



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**FACULTADE DE ENFERMARÍA E
PODOLOXÍA**

Grado en Enfermería

Curso académico 2013/2014

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias
entre la población rural y urbana.**

Beatriz Escudero Prieto

Junio 2014

TUTOR:

Francisco Bernabeu Piñeiro.

ÍNDICE

-Introducción:

- a) Resumen del trabajo
- b) Datos epidemiológicos
- c) Historia de las úlceras
- d) Definición de úlcera vascular
- e) Anatomía venosa
- f) Clasificación de las úlceras venosas
- g) Factores de riesgo
- h) Prevención
- i) Impacto socioeconómico

-Metodología

-Resultados

-Conclusión

-Agradecimientos

-Bibliografía

-Apéndices

INTRODUCCIÓN

a) Resumen del trabajo

Este trabajo consiste en un estudio descriptivo transversal, es decir, un estudio que analiza un fenómeno en un periodo de tiempo corto (Febrero 2014-Mayo 2014), en este caso, el fenómeno se trata del estado de las úlceras vasculares en miembros inferiores de los pacientes que acuden al centro de Salud de Neda.

b) Datos epidemiológicos

La úlcera de etiología venosa es la más prevalente de las úlceras de la extremidad inferior.

Entre el 75 y el 80% de las úlceras de las extremidades inferiores son de etiología venosa.

La prevalencia es del 0,8 al 0,5%, la incidencia es de entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año.

Por tanto, en el municipio de Neda que hay una población censada de 5413 habitantes, gran parte de ella vive en zona rural; teniendo en cuenta dichos datos estadísticos, cabría esperar, que se darían entre 27 y 43 casos de úlceras vasculares en las extremidades inferiores al año.

(Cálculos: 0.8% de 5413 – 43 % y 0.5 de 5413 – 27%)

c) Historia de las úlceras

Las úlceras son una patología conocida y estudiada desde la antigüedad, la primera descripción de úlceras varicosas es posiblemente la que se puede encontrar en el papiro de Ebers (1500 a. C) y en la Grecia clásica, Hipócrates (460-377 a. C) describió la relación entre las enfermedades venosas y las úlceras de la pierna en su obra “De Ulceribus”.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

d) Definición de úlcera vascular

Es una lesión con el deterioro de la solución de continuidad con pérdida de sustancia, epitelio y/o conjuntivas, producidas por un proceso patológico de origen vascular, tienen una evolución crónica y escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. Son lesiones dolorosas que dificultan la movilidad y alteran la propia imagen corporal, el dolor es frecuente y puede ser grave o continuo e incapacitante. Poseen un carácter crónico y recidivante con una alta tasa de recurrencia.

e) Anatomía venosa

El sistema venoso es el responsable del transporte de la sangre de la periferia al corazón, para que éste, a través de los pulmones la oxigene.

En las extremidades inferiores podemos distinguir dos sistemas venosos: el profundo, situado bajo la musculatura, supone el 90% del flujo venoso, y el superficial, subcutáneo, lleva el 10 % restante.

El sistema venoso profundo está compuesto desde el pie: por la vena tibial anterior, tibial posterior y vena peronea. A partir de la rodilla tenemos la vena poplítea que desemboca en vena femoral superficial y femoral común. Desde la ingle pasamos a la vena ilíaca y vena cava inferior y superior.

El sistema venoso superficial tiene dos venas, la safena interna que va por la cara interna desde el pie hasta la ingle. Y la vena safena externa que circula por la parte posterior desde el pie hasta la rodilla.

