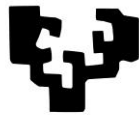


eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

Leioako Erizaintzako  
Unibertsitate Eskola

Escuela Universitaria  
De Enfermería de Leioa

## **TRABAJO FIN GRADO**

### **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO**

# **ATENCIÓN INDIVIDUAL A PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA**

**Germán Bola Saiz**

*Leioa, 16 de Mayo del 2014*



[Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

[Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

# RESUMEN

Se presenta un Plan de Atención de Enfermería en Atención Primaria para personas que presenten úlceras venosas en las extremidades inferiores, y que frecuentemente, se oye como motivo de consulta: *“Sensación de pesadez y calambres en las piernas que va en aumento al final del día”*.

Las úlceras venosas siendo con diferencia, el tipo de úlceras más frecuentes de la extremidad inferior, suponen un importante problema de salud, tanto para las personas que las padecen, consecuencia del largo tiempo que precisan hasta su curación, como para los sistemas sanitarios que requieren una gran inversión en recursos humanos y materiales. Para tratarlas, es necesaria la implicación y participación de la persona en el proceso de cuidados, como receptor y eje central del mismo, además de la puesta en marcha de estrategias dirigidas hacia la continuidad de cuidados.

Se utiliza, el modelo conceptual de Virginia Henderson (la persona como un todo e independiente) y como metodología enfermera para la gestión y planificación de los cuidados, el Proceso de Atención de Enfermería mediante un lenguaje universal y estandarizado a través de la interrelación de las taxonomías NANDA I - NOC - NIC.

La enfermera interviene supliendo o acompañando a la persona, cuando observe la insatisfacción de alguna de las 14 necesidades humanas básicas propuestas por V. Henderson en su modelo, proporcionando cuidados integrales y orientando la actuación hacia el logro de su independencia para llevar a cabo sus autocuidados.

**Palabras claves**<sup>1</sup>: enfermería, úlcera venosa, cuidados, calidad de vida, rol, taxonomía.

---

<sup>1</sup> **DeCS**: Descriptores en Ciencias de la Salud.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ÚLCERAS VENOSAS EN LA EXTREMIDAD INFERIOR</b> .....	<b>2</b>
2.1 Concepto.....	2
2.2 Relevancia y Justificación .....	2
2.3 Epidemiología .....	3
2.4 Fisiología del Sistema Venoso .....	3
2.5 Fisiopatología .....	4
2.6 Características físicas .....	4
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>5</b>
3.1 Objetivo General .....	5
3.2 Objetivos Específicos .....	5
<b>4. CASO PRÁCTICO SIMULADO</b> .....	<b>5</b>
4.1 Justificación.....	5
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	<b>6</b>
5.1 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	6
5.2 Proceso de Atención de Enfermería (Etapas).....	6
1) Valoración.....	7
<b>A) Obtención de datos</b> .....	<b>8</b>
I. Entrevista Clínica o Anamnesis.....	8
II. Exploración Física.....	9
III. Exploraciones Complementarias.....	10
<b>B) Validación de datos</b> .....	<b>10</b>
<b>C) Organización de datos</b> .....	<b>10</b>
2) Diagnóstico .....	10
3) Planificación.....	12
4) Implementación y Evaluación.....	12
<b>6. CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LAS UV</b> .....	<b>13</b>
6.1 Cuidados locales: Esquema TIME Y PLH.....	13
6.2 Terapia Compresiva .....	14
<b>7. PREVENCIÓN Y CUIDADOS GENERALES</b> .....	<b>15</b>
<b>8. RESULTADOS (PAE)</b> .....	<b>16</b>
<b>9. DISCUSIÓN</b> .....	<b>24</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b> .....	<b>25</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>26</b>
<b>12. ANEXOS</b> .....	<b>29</b>

## 1) INTRODUCCIÓN

---

Los **cuidados**<sup>1,II</sup> de salud que la sociedad demanda son cada vez más variados, numerosos y complejos. Para atender estos requerimientos resulta imprescindible desarrollar un método organizado y sistemático que proporcione cuidados de calidad adecuados a las **necesidades** de la población. Por ello, la enfermera como parte del equipo de salud, le corresponde velar por la apropiada distribución de los recursos y servicios del sistema sanitario, aplicando un plan de atención que logre la gestión eficiente en la prestación de sus cuidados.

Para realizar este plan de atención se toma como referencia el **modelo de cuidados**, que en 1955, propuso **Virginia Henderson**<sup>1</sup>, pues lo que quiere y espera la sociedad de la enfermería, es un servicio propio de la profesión. Por ello, los modelos sirven de guía para definir la especificidad del trabajo de enfermería, mostrar lo esencial de su intervención, identificar las relaciones interprofesionales y organizar los conocimientos propios, ante los usuarios<sup>2</sup>.

El modelo conceptual de V. Henderson, integrado en la **Escuela de Necesidades**<sup>2</sup>, plantea catorce, es uno de los más conocidos y llevados a la práctica por ser el que mejor se adapta a nuestro contexto, y sobre todo, por centrarse en la función propia de la enfermera (comprender las necesidades del ser humano). Además, define a la persona como ser único y **bio-psico-social** con unas necesidades universales a las que responde de forma individual y que en condiciones normales satisface de forma **autónoma**<sup>3, III</sup> e **independiente**<sup>3, IV</sup>; es en caso de déficits cuando interviene la enfermera, a través del cuidado<sup>1</sup>.

Para orientar la práctica hacia la excelencia, se utiliza como metodología en el desarrollo de este plan el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**, siguiendo las directrices del **Ministerio de Sanidad y Política Social**, en 2010, donde queda reflejado la obligatoriedad del uso de los Diagnósticos de enfermería (DxE), adaptándose más tarde a la Comunidad Autónoma Vasca en el Decreto 38/2012 de Marzo<sup>4</sup>.

---

<sup>II</sup> **Cuidados:** acciones que mediante la interacción humana ayudan a las personas para mantener comportamientos en salud, basados en las necesidades básicas, y para tratar de solucionar los problemas derivados de las mismas.

<sup>III</sup> **Autonomía:** capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

<sup>IV</sup> **Independencia:** la persona satisface por si sola sus necesidades fundamentales, mediante las acciones adecuadas.

A través del **Metaparadigma enfermero** (persona, entorno, salud y cuidado de enfermería) se desarrolla el **rol de enfermería** para el abordaje terapéutico con la valoración integral de las 14 necesidades de V. Henderson y la realización de los cuidados al aplicar el PAE. Este rol establece que el cuidado se centra en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o en su capacidad para llevar a cabo sus **autocuidados**<sup>3,V</sup>.

Al elaborar el plan de cuidados, se requiere desde el comienzo y durante todo el proceso de la implicación de la persona, considerándola protagonista y parte activa del mismo. De tal forma, a partir del marco establecido, se diseña un Plan de Cuidados Individualizado (PCI) para una persona con **Úlceras Venosas** (UV) activas por **Insuficiencia Venosa Crónica** (IVC) y que surge de la modificación de un plan estandarizado, plan preestablecido para grupos de pacientes, y cuyos problemas son previsibles en virtud de diagnósticos médicos.

## **2) ÚLCERAS VENOSAS EN LA EXTREMIDAD INFERIOR**

---

### **2.1 CONCEPTO**

La **úlceras venosa** es aquella lesión cutánea, espontánea o accidental, de etiología vascular, incluida dentro de la clasificación de las heridas crónicas de la extremidad inferior (EEII), definidas como la pérdida de la integridad cutánea comprendida en la región entre la pierna y el pie, de diferente causa y con una duración igual o superior a 6 semanas<sup>5</sup>.

Afectan de forma significativa a la calidad de vida de la persona que las padece y son de evolución insidiosa, con frecuentes recidivas, lo que conlleva un período prolongado de atención sanitaria. Es por tanto, un problema importante para el **sistema de salud** consecuencia del elevado consumo de recursos humanos y materiales en el cuidado que se presta<sup>5</sup>.

### **2.2 RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN**

A continuación, se exponen brevemente cuestiones que han surgido al profundizar en las UV, que sustentan y otorgan razones de importancia para elaborar un Plan de Cuidados<sup>6,7</sup>:

---

<sup>V</sup> **Autocuidados:** son los cuidados personales que las personas necesitan diariamente y que pueden ser modificados por el estado de salud, las condiciones ambientales, efectos de los cuidados médicos, entre otros factores.

- El grave problema que generan en la salud y **calidad de vida** de las personas (esfera emocional, económica y socio-laboral) al ser tratadas con cuidados de enfermería y otros tratamientos médicos, ambos de larga duración.
- La necesidad de **consensuar medidas de prevención y tratamiento**, ante la gran variabilidad diagnóstica y terapéutica existente.
- Como señala en 2009, la **Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI)**<sup>7</sup>: *“La aparente falta de coordinación que puede existir entre los profesionales de salud que tratan las UV, excepto en contados ámbitos, lo que puede conllevar la mala gestión de los cuidados”*.

Además de estos interrogantes, la decisión de realizar este trabajo surge al observar durante la realización del prácticum, la variabilidad de los profesionales de enfermería al manejar este tema, así como descubrir la importancia de aplicar el pensamiento reflexivo en la toma de decisiones del abordaje de las UV.

### 2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La úlcera de etiología venosa, es con gran diferencia, la más prevalente de las de la EEII, representando entre el 75 - 80% de las mismas<sup>7</sup>. Su **prevalencia** es del 0,5 - 0,8% y se estima que su **incidencia** es entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Además, este problema se magnifica en una sociedad como es la nuestra, claramente envejecida, siendo la incidencia de UV mayor, (se multiplica por 2) cuando la edad está por encima de los 65 años con un 5,6% de la población afectada<sup>7</sup>. Hasta un 57% de las UV presenta recidivas en los primeros 12 meses tras su curación, y la relación es de 1 hombre por cada 3 mujeres, siendo más frecuente en ellas, habitualmente entre los 40 – 50 años<sup>6, 8</sup>.

### 2.4 FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA VENOSO

Resulta relevante conocer la anatomía del **Sistema Venoso** (SV) de las EEII y la hemodinámica del flujo sanguíneo al hablar sobre las UV, ya que es la alteración de dicho sistema la que provoca esta patología<sup>9</sup>. El SV sirve como reserva de sangre y tiene la función de transportar de vuelta al corazón, la que es pobre en oxígeno. En condiciones normales, el flujo sanguíneo se realiza a través de tres sistemas de venas diferenciados: el **Superficial** (SVS), el **Profundo** (SVP) y el **comunicante** o perforante, a través de cuyas venas conectan los dos primeros<sup>9</sup>.

Su trayecto paralelo y en sentido inverso al arterial, va desde los finos capilares venosos hasta las grandes venas que llegan al corazón, desde el SVS hacia el SVP, a través de las venas perforantes. Por lo tanto, es el responsable del ascenso de la sangre hasta el corazón, a través de innumerables válvulas venosas unidireccionales que consiguen que el flujo sanguíneo vaya en dirección ascendente y centrípeta, evitando así el reflujo sanguíneo<sup>6, 10</sup>.

Existe una serie de mecanismos que favorecerán o dificultarán el retorno venoso y que habrá que tener en cuenta (Anexo 1).

## 2.5 FISIOPATOLOGÍA

La UV es ocasionada por patologías que afectan al SV, como por ejemplo, la trombosis venosa profunda (TVP). Dichas alteraciones darán lugar a la **Insuficiencia Venosa Crónica** (IVC), caracterizada por la incompetencia del retorno venoso debido a anomalías estructurales y valvulares de las venas que provocarán una obstrucción o reflujo sanguíneo en las mismas<sup>6, 10</sup>.

