUPERFICIAL)	Solución Salina Isotónica 0, 9%	Crema hidratante. Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)	Desbridar Flictenas Reposo absoluto o descarga de la zona durante 3-4 semanas. Apósito Hidrocoloide/hidropolimérico.	Cada 48 horas.
II	Penetra en piel, grasa, ligamentos pero sin afectar al hueso. Infectada. (ÚLCERA PROFUNDA)		Crema hidratante. AGHO Crema con óxido de Zinc	Desbridar esfacelos y tejido necrótico: - Enzimático (colagenasa) o autolítico (hidrogel) - Desbridamiento cortante: bisturí y/o tijeras. Apósito de alginato/Fibra de Hidrocoloide. Apósito Hidrocelular/hidropolimérico.	Cada 24- 48 horas.
III	Extensa, profunda, secreción y mal olor. (ÚLCERA PROFUNDA Y ABSCESO)			Apósito con plata Antibiótico tópico Toma de muestra para cultivo y antibiograma Antibiótico vía oral. } Infección	
IV	Necrosis de parte del pie. (GANGRENA LIMITADA)			Hidrogel. Apósito con Carbón y plata. Colágeno/Ac. Hialurónico/Modulador de las proteasas. Apósito Hidrocelular/Hidropolimérico. Antibiótico vía parenteral. Hospitalización para desbridamiento en quirófano	
V	Todo el pie afectado, efectos sistémicos. (GANGRENA EXTENSA)		Crema hidratante. AGHO	Hidrogel con Hidrofibra de Hidrocoloide. Colágeno/Ac. Hialurónico/Modulador de las proteasas. Apósito Hidrocelular/Hidropolimérico. Apósito con Plata Hospitalización para tratamiento quirúrgico (by-pass, angioplastia o amputación)	

CUIDADOS PARA ÚLCERAS POR PRESIÓN^{8,23}

ÚLCERA POR PRESIÓN					
ESTADIO	CARACTERÍSTICAS	LIMPIEZA	PIEL CIRCUNDANTE	ACTIVIDADES / TRATAMIENTOS**	CURAS/REVISIÓN (tiempos variables según evolución y/o criterio profesional)
I	Eritema cutáneo que no palidece al presionar Afecta a epidermis pero la piel está íntegra * Gran dolor	Agua y jabón con pH neutro	Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) Crema hidratante	Apósito Hidrocoloide Extrafino AGHO Apósitos hidropoliméricos (para disminuir presión)	Cada 24 horas
II	Pérdida parcial del grosor de la piel, aparece abrasión o flictena. Descamación y grietas Afecta a epidermis, dermis o ambas. Disminuye el dolor	Solución Salina Isotónica 0,9 %	Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) Crema hidratante. Películas protectoras Cremas con óxido de Zinc	Desbridamiento de flictenas Enzimático (colagenasa) o autolítico (hidrogel) Apósito de Alginato / Fibra de Hidrocoloide Apósito Hidrocelular/ Hidropolimérico Colágeno / Estimuladores cicatrización (Ácido Hialurónico, Modulador de las proteasas)	Tejido de Granulación Tejido de Epitelización Cada 48 horas
III	Pérdida total del grosor de la piel, lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo. Afecta a dermis profunda o hipodermis. Bordes definidos Puede haber exudado seroso-sanguinolento, tunelizaciones y cavernas. Infección		Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) Crema hidratante.	Desbridamiento de esfacelos y tejido necrótico: - Enzimático (colagenasa) o autolítico (hidrogel) - Desbridamiento cortante Control del exudado: - Toma de muestra para cultivo y antibiograma - Apósito con Plata - Antibiótico tópico - Antibiótico oral Si olor : - Apósito de carbón - Colagenasa	Infección Cada 24 - 72 horas
IV	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa. Necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso y estructuras de sostén. Exudado abundante. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas		Crema con óxido de Zinc	- Hidrogel - Apósito de Alginato / Fibra de Hidrocoloide - Apósito Hidrocelular/ Hidropolimérico - Colágeno / Estimuladores cicatrización (Ácido Hialurónico, Modulador de las proteasas)	Tejido de granulación Tejido de epitelización

* Paciente con piel oscura se observa edema, induración, decoloración y calor local. Gran dolor

**IMEUPP: Instrumento para la Monitorización de la Evolución de una Úlcera por Presión (Anexo III)

ANEXO VI:
PROCEDIMIENTO PUNCIÓN-ASPIRACIÓN

OBTENCIÓN⁵ DE UNA MUESTRA DE EXUDADO SEGÚN LA TÉCNICA DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN

Material necesario:

- Gasas estériles
- Povidona iodada al 10%
- Jeringa estéril
- Aguja IM (0,8 x 40)
- Medio de transporte para bacterias aerobias-anaerobias

Procedimiento:

- La punción se realiza a través de la piel integra de la piel periúlceral, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.
- Limpiar de forma concéntrica esa zona de punción con alcohol etílico o isopropílico al 70%.
- Desinfectar la piel perilesional con povidona iodada al 10%.
- Dejar secar al menos durante 1 minuto, permitiendo que el yodo ejerza su acción antiséptica.
- Realizar una punción-aspiración con la jeringa y la aguja con una inclinación de unos 45º y aproximación a la pared de la lesión. El volumen óptimo de aspirado se establece entre 1 y 5 cc.
- En procesos no supurados, preparar la jeringa con 0,5 ml de suero fisiológico o agua estéril y aspirar. Es importante anotar en la petición la cantidad de líquido añadido para facilitar el recuento posterior.
- Desinfectar la superficie de goma del medio de transporte con povidona iodada al 10% dejando secar durante 1 minuto como mínimo.
- Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios.
- Resguardar estos viales de la luz y mantener a una temperatura entre 2 y 25 °C.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edición. Madrid: Mosby, 1996.
2. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier, Madrid, 2008.
3. Morhead, S et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª Edición. Elsevier, Madrid, 2005.
4. McKloskey, J y Bulechek, GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Elsevier, Madrid, 2005.
5. Roldán Valenzuela, A et al. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular (A.E.E.V.). Guía de práctica clínica, 2009. Disponible en: (<http://www.aeev.net/documentos/consenso2009.pdf>)[Consultada el: 8/10/2010]
6. Guía para la Prevención y el Tratamiento de las UPP en Atención Especializada, Sanidad Castilla y León (SACYL), 2008
7. Verdú, J et al. Documento de Consenso de la C.O.N.U.E.I. (Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior), 2009. Disponible en: (<http://www.aeev.net/documentos/CONUEI.pdf>) [Consultada el: 07/03/2009]
8. Rodríguez, M et al. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento". Cadiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2003. Disponible en (http://www.aecut.es/index.php/descargas/doc_download/2-guia-del-hospital-universitario-puerta-del-mar-cadiz)[Consultada el: 05/04/09]
9. Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB. Fundamentos de la práctica clínica basada en la evidencia. Investigación secundaria. En: Zazo León T, Gómez Salgado J, Amezcua Sánchez A (coord.)Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada (volumen I) FUDEN ediciones 2007.
10. Programa de habilidades en lectura crítica Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005; Disponible en: <http://www.redcaspe.org/que-hacemos/herramientas/lectura/10revision.pdf>. [Consultado el: 03/02/11]
11. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. Colaboración AGREE Septiembre de 2001. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf> [Consultado el 9 de julio de 2010]
12. Niveles de Evidencia del Instituto Joanna Briggs (JBI) y Grados de Recomendación. La escala "FAME" Disponible en:

(http://es.jbiconnect.org/connect/info/about/jbi_ebhc_approach.php#LEGR.JBILOE)
[Consultada el: 03/04/09]

13. Sánchez Lorente, MM et al. Guía de práctica clínica de enfermería: Prevención y tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2008. Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/dac/dacheridas.pdf> [Consultado el: 05/09/10]
14. López Alonso, SR et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud, 2007. Disponible en: (<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>)[Consultada el: 05/04/09]
15. Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de úlceras arteriales. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/338/pdf/Guia_de_cuidados_UA_def.pdf [Consultado el 19 de julio de 2011]
16. García Fernández, FP; Soldevilla Ágreda, JJ. Evaluación Técnica de materiales Preventivos y Terapéuticos en heridas crónicas: Guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de Posicionamiento Nº5. Disponible en:
http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/36_pdf.pdf
[Consultada el: 27/05/2009]
17. Fraile Caviedes, C et al. En busca del mejor apósito, revisión sistemática. Banco de Evidencias, Portal de Sanidad de Castilla y León (SACYL), 2008. Disponible en:
<http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales> y en
http://www.google.es/url?sa=t&source=web&cd=4&ved=0CDUQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcastillayleon.es%2Fsanidad%2Fcm%2Fprofesionales%2Fimagenes%3Flocale%3Den_UK%26textOnly%3Dfalse%26idMmedia%3D96105&rct=j&q=13.%09Fraile%20Caviedes%2C%20C%20et%20al.%20En%20busca%20del%20mejor%20ap%C3%B3sito&ei=RzZqTsMaxZrxA53D9Z4L&usg=AFQjCNEgAqqJtiOUOGQMkelqTt0qPZRw9w&cad=rja [Consultada el: 13/03/09]
18. Boletín Farmacéutico. Área 9, Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (Sermas), 2004.
19. Monográficos Úlceras Vasculares. Disponible en: www.ulceras.net [Consultado el 19 de julio de 2011]
20. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en Atención Primaria. 2006.
<http://www.ulceras.net/publicaciones/bn010027.pdf> [Consultado el 19 de julio de 2011]
21. <http://www.ulceras.net/monograficos/ulcVasculares08.htm> cuya bibliografía está al final de la página, abajo del todo
22. Grupo de trabajo en Pie Diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV). Consenso sobre el Pie Diabético. 1997. Disponible en: (<http://www.pie->

diabetico.com/index.aspx) y en (http://www.seacv.es/capitulos/grupos/pie_diabetico.php) [Consultada el: 15/10/2008]

23. Hernández Vidal, PA et al. Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Lo que debemos conocer l@s enfermer@s. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa. Comunidad Valenciana. 2008. Disponible en: http://www.aecut.es/index.php/descargas/doc_download/9-guia-del-hospital-marina-baixa-de-la-vila-joiosa-comunidad- [Consultada el: 22/02/11]
24. Evaluación Clínica de las Heridas Crónicas. Guía de bolsillo. Coloplast. Modificado de Halloway GA. En: Chronic Wound Care. Krasener, DE et Al. HMP Communications. US, 2001
25. Montero Morales C, Tapia Valero C y Rodríguez Herrera M. Manual de Metodología Enfermera. 2ª edición. Gerencia Atención Primaria de Segovia. Segovia. 2008