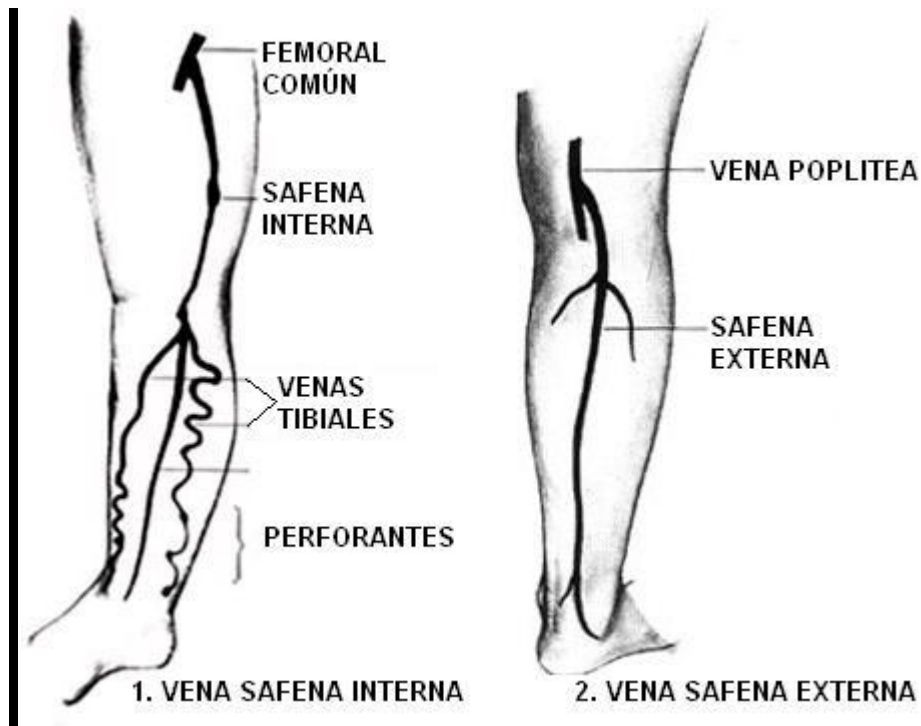


Ilustración 1 Sistema venoso. Fuente: internet

f) Clasificación de las úlceras vasculares:

Venosas:

- Se manifiestan en el contexto de Insuficiencia venosa crónica.
- Ausencia de circulación venosa adecuada en los MMII.
- Acumulo excesivo de líquidos (Edema).
- Cambio en la pigmentación de la piel.
- El 90% de los casos se localiza en: cara lateral interna, zona supramaleolar, zona pretibial (infrecuente), cara lateral externa de la pierna (también infrecuente).



Ilustración 2 úlcera venosa

Arteriales:

- Suponen un 5% de todas las úlceras vasculares.
- La incidencia y la prevalencia están asociadas con la edad, siendo los más afectados, los mayores de 65 años, tabaquismo, HTA y obesidad.
- Se localizan frecuentemente en el pie y en el tercio distal de la pierna.
- Las úlceras son de tamaño pequeño y aparecen sobre planos óseos.



Ilustración 3 úlcera arterial

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Neuropáticas:

- Aparece en la mayoría de los pacientes afectados por diabetes mellitus, por lo que se le ha denominado “Pie diabético”.
- Es una alteración clínica inducida por la hiperglucemia mantenida en la que se produce una lesión o úlcera en el pie.
- La sintomatología es indolora, excepto cuando hay infección, en la cual se presenta dolor.
- La temperatura y el color del pie son normales.
- Importancia: mantener los niveles de glucosa en los límites normales.



Ilustración 4 úlcera neuropática

g) Factores de riesgo

La población susceptible de padecer úlceras vasculares tiene unas características muy definidas:

Población mayor de 65 años, con mayor incidencia en mujeres e insuficiencia vascular.

La población de riesgo que podemos incluir en esta patología suele asociarse con los antecedentes siguientes:

- Mujeres embarazadas.
- Obesidad.
- Lesiones traumáticas.
- Desnutrición.
- Higiene inadecuada.
- Temperaturas extremas.
- Hipertensión.
- Diabetes.
- Anemia.
- Dislipemias.
- Tabaquismo.
- Inmovilización prolongada.

h) Prevención

Control de las enfermedades asociadas y factores de riesgo, diabetes, hipertensión, tabaquismo, etc.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

- Dieta adecuada (aumento de proteínas y vitamina C).
- No fumar.
- Apoyo psicológico.
- Ejercicio físico diario, caminar, bicicleta estática.
- Inspeccionar diariamente los pies.
- Mantener la temperatura adecuada (evitando temperaturas extremas).
- Higiene adecuada de los pies, no andar descalzo; utilizar calzado adecuado a sus necesidades.
- No usar prendas ajustadas de cintura para abajo.
- Cuidado de las uñas.
- Acudir al centro si dolor o aparición de lesiones.
- Utilizar una adecuada contención elástica (medias elásticas durante el día y retirarse durante la noche).
- La prolongación de inmovilidad puede ser peligrosa, en este caso se alternará el reposo con piernas elevadas.
- Conviene activar el drenaje venoso de las piernas mediante ejercicio físico.
- Evitar estar de pie o sentado con los pies en el suelo más de 1 hora.
- Mantener dieta adecuada.
- Evitar exposiciones temperaturas altas de calor.
- Aplicar diariamente cremas hidratantes.

i) Impacto socioeconómico

Las úlceras de las extremidades inferiores constituyen un problema con importantes repercusiones socioeconómicas y sanitarias. Se trata de un problema frecuente en la práctica diaria y que a menudo provoca una auténtica desesperación, tanto en el paciente como para el profesional que lo atiende, por su gran tendencia a la cronicidad y la recurrencia.