Dependiendo de su gravedad, parte de la sangre asciende al corazón y el resto queda retenida en las EEII, al refluir la sangre en sentido contrario al fisiológico, desde el SVP al SVS. Esta retención de líquidos termina pasando al espacio intersticial, y de forma progresiva aparece el edema aumentando la presión venosa que desencadenará la **Hipertensión venosa** (HV), eslabón inicial que provocará los trastornos tróficos de la piel y finalmente la úlcera<sup>9, 10</sup>.

Se distinguen varios tipos de UV: varicosas, asociadas a presencia de varices tronculares que afectan al SVS y úlceras post-flebíticas o posttrombóticas, relacionadas con el síndrome posttrombótico secundario a la TVP.

## 2.6 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Entre ellas, se establece que son **heridas superficiales** de tamaño variable con una morfología redondeada, oval y de bordes mal delimitados que pueden ser edematosos y presentar hiperpigmentación. El lecho de la lesión suele presentar tejido de granulación y son generalmente **exudativas**<sup>11</sup>. Pueden ser dolorosas y se localizan principalmente en la zona perimaleolar interna, en zona pretibial o laterotibial. Además, los pulsos arteriales periféricos van a estar presentes, lo que las diferencia de las úlceras de etiología arterial<sup>11</sup>.

### 3) OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

- **Demostrar** un alto grado de competencias, (técnicas e interpersonales), que ayuden a **mejorar la calidad de vida de las personas**, unificando el abordaje terapéutico y medidas preventivas a través de un plan de cuidados.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Identificar y definir** el proceso fisiopatológico de las UV.
- **Favorecer** la participación activa, de las personas afectadas, en el plan de cuidados mediante el establecimiento de una comunicación eficaz con el equipo y el profesional de enfermería.
- **Trasferir** a la práctica modelos de enfermería, **aplicar** metodologías y lenguajes (NNN) que permitan a la enfermera desde su área de independencia, identificar y dar respuesta a los problemas de los usuarios, mediante la excelencia en los cuidados.
- **Utilizar el pensamiento crítico** y la práctica basada en la evidencia al evaluar los resultados obtenidos con el plan de cuidados, mejorando y modificando las intervenciones enfermeras, introduciendo nuevas y potenciando la continuidad de cuidados.

### 4) CASO PRÁCTICO SIMULADO

Mujer de 76 años, acude a la Consulta de Enfermería en Atención Primaria (AP) refiriendo: *“Sensación de pesadez y calambres en ambas piernas que aumenta al final del día”*. Además, comenta *“sentirse intranquila, ser incapaz de relajarse y no poder controlar las cosas que le rodean; lleva mucho tiempo con este problema en las piernas sin ver evolución favorable”*.

Según la Historia Clínica, presenta UV activas en ambas EEII, en tratamiento desde año y medio, con varias recidivas. Dice ser incapaz de modificar sus hábitos sedentarios y de recorrer grandes distancias, según ella: *“consecuencia del sobrepeso y el mal estado de sus piernas”*. Además, parece ser autónoma en todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

#### 4.1 JUSTIFICACIÓN

Para alcanzar la competencia profesional, enmarcada dentro de los objetivos del trabajo y descrita en la **Pirámide de Miller** (Anexo 2) como el tercer nivel



“demostrar cómo”<sup>VI</sup> y anterior al de “hacer” (desempeñó de una práctica real), se presenta un plan de cuidados individualizado para un caso práctico simulado, aplicando la metodología enfermera.

Además, la necesidad de realizar un plan de cuidados individualizado radica en el largo periodo de tiempo que se calcula que las personas necesitarán de cuidados enfermeros. Lynda Carpenito indica que cuanto más larga sea la relación, aumentan las probabilidades de aplicar este tipo de planes<sup>12</sup>.

## 5) METODOLOGÍA

### 5.1 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

El soporte sobre el que se sustenta el plan de cuidados es el modelo conceptual de V. Henderson sobre las 14 **necesidades**<sup>3,VII</sup> humanas fundamentales inherentes a todo ser humano y cuyo objetivo, no es otro que, la enfermera a través de los cuidados, ayudar a satisfacerlas<sup>12, 13</sup>. Se determina para cada una de estas necesidades, el grado de **dependencia**<sup>13,VIII</sup> e **independencia** de la persona. Así, se establece el proceso de interacción con el usuario (práctica enfermera) donde se valora las necesidades de la persona y se establecen objetivos a conseguir, intervenciones y evaluación de resultados<sup>2</sup>.

Utilizar este modelo, permite la valoración holística de la persona y establecer cuidados integrales teniendo en cuenta 3 **fuentes de dificultad** (conocimiento, fuerza física/psíquica y voluntad)<sup>12</sup> (Anexo 3), causas de dependencia que suponen un impedimento para satisfacer una o más necesidades<sup>13</sup>.

### 5.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Además del modelo, se precisa del PAE como metodología enfermera. Se trata de una herramienta que ayuda a la enfermera a pensar de forma reflexiva, y que facilita proporcionar una atención integral de la persona<sup>3</sup>. Se utiliza la terminología enfermera universal y estandarizada de **NANDA I**<sup>14</sup> - **NOC**<sup>15</sup> - **NIC**<sup>16</sup>. A través del enunciado de los **Diagnósticos de Enfermería** (DxE) según NANDA-Internacional (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>14,IX</sup>, y

---

<sup>VI</sup> “**demostrar cómo**”: tercer nivel de competencia profesional: usar los saberes teóricos adquiridos si los tuviera que poner en práctica en un contexto determinado. Pirámide de Miller; 1990.

<sup>VII</sup> **Necesidad**: todo aquello esencial en el ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar, siendo un requisito que condiciona la independencia de una persona y no una carencia.

<sup>VIII</sup> **Dependencia**: situación en la que una o varias necesidades no están satisfechas, porque la persona no sabe, no puede o no recibe la ayuda necesaria.

<sup>IX</sup> **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

otros como los **Problemas de Colaboración** (CP), así como de **Resultados Esperados**<sup>15</sup> (Taxonomía Nursing Outcomes Classification)<sup>x</sup> e **Intervenciones de Enfermería**<sup>16</sup> (Taxonomía Nursing Interventions Classification)<sup>xi</sup> concretando las **actividades**. El PAE, consta de 5 fases correlativas y relacionadas entre sí de forma que cada una de ellas depende de la anterior y condiciona la siguiente.

Las tres clasificaciones NANDA – NOC – NIC, están asociadas sistemáticamente en la **Taxonomía NNN**, y enmarcadas en un contexto enfermero con vínculos establecidos entre diagnósticos, intervenciones y resultados<sup>17</sup>. La utilización de estas 3 taxonomías permite a las enfermeras usar lenguajes estandarizados, establecer vínculos y ayudar a identificar cuáles son las intervenciones y resultados más convenientes para determinados diagnósticos NANDA I<sup>17</sup>. Además, hace visibles los cuidados enfermeros, facilita la comunicación entre profesionales, determina los costes de los servicios proporcionados, planifica los recursos necesarios y, por último, desarrolla los sistemas informatizados para planes de cuidados<sup>14</sup>.

Para la elección de los DxE se siguieron las recomendaciones de **María Teresa Luis Rodrigo**<sup>18</sup>. También se utilizó la plataforma online **NNNConsult**<sup>19</sup> para la visualización rápida de todo el lenguaje enfermero, contrastándose los vínculos de las taxonomías con autores como M Johnson, S Moorhead<sup>17</sup>.

A continuación, se describirán de forma breve las 5 etapas del PAE desde su perspectiva teórica, y su aplicación práctica en la resolución del caso propuesto.

## **1) ETAPA DE VALORACIÓN**

Primer paso del proceso de enfermería basado en la **recogida de información**, a través de datos de distintos tipos de fuentes y su posterior análisis para determinar el estado de salud de la persona<sup>2</sup>. Realizar una valoración general y focalizada, requiere hacerlo de forma integral abordando el estado bio-psico-social del usuario, y siempre antes de iniciar cualquier cuidado. Es clave para identificar los problemas y aplicar un tratamiento eficaz en las UV<sup>9</sup>,<sup>14</sup>. Esta primera etapa del PAE consta de 3 fases:

---

<sup>x</sup> **Nursing Outcomes Classification (NOC)**: Clasificación de Objetivos de Enfermería.

<sup>xi</sup> **Nursing Interventions Classification (NIC)**: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

A) **OBTENCIÓN DE DATOS:** Objetivos y subjetivos a partir de la valoración de necesidades, y a través del **examen clínico** que consta de<sup>2</sup>:

I. **Entrevista Clínica o Anamnesis:** Se lleva a cabo mediante un diálogo establecido para recabar los datos necesarios y oportunos relacionados con la salud y así determinar su estado. La **valoración global por necesidades**, abarca todos los aspectos relevantes focalizándose, más tarde, en los más específicos: síntomas, signos y factores de riesgo presentes, relacionados con IVC (Anexos 4 y 5), y los considerados importantes: antecedentes familiares y personales de patología venosa y problemas de coagulación, para explorar en profundidad<sup>14, 20</sup>.

En el cuidado de las heridas crónicas como son las UV, es importante identificar las barreras que impiden su cicatrización, existiendo factores físicos, psicosociales y sistémicos de la persona que se tienen que considerar en la Anamnesis. De ahí, la relevancia de realizar un **enfoque holístico** en la valoración.

Se realizó la valoración según las necesidades del modelo de V. Henderson, útil para comprobar la capacidad de la persona en mantener su independencia, autonomía y bienestar<sup>3</sup>. La enfermera preparó y seleccionó previamente:

- Una **batería de preguntas** centradas en cada necesidad y adaptadas a las características personales de la persona<sup>12, 13</sup>.
- **Cuestionarios y Escalas** (Anexo 6), para determinar y fundamentar la capacidad de la persona a la hora de realizar las ABVD, necesarias para la independencia en el autocuidado, y cuyo deterioro implica la suplencia total, parcial o acompañamiento por parte de la enfermera<sup>21, 22</sup>.

En este caso, los cuidados se centraron en satisfacer cada una de las necesidades y alcanzar, siempre que fuera posible, el mayor grado de independencia de la persona. Se realizó una valoración geriátrica calculando el **Índice de Barthel (IB)**<sup>21, 22, XII</sup> con el objetivo de diseñar un plan y tratamiento integral adaptado a las características individuales y determinar su autonomía en las ABVD<sup>22</sup>.

Cuando una necesidad manifestaba dependencia, se averiguaba la **fuentes de dificultad** asociada, en cuyo caso, y a través de intervenciones enfermeras se

---

<sup>XII</sup> **IB:** cuestionario con 10 ítems tipo likert que valora la autonomía de las ABVD.

incidía para normalizar la situación. Si por el contrario, éstas no se identificaban, se investigaba la existencia de problemas de autonomía (necesidad no satisfecha por incapacidad física o intelectual y carencia de un cuidador capacitado) o a tratar por otro profesional (Anexo 7)<sup>2, 13</sup>.

En el caso clínico, no se detectaron problemas de autonomía. De las 14 necesidades valoradas se abordaron aquellas en las que había evidencias de estar alteradas. El resto quedan reflejadas en el (Anexo 8).

**II. Exploración física:** Consiste en la recopilación de los datos objetivos referentes al estado físico que se realiza mediante:

Un **examen físico** céfalo-caudal, aplicando las técnicas de inspección y palpación, la valoración de signos típicos de IVC y la toma de pulsos arteriales. Además, se establece el grado de IVC aplicando el epígrafe «C» de la **Clasificación CEAP** (Clínica – Etiología – Anatomía – Fisiopatología) como recomienda la **CONUEI**<sup>7</sup> (Anexo 9).

En este caso, la exploración de las EEII se centró en dos fases: en posición de ortostatismo y en decúbito supino clasificando la IVC en un Grado C-6, al presentar ambas extremidades, trastornos cutáneos más úlceras activas<sup>7</sup>.

Después de realizarse la exploración general, se inicia una valoración local de las úlceras mediante el esquema **TIME**<sup>XIII</sup>, propuesto por la European Wound Management Association (**EWMA**) como parte de una estrategia íntegra, coherente y continua en la valoración y cuidado de las heridas, ofreciendo ventajas para reducir el coste económico de los servicios sanitarios<sup>23</sup>.

El acrónimo TIME, de gran utilidad para enfermería, permite unificar criterios de actuación y facilitar la toma de decisiones. Mediante este esquema, se realiza la **preparación del lecho de la herida** (concepto PLH)<sup>XIV</sup> con el objetivo de optimizar las condiciones de cicatrización de las lesiones crónicas<sup>23, 24</sup>.

Tanto la entrevista clínica, como la exploración física, permiten una diagnosis sobre el estado de salud y la patología venosa de la persona, siendo además, imprescindible realizar pruebas complementarias<sup>7</sup>.

---

<sup>XIII</sup> **TIME:** concepto dinámico con 4 componentes que permite prestar atención a diferentes elementos adaptándose a las necesidades de la herida y el proceso de cicatrización.

<sup>XIV</sup> **PLH:** tratamiento integral para optimizar el uso de los medios terapéuticos y acelerar la cicatrización endógena de la herida.

III. **Exploraciones complementarias:** Se determina el **Índice Tobillo – Brazo** (ITB) o Índice de Yao, prueba hemodinámica cuyo objetivo es orientar a la enfermera acerca de la existencia de **compromiso arterial** para la aplicación segura de la Terapia Compresiva (TC), tratamiento angular de las UV. Si existe alteración arterial está totalmente contraindicada la compresión y se derivará al especialista vascular. Para esta usuaria, el resultado del ITB fue normal en ambas extremidades no existiendo un compromiso<sup>9, 25</sup>. Para conocer la técnica y los valores normales del ITB, (Anexos 10 y 11).

Todos los datos recabados en la Anamnesis, Exploración Física y Prueba Hemodinámica quedan recogidos en (Anexo 12).

**B) VALIDACIÓN DE DATOS:** La interpretación y su validación se realiza simultáneamente durante la recogida de datos. Es imprescindible porque garantiza que la información obtenida, sea completa, veraz y no sustentada en conjeturas y deducciones erróneas<sup>26</sup>. Además, evita las inferencias incorrectas al contrastar todos los datos y verificar la coherencia, consistencia y pertinencia de los mismos<sup>2</sup>.

**C) ORGANIZACIÓN DE DATOS:** Se precisa para facilitar su agrupación, emitir juicios clínicos en categorías específicas y facilitar una visión global de la persona y sus problemas de salud, reales o potenciales<sup>2</sup>.

De esta forma, se puede proporcionar cuidados individualizados y de calidad y se constituye la base para la posterior planificación y reevaluación de las intervenciones enfermeras, dirigidas al logro de unos resultados concretos<sup>20</sup>.

## **2) ETAPA DE DIAGNÓSTICO**

A partir del análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica, se identifican los problemas y algunos son enunciados como **Diagnósticos de Enfermería** y otros, si los hay, como **Problemas de Colaboración** (CP)<sup>3</sup>. Para formular los primeros, se utiliza la Taxonomía NANDA-Internacional que cuenta con tres niveles: 13 dominios<sup>XV</sup>, 47 clases<sup>XVI</sup> y 217 etiquetas diagnósticas<sup>14, 19, XVII</sup> (Anexo 13).

---

<sup>XV</sup> **Dominio:** esfera de conocimiento, influencia o investigación.

<sup>XVI</sup> **Clase:** grupo, conjunto o tipo que comparta atributos comunes.

<sup>XVII</sup> **Etiqueta diagnóstica:** término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas, y que proporciona un nombre al diagnóstico.

El Comité de Expertos<sup>14</sup> de NANDA I en 2009, define el **Diagnóstico Enfermero** como “*el juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales*”. Se sitúan dentro del **ámbito independiente** de enfermería y proporcionan la base para la selección de las intervenciones destinadas a lograr los resultados esperados de los que será responsable la enfermera. En la construcción de los DxE hay que considerar su tipología<sup>14</sup>:

El **Real**: describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia o comunidad. Se enuncian con el formato propuesto por **Marjory Gordon**<sup>14</sup> y recomendado por NANDA I, denominado **PES**, Problema, Etiología, Signos/Síntomas. Somos responsables de hallar signos y síntomas de problemas que se sitúan dentro de nuestra experiencia para tratarlos independientemente<sup>27</sup>.

Cuando el juicio clínico corresponde a un problema con alta probabilidad de que pueda ocurrir en una persona, familia o comunidad vulnerable, se denomina **potencial o de riesgo**.

Por otra parte, si se formula un juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, manifestada en su disposición para mejorar conductas específicas saludables, el DxE es de **promoción de la salud**. Recordar que algunos problemas también pueden pertenecer a los denominados, DxE de **síndrome**.

En cuanto a los **Problemas de Colaboración**, se definen como: “*problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico*”<sup>3</sup>. Se sitúan, por tanto, en el **ámbito de colaboración** por parte de la enfermera con otro profesional, quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final<sup>14</sup>.

Para nombrarlos, es necesario e insustituible el uso de la terminología médica. Hacen referencia a complicaciones potenciales de la situación fisiopatología, del tratamiento prescrito o de pruebas diagnósticas realizadas. **L. Carpenito** recomienda enunciarlos con las siglas: “*CP:*” añadiendo al problema la frase “*secundario a*” (nombrando la causa médica que lo genera), para ayudar a centrar la atención y determinar las actividades más indicadas<sup>14</sup>.

En este caso clínico y para ser abordados de forma independiente, se enunciaron cuatro DxE y una CP realizándose las oportunas intervenciones enfermeras, independientes e interdependientes.

### **3) ETAPA DE PLANIFICACIÓN**

En esta fase, se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir las causas que generan los problemas identificados en la etapa anterior<sup>2</sup>. Supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades alteradas identificadas, su actualización en función de los cambios y el uso del mismo como registro<sup>26</sup>. Se distinguen tres pasos en esta fase<sup>2</sup>:

**A)** La **Jerarquización de problemas** se realiza en primer lugar, utilizando la **Pirámide de Maslow** (Anexo 14)<sup>3</sup>. Para este caso, se identificaron como necesidades más alteradas: las fisiológicas, y la de vivir de acuerdo con sus valores y creencias, como necesidad de autorrealización.

**B)** Para la formulación de resultados esperados se emplea la **Taxonomía NOC** que proporciona un lenguaje profesional que las enfermeras pueden utilizar para identificar y evaluar los efectos de las intervenciones. Cuenta con 5 niveles: (7) dominios, (31) clases, (490) resultados, indicadores<sup>XVIII</sup> y escalas de medición tipo Likert, cuyo rango va desde 1 (mínimo) a 5 (máximo); facilitan una puntuación base de la persona, siendo el objetivo a alcanzar por la enfermera y paciente el valor máximo, siempre que sea posible<sup>15</sup>.

**C)** En la elaboración del plan de acción se aplica la **Taxonomía NIC** que cuenta con 3 niveles: campos, clases e intervenciones<sup>16</sup>. A partir de un resultado, se seleccionan las que se describan y se concreten mejor al tipo de cuidado que permita alcanzarlo.

### **4) ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN**

En la **Implementación**, se lleva a cabo la puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los resultados esperados en el plan de cuidados<sup>13</sup>. Esta fase conlleva las siguientes actividades<sup>2</sup>:

➤ Valoración y actualización de datos concernientes al estado de salud y revisión del plan de cuidados, para adaptarlo a las variaciones en las

---

<sup>XVIII</sup> **Indicador:** estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más concreto que sirve para medir un resultado.

respuestas. A través de un lenguaje comprensible, se informa a la persona sobre las acciones a ejecutar.

- **Registro** de las actuaciones realizadas y respuestas recibidas para transmitir al equipo toda la información referente a los cuidados de la persona; además puede servir como respaldo legal.

Durante todo el proceso de enfermería, se respetó el **Código Ético** publicado por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) para una buena praxis enfermera<sup>27</sup>, además del vigente Código Deontológico de Enfermería de España y el cumplimiento riguroso de los **Principios Éticos**.

La **fase de evaluación** permite conocer en qué medida se ha modificado la situación inicial de la persona, como respuesta a las intervenciones de enfermería<sup>12</sup>. Está presente de forma continuada a lo largo del proceso, permite identificar la consecución de los resultados esperados y el grado en que se han logrado, decidiendo si es necesario introducir cambios en el Plan de Cuidados. Solo se da por concluida cuando se hayan cumplido los objetivos<sup>2, 13</sup>.

A través de la medición de un resultado, estado del individuo en un momento concreto y que puede indicar una mejora o deterioro del estado en comparación con una valoración posterior, se valida si la persona responde a las intervenciones de enfermería y si éstas son efectivas<sup>15</sup>. Además, facilita la **continuidad de cuidados** en sistemas sanitarios integrados y asegura la responsabilidad de la enfermería<sup>15</sup>.

## **6) CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LAS ÚLCERAS VENOSAS**

---

### **6.1 CUIDADOS LOCALES - ESQUEMA TIME Y PLH**

- **Control del Tejido no viable (T)**: Valora la presencia de tejido desvitalizado en el lecho de la herida. En este caso, las lesiones presentaban tejido de granulación con pequeños esfacelos. Se realizó la limpieza y desbridamiento autolítico con hidrogel de las heridas para la retirada del esfacelo favoreciendo las condiciones óptimas para su cicatrización<sup>8, 9, 23</sup>.
- **Control de la Infección e Inflamación (I)**: Determina la existencia de infección e inflamación. En el primer caso, mediante un examen clínico, detectando signos y síntomas (Anexo 15). En caso de sospecha, se confirma con un examen microbiológico, con la recogida de una muestra para cultivo<sup>22</sup> y si existiera, se colabora con el médico en el tratamiento y control de la misma.



En este caso, no se observaron manifestaciones de infección, sí de una inflamación local. A nivel de las lesiones, se tomaron medidas de prevención mediante la preparación del lecho de la herida.

- **Control del Exudado (M)**: Valora la existencia de exudado y sus características. Se examina el nivel (nulo, escaso, moderado, abundante) y tipo (seroso, hemorrágico, purulento), además de su olor y consistencia<sup>22</sup>. En este caso, el nivel era abundante de tipo seroso, poco espeso y de olor no desagradable.

Se aplicó medidas de control del exudado como la TC y apósitos de alginato, pertinentes para las UV muy exudativas. Esta sustancia, también proporciona un desbridamiento autolítico y es bacteriostático. En cada cura, se comprobó su estado (manchado o no) para conocer si la gestión del exudado era eficaz<sup>11</sup>.

Una revisión sistemática Cochrane recomienda que, para la mayoría de las UV, un apósito absorbente sencillo no adherente ofrece suficiente protección a la úlcera bajo el sistema de compresión. Sin embargo, los profesionales sanitarios elegirán uno adecuado en función de las características de la herida y la piel perilesional, teniendo en cuenta el exudado y el dolor<sup>28</sup>.

- **Estimulación de los Bordes Perilesionales (E)**: Evalúa el estado de los bordes de la herida. La protección del tejido perilesional es importante ya que es donde se inicia la cicatrización de la lesión; para mantener su integridad, se deben proteger del exceso de exudado y humedad con productos de barrera que no iriten la piel<sup>21, 24</sup>.

En este caso, los bordes presentaban maceración; se midió el área de superficie de las UV, a intervalos regulares, para controlar su progreso y se aplicó un producto de barrera como protección, además de hidratar la piel.

## 6.2 TERAPIA COMPRESIVA (TC)

Es la **piedra angular** en el tratamiento de las UV siendo muy efectiva para acortar su tiempo de curación y porcentaje de recidivas; sin ella, el resto de cuidados no serían efectivos ya que lo principal es suplir la IVC, acción que realiza la compresión al conseguir el ascenso de los líquidos acumulados en las EEII reduciéndose así la Hipertensión Venosa, eslabón inicial de la UV<sup>28</sup>.

Además, es el tratamiento con mejor relación coste-eficacia al presentar importantes mejoras en la **calidad de vida**, disminución del dolor e incremento en la realización de las ABVD<sup>28, 29</sup>. Para el correcto manejo de la TC es

importante conocer la **Ley de Laplace**, indica que la máxima presión se concentrará en el tobillo y la mínima en la rodilla, es decir, a menor diámetro mayor presión, y así se consigue el ascenso de la sangre<sup>28</sup> (Anexo 16).

En este caso, al palpar los pulsos arteriales, realizar el ITB, e identificar otros factores sobre la tolerancia de la persona a la compresión (Anexo 17), se comprobó la no existencia de complicaciones y se logró aplicar de forma segura y eficaz el método compresivo<sup>28, 29</sup>.

Por todo ello, el sistema de compresión elegido, se determinó en función de la movilidad o no de la usuaria<sup>28</sup>. Al identificar su capacidad de movimiento intacta y realizar una vida sedentaria, acorde a su grado de IVC (CEAP – C6) se realizó, una compresión fuerte, siendo más eficaz que la de baja presión<sup>29</sup> con un **vendaje multicapa** como recomienda la CONUEI<sup>27</sup>. Estos vendajes ofrecen las ventajas de los dos sistemas: el elemento elástico aporta presión constante en reposo y ante cambios de diámetro de la extremidad; el elemento inelástico, presiones altas mientras se camina y presiones bajas en reposo<sup>28</sup>.

Se valoró la eficacia de la TC para aumentar las posibilidades de curación. Se ha relacionado un grado de mejoría de la UV al de cuatro semanas con la curación final de la misma. Por lo tanto, como indica la EWMA<sup>24</sup>: si tras ese periodo la lesión muestra mejoría y disminución de su tamaño, está recomendado seguir con la terapia inicial.

## **7) PREVENCIÓN Y CUIDADOS GENERALES**

---

Consiste en medidas encaminadas a minimizar la patología venosa y evitar recidivas en las UV al favorecer el retorno venoso y aplicar cuidados para mantener un buen estado físico de la persona<sup>6, 9, 30</sup>:

- **Hábitos dietéticos:** realizar dieta sana y equilibrada, rica en fibra para impedir sobrepeso y estreñimiento; prescindir el consumo de sustancias nocivas.
- **Medidas posturales:** realizar ejercicio físico y cambios posturales para eludir posiciones de sedentarismo y bipedestación de forma prolongada. Elevación de las piernas 15 – 20º mediante inclinación de la cama.
- **Cuidado de la piel:** usar medias de compresión adecuadas, hidratación de las piernas y uso de calzado ancho y tacón bajo, evadir exposición a fuentes de calor, ropa ajustada, golpes.

Y por supuesto, realizar revisiones periódicas en AP, seguir todas las indicaciones del sanitario y preguntar todas las dudas que le surjan a la persona.

## 8) RESULTADOS

---

A continuación, se presenta el Plan de cuidados realizado junto a la persona implicada para dar respuesta de forma priorizada a las necesidades alteradas, observadas a través del modelo de valoración de V. Henderson, con el desarrollo de intervenciones enfocadas al logro de objetivos a alcanzar, en la medida de lo posible.

Se decidió realizar un **Plan de Cuidados Individualizado** desde la modificación de uno **estandarizado** aprovechando las ventajas de este último y consiguiendo con el primero la individualización, para no solo responder a necesidades comunes de pacientes tipo sino también centrarse en las necesidades concretas de un persona, ya que como indicó V. Henderson cada individuo es un ser bio-psico-social único.

Entre las ventajas del plan estandarizado destacar que permiten aplicar cuidados de calidad de manera sistemática facilitando la toma de decisiones, mejorando el trabajo en equipo y reduciendo el tiempo de trabajo al ser una **protocolización** de los cuidados de enfermería que el profesional dispone de antemano, y sirve para atender a un grupo de personas en situaciones semejantes con unas mismas necesidades, por lo que facilitan y orientan el trabajo de enfermería.

Por eso las enfermeras tras la valoración del paciente, están en condiciones de tomar decisiones, ajustar los DxE, (pertinencia, relevancia y precisión), los resultados esperados y las intervenciones de forma que haya concordancia con las manifestaciones de las necesidades alteradas identificadas.

Las **Taxonomías NNN** mencionadas se encuentran **interrelacionadas**, estableciéndose vinculaciones entre diagnósticos NANDA I y resultados NOC que explican la relación entre el estado de la persona y aquellos aspectos del mismo que se esperan mejorar con intervenciones, NIC. La vinculación entre diagnósticos NANDA I e intervenciones NIC apuntan a las relaciones entre el problema y las acciones enfermeras que lo resuelven o minimizan.

En definitiva, las conexiones entre las 3 taxonomías permiten y facilitan a la enfermera una visión conjunta e integral de sus cuidados, y por tanto, la organización de todo el Plan de Atención de Enfermería en sus diferentes fases.

RESPIRAR NORMALMENTE	
<b>NANDA – I<sup>14</sup></b>	<b>Dominio 4: Actividad/Reposo.</b> Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
	<b>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.</b> Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.
	<b>Etiqueta Diagnóstica. Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)</b> ( <i>Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud</i> ).
<b>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c</b> alteración de las características de la piel, retraso en la curación de las heridas periféricas, edema <b>m/p</b> conocimientos deficientes sobre factores agravantes, conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad, estilo de vida sedentario.	
<b>NOC<sup>15</sup></b>	<b>Dominio II: Salud fisiológica.</b> Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
	<b>Clase E: Cardiovascular.</b> Resultados que detallan el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de un individuo.
	<b>Resultado Esperado. Perfusión tisular: periférica (0407)</b> ( <i>Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular</i> ).
<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>
<b>(040712)</b> Edema periférico. <b>(040744)</b> Debilidad muscular. <b>(040742)</b> Hormigueo. <b>(040745)</b> Calambres musculares. <b>(040743)</b> Palidez. <b>(040746)</b> Rotura de la piel.	<b>Desviación del rango normal:</b> (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderada, (4) Leve, (5) Sin desviación.
Puntuación Palidez 4, Rotura de la piel 2. El resto de indicadores Puntuación Global (PG) de 3.	
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Campo 2: Fisiológico: Complejo.</b> Cuidados que apoyan a la regulación homeostática.
	<b>Clase N: Control de la perfusión tisular.</b> Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
	<b>Intervención. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066)</b> ( <i>Fomento de la circulación venosa</i> ).

**Actividades:**

- ✓ Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color, temperatura).
- ✓ Realizar cuidados de la herida (concepto TIME) si es necesario. Observar el grado de incomodidad o dolor.
- ✓ Aplicar terapia de compresión, según sea conveniente y elevar la pierna afectada 15° o más por encima del nivel del corazón.
- ✓ Animar a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las EEII, mientras se esté en cama.

**ATENDER LA HIGIENE Y ASEO PERSONAL Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS**

<b>NANDA – I<sup>14</sup></b>	<b>Dominio 11: Seguridad/Protección.</b> Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
	<b>Clase 2: Lesión física.</b> Lesión o daño corporal.
	<b>Etiqueta Diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea (00046)</b> ( <i>Alteración de la epidermis y/o de la dermis</i> ).

**Deterioro de la integridad cutánea r/c** cambios en la pigmentación, deterioro de la circulación, extremos de edad **m/p** destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel.

<b>NOC<sup>15</sup></b>	<b>Dominio II: Salud fisiológica.</b> Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
	<b>Clase L: Integridad tisular.</b> Resultados sobre el estado y función de los tejidos corporales de un individuo.
	<b>Resultado Esperado. Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</b> ( <i>Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas</i> ).

Indicadores	Escala de medición
<b>(110101)</b> Temperatura piel. <b>(110105)</b> Pigmentación anormal. <b>(110102)</b> Sensibilidad. <b>(110115)</b> Lesiones cutáneas. <b>(110104)</b> Hidratación. <b>(110121)</b> Eritema. <b>(110111)</b> Perfusión tisular. <b>(110113)</b> Integridad de la piel.	<b>Comprometido:</b> (1) Gravemente, (2) Sustancialmente, (3) Moderadamente, (4) Levemente, (5) Nada.

Puntuación para Perfusión tisular es igual a 4. El resto tiene una PG de 3.

<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Campo 2: Fisiológico: Complejo.</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
	<b>Clase L: Control de la piel/heridas.</b> Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.
	<b>Intervención. Cuidados de las heridas (3660)</b> ( <i>Prevención de las complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas</i> ).
<b>Actividades:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede. Reforzar el apósito si es necesario.</li> <li>✓ Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario.</li> <li>✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.</li> </ul>	
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Intervención → Vigilancia de la piel (3590)</b> ( <i>Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas</i> ).
<b>Actividades:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades y si la ropa queda ajustada.</li> <li>✓ Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.</li> </ul>	
<b>BEBER Y COMER ADECUADAMENTE</b>	
<b>NANDA – I<sup>14</sup></b>	<b>Dominio 2: Nutrición.</b> Actividades de ingerir, asimilar, metabolizar nutrientes para mantener y reparar tejidos y producir energía.
	<b>Clase 1: Ingestión.</b> Aportar alimentos o nutrientes al organismo.
	<b>Etiqueta diagnóstica. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)</b> ( <i>Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas</i> ).

<b>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c</b> aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico) <b>m/p</b> comer en respuesta a claves externas (situación social), estilo de vida sedentario, peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.	
<b>NOC<sup>15</sup></b>	<b>Dominio II: Salud fisiológica.</b> Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
	<b>Clase K: Digestión y Nutrición.</b> Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de un individuo.
	<b>Resultado Esperado. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)</b> ( <i>Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas</i> ).
<b>Indicadores</b>	
<b>Escala de medición</b>	
<b>(100801)</b> Ingestión alimentaria oral.	
<b>Adecuado:</b> (1) No, (2) Ligeramente (3) Moderadamente, (4) Sustancialmente, (5) Completamente.	
Puntuación del indicador 2.	
<b>NOC<sup>15</sup></b>	<b>Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009)</b> ( <i>Ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas</i> ).
<b>Indicadores</b>	
<b>Escala de medición</b>	
<b>(100901)</b> Ingestión calórica. <b>(100903)</b> Ingestión de grasas. <b>(100902)</b> Ingestión proteica. <b>(100904)</b> Ingestión de hidratos de carbono.	
<b>Adecuado:</b> (1) No, (2) Ligeramente (3) Moderadamente, (4) Sustancialmente, (5) Completamente.	
PG de cada indicador es equivalente a 3.	
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Campo 1: Fisiológico: Básico.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
	<b>Clase D: Apoyo nutricional.</b> Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.
	<b>Intervención. Asesoramiento nutricional (5246)</b> ( <i>Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta</i> ).

**Actividades:**

- ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- ✓ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente.
- ✓ Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.
- ✓ Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.
- ✓ Determinar las preferencias de comida de la clienta y realizar una selección de comidas ajustando la dieta a su estilo de vida.
- ✓ Pesarse a la usuaria a intervalos y proporcionar información acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

**VIVIR DE ACUERDO A SUS VALORES Y CREENCIAS**

<b>NANDA – I<sup>14</sup></b>	<b>Dominio 12: Confort.</b> Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
	<b>Clase 1: Confort físico.</b> Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor.
	<b>Clase 2: Confort del entorno.</b> Sensación de bienestar o comodidad en el propio medio.
	<b>Clase 3: Confort social.</b> Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.
<b>Etiqueta diagnóstica → Disconfort</b> ( <i>Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social</i> ).	

**Disconfort r/c** síntomas relacionados con la enfermedad, falta de control de la situación, **expresa** su incapacidad para relajarse, sentirse incomoda, falta de satisfacción con la situación, inquietud, suspiros.

<b>NOC<sup>15</sup></b>	<b>Dominio III: Salud psicosocial.</b> Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.
	<b>Clase M: Bienestar psicológico.</b> Resultados que detallan la salud emocional de un individuo.
	<b>Resultado Esperado. Nivel de estrés (1212)</b> ( <i>Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente</i> ).

<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>(121202)</b> Aumento de la frecuencia respiratoria. <b>(121205)</b> Aumento de la tensión muscular en el cuello, los hombros y/o la espalda. <b>(121211)</b> Cambio en la ingesta de alimentos. <b>(121213)</b> Inquietud.	<b>Comprometido:</b> (1) Gravemente, (2) Sustancialmente, (3) Moderadamente, (4) Levemente, (5) Nada.



PG de cada indicador igual a 3.	
<b>NOC<sup>15</sup></b>	<b>Dominio V: Salud percibida.</b> Resultados sobre impresiones acerca de la salud y asistencia sanitaria del individuo.
	<b>Clase U: Salud y calidad de vida.</b> Resultados que representan el estado de salud percibido de un individuo y las circunstancias de vida relacionadas con ella.
	<b>Resultado Esperado. Estado de comodidad (2008)</b> ( <i>Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo</i> ).
<b>Indicadores</b>	
<b>Escala de medición</b>	
<b>(200801)</b> Bienestar físico. <b>(200802)</b> Control de síntomas. <b>(200803)</b> Bienestar psicológico. <b>(200806)</b> Apoyo social de familia. <b>(200811)</b> Cuidados compatibles con las necesidades. <b>(200812)</b> Capacidad de comunicar las necesidades.	
<b>Comprometido:</b> (1) Gravemente, (2) Sustancialmente, (3) Moderadamente, (4) Levemente, (5) Nada.	
PG de cada indicador igual a 3.	
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Campo 3: Conductual.</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan cambios de estilo de vida.
	<b>Clase T: Fomento de la comodidad psicológica.</b> Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.
	<b>Intervención. Técnica de relajación simple (6040)</b> ( <i>Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad</i> ).
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.</li> <li>✓ Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</li> <li>✓ Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.</li> <li>✓ Fomentar repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada y evaluar, registrar la respuesta a la terapia de relajación.</li> </ul>	
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Intervención. Fomento del ejercicio (0200)</b> ( <i>Facilita regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud</i> ).

<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar las ideas sobre el efecto del ejercicio físico en la salud y determinar la motivación para empezar/continuar con el programa de ejercicios así como explorar las barreras para el ejercicio.</li> <li>✓ Incluir a la familia de la paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</li> <li>✓ Instruir sobre frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios y proporcionar respuesta positiva a los esfuerzos.</li> </ul>	
<b>CP: Infección secundaria a rotura de la piel.</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La enfermera promoverá la seguridad y prevención de la infección.</li> <li>✓ Mantendrá ausencia de signos y síntomas de infección durante todo el proceso.</li> <li>✓ Será capaz de identificar acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.</li> </ul>
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Campo 4: Seguridad.</b> Cuidados que apoyan la protección contra peligros.
	<b>Clase V: Control de riesgos.</b> Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.
	<b>Intervención. Control de infecciones (6540)</b> (Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos).
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes y usar guantes estériles.</li> <li>✓ Poner en prácticas protecciones universales. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</li> </ul>	
<b>NIC<sup>16</sup></b>	<b>Intervención. Protección contra las infecciones (6550)</b> (Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo).
<b>Actividades:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>✓ Aplicación de tratamientos prescritos por el médico.</li> <li>✓ Medidas de control y vigilancia del estado de la herida.</li> <li>✓ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.</li> <li>✓ Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.</li> </ul>	

## 8) DISCUSIÓN

---

En cuanto a las dificultades surgidas, en relación al diagnóstico enfermero “Deterioro de la integridad cutánea” es desaconsejado por MT. Luis Rodrigo, al ser lesiones que tardan en cicatrizar y precisan tratamiento en colaboración. No obstante, se aborda como DxE al tener la enfermera de AP autonomía para aplicar de forma independiente, los cuidados para UV sin complicaciones.

También se abordó la alteración de la necesidad de “Beber y Comer adecuadamente” dentro del plan, al presentar obesidad siendo fundamental tratarla, al aumentar el riesgo de Hipertensión Venosa y aparición de UV. Además, un buen estado nutricional facilita la cicatrización de las heridas, mantiene la eficacia del sistema inmunitario y disminuye el riesgo de infección<sup>9</sup>.

Por otro lado, se enuncia un problema como Complicación Potencial. Consciente de que enfermeras con gran experiencia clínica y metodológica debaten sobre la posibilidad de ser tratadas como diagnóstico de riesgo. Si esto fuera así, la enfermera tomará decisiones para aplicar tratamientos de forma independiente, a estos problemas, frente a intervenciones de colaboración de mantenerse las complicaciones potenciales.

Sobre los cuidados de las UV, destacar la necesidad de consensuar medidas de acción, apoyándose en el equipo y la planificación de estrategias enfocadas a la calidad de vida de la persona, que garanticen la continuidad de cuidados.

En lo referente al PAE, indicar la ayuda para la organización del trabajo de enfermería al determinar su rol independiente y colaborativo. También logra una mayor relación enfermera – paciente con oportunidad de dialogo para establecer diagnósticos precisos y pertinentes, y así crear un plan de cuidados individualizado en cuya planificación y ejecución, la propia persona puede formar parte. Por último, proporciona la oportunidad de evaluar todo el proceso de cuidados y remodelarlo en función de los resultados obtenidos.

No obstante, la realidad respecto al uso del PAE es bien distinta, consecuencia de la actual sobrecarga de trabajo que hacen frente las enfermeras, percibiéndose el PAE como una desventaja, al no disponer en muchas ocasiones del tiempo suficiente para llevarlo a cabo, actualizarlo o registrar todo como se debiera.

## 9) CONCLUSIONES

---

Realizar este trabajo ha permitido ampliar los conocimientos sobre la disciplina enfermera, además de lograr niveles de competencia técnica e interpersonal mayor que al inicio, mediante la aplicación de metodología, lenguajes y modelos de enfermería. De tal modo, se han adquirido las competencias generales asociadas a la titulación de Grado de Enfermería, a través de la búsqueda, organización e interpretación de datos relevantes para la emisión de juicios que incluyan la reflexión mediante el pensamiento lógico, crítico y reflexivo dirigido a elaborar planes de cuidados que mejoren la calidad de vida de las personas.

Por otro lado, se profundiza en el tema de las UV y sus cuidados. Se constata la importancia de identificar el tipo de úlcera ya que cada una de ellas precisa de unos cuidados diferentes, así como la necesidad de la comunicación y colaboración con el resto del equipo que disminuya la variabilidad de los tratamientos, estimulando la participación activa de la persona en sus propios cuidados, para conseguir un plan de atención adecuado y eficiente.

Es relevante, entender al ser humano como parte integrante de una sociedad que demanda cuidados profesionales en respuesta a sus necesidades, pero estos irán dirigidos hacia la persona en particular ya que puede tener problemas similares pero, ante ellos, actitudes y respuestas diferentes. Utilizar en la práctica metodologías enfermeras y transferir a ella modelos de enfermería, facilita considerar a la persona como un todo y ayudarle a conservar su independencia.

Se recomienda para proporcionar cuidados de la persona con UV, la utilización por parte del profesional del pensamiento crítico y realizar su práctica considerando las evidencias, ante el amplio abordaje terapéutico que existe de la UV, siendo imprescindible individualizar los cuidados a través de la modificación del plan de cuidados estandarizado. De esta forma, estos pueden evaluarse permitiendo comprobar el logro de los resultados obtenidos mejorando intervenciones, introduciendo nuevas y potenciando la continuidad de cuidados.

Por último, recordar que el ser humano necesita: de cuidados físicos, psíquicos, espirituales y sociales, además de tratar de encontrar una respuesta a quién es y por qué vive; y el profesional de enfermería, como parte importante en el desarrollo de su ciclo vital (niñez–vejez), es quien proporcionará a través de: la promoción, prevención, asistencia y cuidados, el bienestar e independencia.

# **BIBLIOGRAFÍA**

1. Henderson V. La naturaleza de la Enfermería: Reflexiones después de 25 años. Madrid (España): McGraw Hill; 1994.
2. Luis Rodrigo M.T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona (España): Masson; 2005.
3. Benavent Garcés M.A, Ferre Ferrandis E, Francisco Rey C. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Madrid (España): DAE; 2009.
4. Boletín Oficial del País Vasco (BOPV). Departamento de sanidad y consumo. jueves 29 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/bopv2/datos/2012/03/1201512a.pdf>
5. Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saíz B, Gómez España M.V, et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. 1ª ed. Cantabria (España): Servicio Cántabro de Salud; Enero 2011.
6. Sánchez Lorente Mª.M, Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz Mallebrera A, et al. Guía de práctica clínica de enfermería: Prevención y tratamiento de heridas crónicas. Disponible en: <http://ns5.argo.es/docs/dac/dacheridas.pdf>
7. Verdú J, Marine-lo J, Armans E, Carreño P, March J, Martin V, et al. Conferencia Nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. (C.O.N.U.E.I) Documento de consenso. España: EdikaMed, SL; 2009. Disponible en: [http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/8\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/8_pdf.pdf)
8. ÚLCERAS.NET [Internet] Sevilla; 2001 [actualizado 16 Enero 2014; consultado el 30 Noviembre 2013]. Disponible en: [www.ulceras.net](http://www.ulceras.net)
9. Blanco J. Úlceras de etiología venosa. Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria; 2013.
10. García Fernández F.P, López Casanova P, Segovia Gómez T, Soldevilla Agreda J.J, Verdú Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 1ª ed. Logroño (España): GNEAUPP;

Noviembre 2012. Disponible en:  
[http://www.gneaupp.es/APP/adm/documentos-guias/archivos/92\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/APP/adm/documentos-guias/archivos/92_pdf.pdf)

11. López de Castro C, Herrero Callejo S, De diego García S, López Nogales T, Rojas Mula J, López Fernández-Quesada T. Guía para la atención integral del paciente con heridas crónicas y úlceras por presión. Gerencia de Atención Primaria. Segovia (España); Abril 2008.
12. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. Planes de cuidados de enfermería en atención primaria: Guías para la práctica en adultos. 1ª ed. Vitoria – Álava (España); Septiembre 2005.
13. Alba Rosales M.A, Bellido Vallejo J.C, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo M.D, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Colegio Oficial de Enfermería de Jaén (España); 2010. Disponible en: [www.enfermeriajaen.com](http://www.enfermeriajaen.com)
14. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2012 - 2014). 1ª ed. Barcelona (España): Elsevier; 2013.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona (España): Elsevier Mosby; 2009.
16. Bulechek G.M, Butcher K.H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona (España): Elsevier Mosby; 2009.
17. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC - NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos. Barcelona. Elsevier – Mosby; 2012.
18. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2013.
19. NNNConsult (NANDA. NOC. NIC) [Internet]. Elsevier ESPAÑA, S. L; 2013. [consultado 18 enero 2014] Disponible en: [www.nnnconsult.com](http://www.nnnconsult.com)
20. Bellmunt Montoya S, Díaz Sánchez S, Sánchez Neváreze I, Fuentes Camps E, Fernández Quesada F, Piquer Farrés N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC - SEACV. España: Elsevier, S.L; 2012.
21. Documento de apoyo: Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. [actualizado 14 Marzo

2013; consultado 8 Enero 2014]. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/>

22. Trigás Ferrín M, Ferreira González L, Meijide Míguez H. Escalas de valoración funcional del anciano. *Sociedade Galela de Medicina Intema; Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-16.
23. Allué Gracia M.A. Ballabriga Escuer M.S. Clerencia Sierra. M. Gállego Domeque. I. García Espot A. Moya Porté. M.T; *Heridas crónicas: Un abordaje integral*; Colegio Oficial de Enfermería de Huesca (España); 2012.
24. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Preparación lecho de la herida en la práctica. Londres: MEP Ltd; 2004.
25. Revista Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. Actualización de la medición del índice tobillo-brazo mediante doppler para el diagnóstico de arteriopatía periférica. SEAPA [Internet]. [Publicada el 15 de enero 2012; Consultada el 6 de enero de 2014]. Disponible en:  
<http://www.seapaonline.org/>
26. Marriner Tomey A, Reile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España: Elsevier S.L; 2011.
27. Alfaro Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería. 4ª Ed. Madrid: Elsevier - Masson; 2009.
28. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Comprendiendo la Terapia Compresiva. Londres: MEDICAL EDUCATION PARTNERSHIP LTD; 2003.
29. Compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Londres (Reino Unido): Medical Education Partnership (MEP); 2008.
30. Burgos Sánchez J, González Jiménez F, Maroto Morillas V, Rodríguez Juárez ME, Soto García J, Orihuela Pérez I. Protocolo de cuidados de úlceras venosas. Hospital Universitario San Cecilio: Servicio Andaluz de Salud – Consejería de salud; 2012.

# ANEXOS

## ANEXO 1

RETORNO VENOSO	
<b>MECANISMOS FAVORECEDORES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>Vis a tergo:</b> presión residual que pasa de la arteria a la vena por medio de los capilares.</li><li>b) <b>Aspiración de la diástole cardíaca:</b> en la relajación del miocardio, se produce una diferencia de presión favoreciendo el retorno venoso.</li><li>c) <b>Vis a fronte:</b> en la inspiración se produce una diferencia de presión que favorece el paso de sangre desde la vena cava inferior al corazón.</li><li>d) <b>Suficiencia valvular:</b> permite el normal ascenso de la sangre.</li><li>e) <b>Bomba veno-músculo-articular:</b> la acción coordinada de estos dos sistemas es principal fuente que obliga a la sangre a seguir un trayecto ascendente.</li><li>f) <b>Corazón periférico (Barrow):</b> durante el ejercicio principal mecanismo de retorno venoso. Actúa por drenaje de los vasos venosos musculares, aumentando la circulación de retorno.</li><li>g) <b>Suela venosa (Lejars):</b> su compresión favorece el retorno venoso.</li></ul>
<b>MECANISMOS NO FAVORECEDORES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>Fuerza de gravedad:</b> es ejercida sobre la columna líquida de sangre.</li><li>b) <b>Aumento presión torácica:</b> a partir de patologías que la ocasionan (asma) y fisiológicamente, durante la espiración.</li><li>c) <b>Aumento presión abdominal:</b> embarazo y estreñimiento.</li><li>d) <b>Insuficiencia valvular venosa.</b></li></ul>

Tabla 1. Mecanismos que intervienen en el retorno venoso, extraído de Catania P. Biofísica de la circulación sanguínea; 2012. Modificada.



## ANEXO 2



Figura 1. Pirámide de Miller, extraída de Martínez Carretero J.M. Los métodos de evaluación de la competencia profesional. Scielo; 2005. Adaptada.

## ANEXO 3

<b>CONOCIMIENTOS</b>	Especifica si la persona muestra conocimientos suficientes para paliar, reducir, controlar, modificar o eliminar el factor que condiciona el no cumplimiento de una necesidad.
<b>FUERZA FÍSICA/PSÍQUICA</b>	Describe si la persona demuestra la habilidad psicomotriz o intelectual para llevar a cabo las medidas que le permiten paliar, reducir, controlar, modificar o eliminar el factor que condiciona el no cumplimiento de una necesidad.
<b>VOLUNTAD</b>	Define si la persona manifiesta compromiso y motivación para llevar a cabo las medidas modificadoras que condicionan el no cumplimiento de una necesidad.

Tabla 2. Fuentes de dificultad de Virginia Henderson<sup>2</sup>.

## ANEXO 4

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA	
<b>SÍNTOMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensación de pesadez y cansancio en EEII.</li> <li>○ Prurito.</li> <li>○ Calambres.</li> <li>○ Edema.</li> </ul>
<b>SIGNOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hiperpigmentación cutánea.</li> <li>○ Edema.</li> <li>○ Varices.</li> <li>○ Telangiectasias.</li> <li>○ Trastornos cutáneos (lipodermatoesclerosis, eczema, atrofia blanca).</li> <li>○ Úlceras venosas.</li> </ul>

Tabla 3. Signos y Síntomas de la IVC, extraído del Documento de consenso semFYC-SEACV<sup>20</sup>. España: Elsevier, S.L; 2012.

## ANEXO 5

FACTORES DE RIESGO	
MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vida sedentaria.</li> <li>○ Obesidad.</li> <li>○ Ortostatismo prolongado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad avanzada.</li> <li>○ Historia familiar de patología. Venosa/problemas de coagulación.</li> <li>○ Multípara.</li> <li>○ Sexo Femenino.</li> </ul>

Tabla 4. Factores de riesgo de la IVC, extraído del Documento de consenso semFYC-SEACV<sup>20</sup>. España: Elsevier, S.L; 2012.

## ANEXO 6

### AUTONOMÍA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – BARTHEL<sup>21</sup>



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

#### AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

**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

#### Comer

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	Necesita 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

#### Lavarse – bañarse –

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

#### Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

#### Arreglarse

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

#### Deposición

10	Contínente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

#### Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Contínente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

#### Ir al 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	Necesita 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

#### Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo 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 persona. 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 ponérselo y quitársela sólo
10	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 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

#### Subir y bajar 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	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

## CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL<sup>21</sup>



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### -CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

Población mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**

AFIRMACIÓN		
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	SI	NO
Tomo menos de dos comidas al día	SI	NO
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	SI	NO
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	SI	NO
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	SI	NO
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	SI	NO
Como sólo la mayoría de las veces	SI	NO
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	SI	NO
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	SI	NO
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	SI	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

### Instrucciones para el profesional:

**Población diana:** Población mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**, que consta de 10 ítems con respuesta dicotómica. Presenta dos puntos de corte. Cada ítem puntúa conforme a su peso:

PUNTUACIÓN SEGÚN RESPUESTA	Si	No
	He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como sólo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

Su interpretación se hace conforme a los puntos de corte:

- 0 a 2: Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5: Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses
- 6 o más: Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

## CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO - TEST DE PFEIFFER<sup>21</sup>



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## APOYO SOCIAL PERCIBIDO: DUKE – UNC<sup>21</sup>



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### CUESTIONARIO DUKE-UNC -

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<b>Instrucciones para el paciente:</b> 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					



## ANEXO 7



Figura 2. Esquema de evaluación de las necesidades según capacidad de realización, tomada del Colegio Oficial de Enfermería de Jaén<sup>13</sup>; 2010. Adaptada.

## ANEXO 8

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON - LAS 14 NECESIDADES	
1) RESPIRAR NORMALMENTE	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Fumadora? No.</li> <li>• Constantes vitales: FC: 67 pulsaciones, FR: normal, SpO<sub>2</sub>: 95%, T/A: 120/82 mmHg.</li> <li>• Tipo de respiración: Normal.</li> <li>• ¿Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración?: No.</li> <li>• ¿Presencia de Tos o Secreciones?: No.</li> <li>• Pulso pedio derecho e izquierdo: presentes.</li> <li>• ITB: normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusión de tegumentos: inadecuada por IVC.</li> <li>• Coloración piel: hiperpigmentación cutánea en EEII.</li> </ul>
<p>La usuaria presentaba una alteración en esta necesidad como consecuencia de la inadecuada perfusión de los tegumentos debido a la IVC. Además, se observó un cambio en la coloración de la piel (hiperpigmentación cutánea) en ambas EEII producida por la patología venosa. Se identificó la <b>Fuente Dificultad (F.D): fuerza física</b> a causa de dicha alteración.</p>	
2) COMER Y BEBER ADECUADAMENTE	
ÍNDICE DE BARTHEL – AUTONOMÍA ABVD / CUESTIONARIO – “CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL”	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso: 72.300 Kg.</li> <li>• Talla: 141cm.</li> <li>• ¿Necesidad de ayuda para alimentarse?: No.</li> <li>• ¿Dificultad masticación/deglución?: No.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC: 36,3663 (Obesidad Moderada).</li> <li>• Aporte de alimentos: inadecuado cuantitativamente.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dificultad en la digestión?: No.</li> <li>• Aporte de líquidos: Adecuado.</li> </ul>	
<p>El IMC: 36,3663, reflejó una Obesidad Moderada; con el objetivo de valorar el estado nutricional se realizó el cuestionario “Conozca su salud nutricional”. Se obtuvo una puntuación de 8: (Riesgo nutricional alto), por lo que se atendió dicha necesidad.</p> <p>Se identificó la <b>F.D: fuerza de voluntad</b>, al referirse la usuaria de este modo: <i>“reconozco abusar de la comida y no seguir las dietas que me manda el nutricionista por falta de motivación”</i>.</p>	
<b>3) ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES - ÍNDICE DE BARTHEL – AUTONOMÍA ABVD</b>	
<b>MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA</b>	<b>MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA</b>
<p><b>Eliminación fecal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Frecuencia de eliminación fecal?: 7 veces/semana.</li> <li>• ¿Características de las heces?: Normal.</li> <li>• ¿Control de esfínter anal?: Sí.</li> <li>• ¿Se han producido cambios en los hábitos intestinales?: No.</li> <li>• ¿Molestia/Dificultad al defecar?: No.</li> <li>• ¿Utiliza algún medio para favorecer la defecación? (Ej: laxantes): No.</li> </ul> <p><b>Eliminación urinaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Frecuencia de eliminación diaria? 5 veces/día.</li> <li>• ¿Características de la orina?: Normal.</li> <li>• Control del esfínter uretral: Sí.</li> <li>• ¿Molestias/Dificultades al orinar?: No.</li> <li>• ¿Menopausia?: Si</li> </ul>	<p>-----</p>
<b>4) MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS - ÍNDICE DE BARTHEL – AUTONOMÍA ABVD</b>	



MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Situación habitual?: Sedentarismo.</li> <li>• ¿Nivel funcional para la actividad/movilidad?: Completamente independiente.</li> <li>• ¿Ejercicio físico habitual?: Pasea ocasionalmente.</li> <li>• ¿Postura que adopta habitualmente?: Sentado.</li> <li>• ¿Equilibrio?: Si.</li> </ul>	-----
<b>5) DORMIR Y DESCANSAR</b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Horas de sueño al día?: 7 horas.</li> <li>• ¿Patrón habitual de sueño?: duerme toda la noche excepto por varios episodios en los que se despierta; por el día realiza siestas cortas.</li> <li>• ¿Nivel de energía durante el día para las ABVD?: Bajo.</li> <li>• ¿Recursos para inducir/facilitar el sueño?: Medicación.</li> <li>• Calidad de sueño recibida: buena (con medicación).</li> </ul>	-----
<b>6) ESCOGER ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE - ÍNDICE DE BARTHEL – AUTONOMÍA ABVD</b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ropa/calzado adecuado?: calzado apretado y medias ajustadas (no recomendables).</li> <li>• ¿Acto de vestirse?: Correcto (con lentitud).</li> <li>• Grado autonomía para vestirse: 0 – Autónomo.</li> </ul>	-----
<b>7) MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES</b>	

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tª corporal: Normal.</li> <li>• ¿Sensación térmica habitual?: Normal.</li> <li>• ¿Sensación de escalofríos?: No.</li> <li>• ¿Presencia de Sudoración excesiva?: No.</li> <li>• ¿Adaptación a los cambios térmicos?: Adecuada.</li> </ul>	-----
<b>8) MANTENER LA HIGIENE Y ASEO PERSONAL Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS - ESQUEMA TIME</b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Higiene personal? Corporal, bucal, cabello, uñas: Normal.</li> <li>• ¿Estado de piel y mucosas?: Normal excepto EEII.</li> <li>• Grado de autonomía para asearse: 0 – Autónomo.</li> <li>• Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa: Normal, sin ayuda</li> <li>• Valoración de pies: Normal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La paciente refiere <i>“no encontrarse cómoda con su aseo personal en las EEII por culpa de los vendajes”</i>.</li> <li>• Alteraciones o lesiones de la piel: SI.</li> <li>• Esquema TIME: se observaron úlceras activas en ambas EEII.</li> </ul>
<p>La higiene corporal parece correcta, no obstante, la paciente expresó <i>“no estar satisfecha con su higiene personal en las piernas por culpa de los vendajes”</i>. En la exploración física se observó una alteración de la piel en EEII con úlceras y trastornos cutáneos. Se investigó su origen y se llegó a la conclusión de tratarse de úlceras venosas. A través del esquema TIME se examinaron localmente las lesiones.</p> <p>Se identificó la <b>F.D: Fuerza física</b>, al estar dicha necesidad alterada consecuencia de lesiones cutáneas con pérdida de integridad de la piel.</p>	
<b>9) EVITAR PELIGROS AMBIENTALES</b>	
CRIBADO ANSIEDAD DEPRESIÓN – ESCALA DE GOLDBERG / CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -- TEST DE PFEIFFER	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Estado de ánimo?: Preocupación.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conductas de riesgo?: No.</li> <li>• ¿Percepción de sí mismo y de la situación actual? Refiere “sentirse intranquila y preocupada por no avanzar en la curación de sus piernas”.</li> <li>• Proceso duelo: por fallecimiento de cónyuge (Aceptación).</li> </ul> <p><b>Escala de Goldberg:</b> se realizó para valorar en qué medida había podido afectar las UV a la esfera emocional/psicológica de la clienta. Se obtuvo en la Subescala Ansiedad una puntuación total: 1, y para la Subescala Depresión una puntuación total: 1. Al ser la puntuación ≤ 6 se descartó un estado de Ansiedad/Depresión.</p> <p><b>Test de Pfeiffer:</b> se realizó con el objetivo de determinar un posible deterioro cognitivo que pudiera alterar esta necesidad. La usuaria realizó el test correctamente sin ningún error por lo que en un principio se descartó un deterioro cognitivo.</p>	<p>-----</p>
<b>10) COMUNICARSE CON LOS DEMÁS - CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -- TEST DE PFEIFFER</b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad visual, auditiva, verbal, memoria, orientación, comprensión y juicio aparentemente normales.</li> <li>• Coherencia verbal / no verbal: Sí.</li> <li>• Estructura y dinámica familiar: viuda, vive sola y tiene 6 hijos que van a visitarla.</li> </ul>	<p>-----</p>
<b>11) VIVIR DE ACUERDO CON SUS VALORES Y CREENCIAS<sup>xix</sup></b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

<sup>xix</sup> Al ser una necesidad que valora aspectos íntimos y profundos de la persona su valoración se desarrolló después de que existiera cierto grado de relación interpersonal.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerarquía de valores: familia y salud. <i>“Dice ser un persona muy familiar”</i>.</li> <li>• Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida: No religiosa.</li> <li>• Actitud ante la muerte: aceptación como proceso que forma parte de la vida: <i>“algún día nos tenemos que morir”</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción actual de su situación de salud y bienestar: refiere: <i>“disminución de su salud por exceso de peso y presencia de heridas en sus piernas”</i>.</li> <li>• <i>“Refiere sentirse intranquila y preocupada por su salud ya que las piernas no tienen buen estado, siente pérdida de fuerza en ellas y ve como no puede hacer todo lo que le gustaría con su familia”</i>.</li> </ul>
---	---

Se determinó la alteración de esta necesidad al comentar la usuaria sobre la percepción actual de su situación de salud y bienestar una *“disminución de la salud por el exceso de peso y presencia de heridas en ambas piernas”*. Además, también expresó: *“sentirse intranquila y preocupada por su salud ya que sus piernas no tienen buen estado, siente pérdida de fuerza en ellas y ve como no puede hacer todo lo que le gustaría con su familia”*. Se identificó la **F.D: Fuerza física**, ya que la persona por sus condiciones físicas no es capaz de hacer todo lo que hacía antes entrando en conflicto con su jerarquía de valores refiriendo ser: *“la familia y la buena salud”*.

**12) OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**  
**CUESTIONARIO DUKE-UNC – APOYO SOCIAL PERCIBIDO**

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual?: jubilada, con grupo de amigas habitual y buen núcleo familiar, no obstante refiere: <i>“estar preocupada, no querer hacer viajes del imsero con sus amigas por el problema en sus piernas”</i>.</li> <li>• ¿Deseo de realización y superación?: ya ha cumplido todas sus metas en la vida.</li> <li>• Sensación de utilidad: Si, se ocupa de sus nietos.</li> <li>• ¿Actividades que le gusta realizar?: ganchillo, viajar con las amigas y hacer planes con la familia.</li> <li>• Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales: Si, refiere: <i>“notar cansancio en sus piernas, ve que sus heridas no avanzan y lleva mucho tiempo con ellas”</i>.</li> <li>• ¿Sensación habitual de estrés?: No.</li> </ul>	<p>-----</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Participación en la toma de decisiones que le afectan?: Si.</li> <li>• ¿Conocimiento de los recursos disponibles?: Si.</li> </ul> <p><b>Cuestionario DUKE- UNC:</b> se realizó con el fin de valorar el apoyo social percibido por la usuaria, obteniendo una puntuación de 38 puntos, por lo que se concluyó que la paciente percibía un apoyo social normal.</p>	
<b>13) PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actividades recreativas que realiza habitualmente?: Ganchillo, viajar, planes con la familia, televisión, etc.</li> <li>• ¿Número de horas que le dedica a la semana?: Varias horas todos los días.</li> <li>• ¿Se aburre?: A veces.</li> </ul>	-----
<b>14) APRENDER, DESCUBRIR NUEVAS FORMAS DE VIVIR - CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -- TEST DE PFEIFFER</b>	
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Circunstancias que influyen en el aprendizaje?: No hay obstáculos que dificulten el aprendizaje.</li> <li>• ¿Grado de conocimiento de su actual estado de salud?: bueno, sigue más o menos las indicaciones, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento), etc.</li> <li>• ¿Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas?: Si.</li> </ul>	-----

**Tabla 5. Valoración de las 14 necesidades realizada para la usuaria de este caso práctico simulado**<sup>12, 13, 21, 22.</sup>

## ANEXO 9

Grados del epígrafe « C » de la Clasificación CEAP	
Grado C – 0	Ausencia de signos clínicos de IVC.
Grado C – 1	Telangiectasias o Venas reticulares.
Grado C – 2	Varices tronculares.
Grado C – 3	Edema.
Grado C – 4	Alteraciones cutáneas propias de la IVC (pigmentación, lipodermatoesclerosis, eczema).
Grado C – 5	Grado «C 4» + antecedente de úlcera cicatrizada.
Grado C – 6	Grado «C 4» + úlcera activa.

Tabla 6. Clasificación CEAP según los grados clínicos de la IVC, extraído de la CONUEI<sup>7</sup>. Adaptada.

## ANEXO 10

### ÍNDICE TOBILLO – BRAZO (Índice de Yao)

#### Prueba diagnóstica no invasiva de la Arteriopatía Periférica (AP)

Nivel de sensibilidad y especificidad muy altas (95% y 99% respectivamente)

Se basa en que en una circulación normal, la presión arterial sistólica (PAS) en los tobillos es igual o discretamente superior a la PAS de la arteria braquial, por lo que su división será igual o algo superior a 1. (Imagen 1).

$$ITB = \frac{PAS \text{ tobillo}}{PAS \text{ braquial}} \geq 1$$

Imagen 1. Fórmula ITB

#### MATERIAL

- Camilla.
- Doppler continuo portátil con sonda 5 – 10 MHz
- (lo mejor: 8MHz) (Imagen 2).
- Esfigmomanómetro convencional con manguito de presión.
- Gel conductor de ultrasonidos.



Imagen 2. Doppler portátil

#### PROCEDIMIENTO

La técnica se realiza en poco tiempo (20 – 30 minutos). La consulta ha de estar tranquila y con Tª agradable, el paciente ha de guardar reposo durante los 5 – 10 minutos antes.

1. Explicar la técnica al paciente y después colocarlo en decúbito supino.
2. La sonda del doppler se posicionará en ángulo 45 – 90º respecto a la superficie de la piel y en sentido contrario al flujo sanguíneo (arterial).
3. La técnica de medición será la siguiente:
  - El brazalete se insufla 20 mmHg por encima de la desaparición del latido arterial y se deshincha lentamente (2 mmHg/segundo). Se toma el valor de PAS en el momento en que reaparezca el latido.
4. Se determina la PAS braquial en ambos brazos y se toma como referencia la de mayor valor (Imagen 3).
5. A continuación, se determina la PAS pedía y tibial posterior de una de las dos EEII y se toma como medida la mayor de las dos. Se repite esta operación en la otra EEII (Imagen 4).

El manguito de presión ha de colocarse en posición supramaleolar, con las gomas en dirección proximal. El pulso tibial posterior se localiza entre el maléolo interno y el calcáneo, y el pedio por fuera del tendón extensor del primer dedo. (Imagen 5 y 6).
6. Cada uno de los valores de presión obtenidos en las EEII se divide por la PAS braquial, obteniéndose 2 valores (uno por cada pierna) (Imagen 1).



Imagen 3. Medición ITB en EESS



Imagen 4. Medición ITB en EEII



Imagen 5. Palpación pulso tibial posterior



Imagen 6. Palpación pulso pedio

**Tabla 7. Técnica e Imágenes del ITB, extraídas de la revista SEAPA<sup>25</sup> y de Blanco J<sup>9</sup>. Adaptada.**

## ANEXO 11

Significación clínica del Índice Tobillo Brazo (ITB)	
Valor ITB	Significación Clínica
$\geq 1$	Normal
$< 0,9$	Insuficiencia Arterial Leve (Isquemia moderada)
$< 0,5$	Insuficiencia Arterial Grave (Isquemia crítica)
$>1,3$	Arterias Calcificadas con resultados falsamente elevados (Ej: DM; IRC)

Tabla 8. Significado clínico del ITB, extraído de la revista SEAPA<sup>24</sup>. Adaptada.



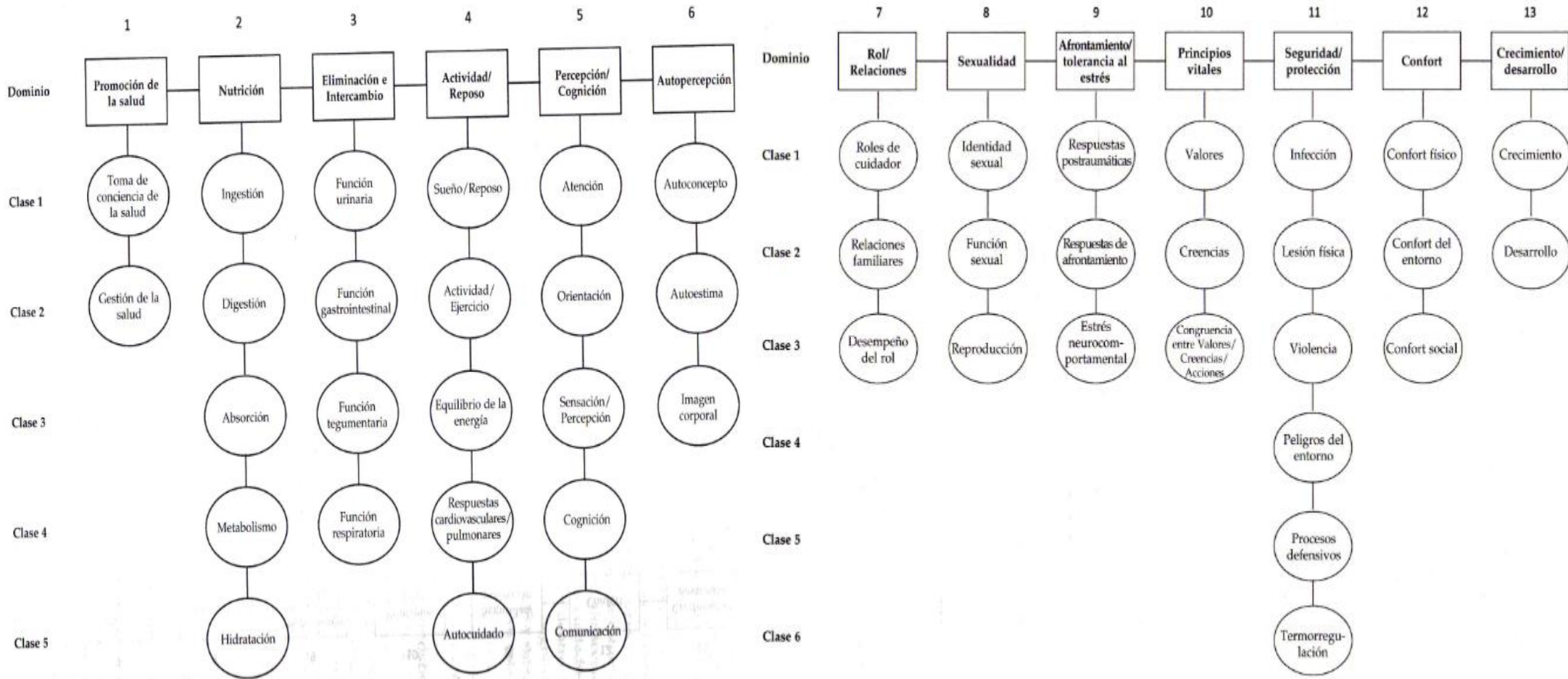
## ANEXO 12

ANAMNESIS		EXPLORACIÓN FÍSICA	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	Rosario XX XY.	<b>PESO</b>	72,300 Kg.
<b>EDAD</b>	79 Años.	<b>TALLA</b>	141cm.
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	“Sensación de pesadez y calambres en ambas piernas que aumenta al final del día”.	<b>ÍNDICE MASA CORPORAL (IMC)</b>	36,3663 (Obesidad Moderada).
<b>ALERGIAS</b>	No Alergias Medicamentosas Conocidas (NAMC).	<b>T/A</b>	120/82 mmHg.
<b>ANTECEDENTES PERSONALES (AP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estreñimiento. 2010.</li> <li>- Hipertensión venosa secundaria a IVC. 2009.</li> <li>- Crisis de ansiedad (fallecimiento conyugue) 2008.</li> <li>- Intervención quirúrgica de varices sintomáticas de &gt; 5 mm diámetro. 2004.</li> <li>- Hiperlipemia. 1999.</li> <li>- Intolerancia a la lactosa. 1990.</li> <li>- Multípara (3 embarazos).</li> </ul>	<b>PALPACIÓN PULSOS Poplíteo, Pedio medio y Tibial posterior</b>	Presentes.
		<b>SIGNOS CLÍNICOS IVC<sup>16</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperpigmentación cutánea.</li> <li>- Lipodermatoesclerosis.</li> <li>- Eczema.</li> <li>- Atrofia blanca.</li> <li>- Úlceras activas.</li> </ul>
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	Patología venosa y trastornos de coagulación por parte de familia paterna.	<b>VALORACIÓN LOCAL DE LAS UV</b>	
<b>FACTORES DE RIESGO IVC<sup>7</sup></b>	<b>Modificables:</b> Obesidad, Sedentarismo, Ortostatismo Prologando.	<b>TIME - ESQUEMA</b>	
	<b>No Modificables:</b> Edad avanzada, Multípara,	<b>T</b>	<b>Tejido del lecho de la herida</b> Presencia: Tejido de granulación + pequeños esfacelos. No sangrante.

	Historia familiar: patología venosa y problemas de coagulación.	<b>I</b>	<b>Inflamación o Infección</b>	Inflamación local / No signos de infección.
<b>SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA IVC<sup>16</sup></b>	- Pesadez y cansancio EEII (predominio vespertino). - Molestias al permanecer en ortostatismo. - Edema. - Prurito y Calambres.	<b>M</b>	<b>Nivel de exudado</b>	Exudado abundante de tipo seroso, poco espeso y de olor no desagradable.
		<b>E</b>	<b>Tejido perilesional (Bordes)</b>	Piel seca y deshidratada. Bordes regulares con maceración blanca.
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	Ver Historia Clínica.		<b>Duración</b>	Año y medio (aprox.)
<b>ESTADO NUTRICIONAL E HÍDRICO</b>	- Normal - Dieta: Variada pero no equilibrada (Refiere comer por comer, aunque dice tener controlada su diabetes y no probar los dulces”		<b>Localización</b>	Zona pretibial y tibial interna, en tercio distal de ambas EEII.
			<b>Tamaño</b>	- <b>EEII izquierda:</b> 4 úlceras 5 x 4,5 cm la de mayor tamaño. - <b>EEII derecha:</b> 3 úlceras 5,5 x 4,5 cm la de mayor tamaño.
<b>ESTRÉS Y DOLOR</b>	- Disconfort. - La paciente no refiere dolor.		<b>Profundidad</b>	Superficiales.
<b>ESTADO FAMILIAR</b>	Viuda con 6 hijos que la visitan.		<b>Morfología</b>	Redondeadas/ovales.
<b>ESTADO MENTAL</b>	Consciente y Orientada. No aparente deterioro cognitivo (realizado test pfeiffer versión española).		<b>PRUEBA HEMODINÁMICA (ITB)</b>	- <b>ITB IZQUIERDO: 1,07.</b> - <b>ITB DERECHO: 1,1.</b>
<b>PROFESIÓN</b>	Jubilada (pescadera).			

# ANEXO 13

## LOS DOMINIOS Y CLASES DE LA TAXONOMÍA II<sup>14</sup>



## ANEXO 14



Figura 3. Pirámide de Abraham Maslow. Jerarquización de problemas<sup>22</sup>. Modificada.

## ANEXO 15

SIGNOS DE INFECCIÓN	
S. CLÁSICOS	S. ADICIONALES
Eritema	Retraso cicatrización
Calor	Olor anómalo
Edema	Dehiscencia
Exudado purulento	Fiebre
Incremento del dolor	Decoloración
Disminución de la funcionalidad	Hipergranulación y/o Biofilms

Tabla 9. Signos de Infección, extraído de “Heridas crónicas: Un abordaje integral”. Colegio Oficial de Enfermería de Huesca<sup>23</sup> (España); 2012. Modificada.

## ANEXO 16

$P = \frac{N \times T \times K}{C \times W}$	<p>P = Presión ejercida por la venda en mmHg.</p> <p>T = Tensión del vendaje.</p> <p>N = Número de capas del vendaje.</p> <p>C = Perímetro del miembro a tratar.</p> <p>W = Anchura del vendaje utilizado.</p> <p>K = Constante (depende de cada venda).</p>
--	--

Tabla 10. Ley de Laplace, extraído de Blanco J. Úlceras de etiología venosa<sup>9</sup>. Adaptada.

## ANEXO 17

T. COMPRESIVA - FACTORES A TENER EN CUENTA ANTES DE SU APLICACIÓN	
<b>TOLERANCIA DE LA PERSONA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de dolor o molestia.</li> <li>• TC adecuada a la movilidad: activo, pasivo, móvil, inmóvil. Dependiente del tipo de movilidad el uso de una TC u otra (vendaje elástico o inelástico).</li> <li>• Factores culturales y religiosos.</li> <li>• Comodidad: tipo de trabajo, permite ropa y calzado adecuado, compatible con ducha o baño, tolerable al clima, control nivel exudado, etc.</li> <li>• TC: de fácil disponibilidad y reembolsable.</li> </ul>
<b>CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS</b> (Consulta urgente con especialista)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de ITB &lt;0,5 Insuficiencia arterial grave – <b>Riesgo daño por presión y necrosis distal.</b></li> </ul>
<b>CONTRAINDICACIONES RELATIVAS</b> (Consulta con especialista)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de ITB: 0,5 – 0.8 Insuficiencia arterial.</li> <li>• Presencia de Diabetes no controlada, Pie diabético, Neuropatía diabética – <b>Riesgo daño por presión, oclusión vascular, ulceración e infección de pies.</b></li> <li>• Presencia de Insuficiencia cardiaca – <b>Riesgo de precarga excesiva del corazón.</b></li> <li>• Otras enfermedades crónicas como: Artritis reumatoide, Hipertensión Arterial, etc.</li> </ul>
<b>ESTADO DE LA PIEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No alergia a materiales de la TC ni irritación de la piel.</li> <li>• Niveles elevados de presión pueden dañar la piel friable y delicada.</li> </ul>
<b>FORMA DE LA EXTREMIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deformidad de la EEII que disminuya la seguridad de la TC: forma de botella de champán invertida o pérdida de musculatura de la pantorrilla.</li> <li>• TC adecuada al perímetro de la EEII.</li> <li>• La presión debajo del vendaje y el gradiente de presión se verán alterados por la forma de la extremidad conforme a la Ley de Laplace.</li> <li>• Proteger con almohadillado la piel de prominencias óseas expuestas para evitar sufrir daños por presión.</li> </ul>

Tabla 21. Factores para valorar la seguridad y tolerancia a la TC, extraído de EWMA<sup>28</sup> y WUWHS<sup>29</sup>.