La cronicidad y recidiva de la úlcera de la extremidad inferior comporta necesariamente elevados costes directos e indirectos.

El abordaje de las úlceras debe ser siempre multidisciplinar, debido a la gran complejidad de los factores que es necesario controlar.

El gran reto en la actualidad, es prevenir la aparición de las úlceras, tratarlas adecuadamente según su etiología, evitar recaídas, y además, evitar las amputaciones.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal, durante el período de tiempo de Febrero de 2014 a Mayo de 2014 en el Centro de Salud de Neda (A Coruña), para conocer el grado de cumplimiento de las normas generales para el cuidado y prevención de úlceras vasculares, así como para la confirmación de las características que definen a la población susceptible de padecer úlceras vasculares.

Para la medición de la presión arterial índice tobillo-brazo (ITB) se utilizó el tensiómetro digital dual profesional Microlife. WatchBP Office ABI. En la siguiente tabla se refleja la interpretación de los resultados obtenidos:

Gradación ITB para Atención Primaria

$\leq 0,9$	APEI (Afectación vascular crónica de los miembros inferiores).
0,91-0,99	Valores límite.
1-1,4	Valores normales.
$>1,4$	Rigidez muscular.

Tabla: elaboración propia.

Fuente de datos: Fistera

Criterios de inclusión: pacientes que padezcan úlceras vasculares en los miembros inferiores.

Criterios de exclusión: éxitus, abandono de tratamiento.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

RESULTADOS

Durante el estudio, se encuestan 27 pacientes, 11 mujeres, de las cuales 2 fueron éxitus y 3 abandonan el tratamiento en el centro para acudir al especialista, y 16 hombres, de los cuales 2 fueron éxitus y uno de ellos abandonó el tratamiento. Todos los pacientes pertenecían al ambiente rural, por lo que no se llegó a establecer una diferencia entre población rural y urbana.

Paciente nº1

Mujer de 83 años que padece las siguientes patologías: HTA, obesidad, reumatismo crónico, osteoporosis, escoliosis, alteración de la función renal, dificultad para caminar debido al dolor mecánico, originándole caídas de repetición.

Constantes:

- Tensión arterial: 150/78
- Peso: 80 kg
- Talla: 148 cm
- IMC: 40,18
- Doppler:

- MII: 1.01 (Normal).

- MID (herida): no valorable, pulso débil.

El inicio de la úlcera por motivo postraumático se registra en Octubre de 2013, y la resolución de ésta se sitúa en Mayo de 2014.

- Tratamiento enfermero: lavados con agua y jabón, educación sanitaria (pérdida de peso, dieta pobre en sal y en hidratos,

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

caminar todos los días alrededor de casa) e hidratación de la pierna afectada diariamente.

Cura realizada con Iodosorb.

- Tratamiento farmacológico: tardyferon, orfidal, sutril, acfol, serc, omeprazol, cetrizina, hidroferol, artilog.



Ilustración 5 inicio del estudio

Ilustración 6 finalización del estudio

Paciente nº 2

Varón de 72 años que padece las siguientes patologías: diabetes mellitus insulino dependiente, arterioesclerosis, enfermedad arterial periférica, HTA, artrosis.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Constantes:

- Tensión arterial: 133/84
- Talla 170
- Peso 86.1
- IMC: 29.79

Inicio de la úlcera se registra en Octubre de 2013 y la cura en Abril de 2014.

- Tratamiento enfermero: consiste en hidratación diaria y descarga del punto de apoyo, así como la revisión del pie semanalmente para prevención y detección precoz de signos y síntomas. Educación sanitaria (dieta diabética) para mantener unos niveles glucémicos adecuados.
- Tratamiento farmacológico: metformina, clopidogrel, hemovas, atorvastatina, irbesartan.

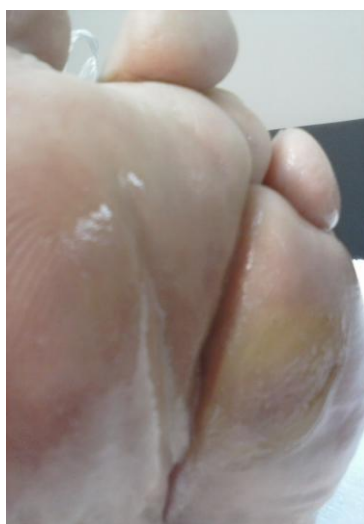


Ilustración 7 Inicio del estudio

Ilustración 8 Finalización del estudio

Paciente nº 3

Varón de 61 años, que padece las siguientes patologías: diabetes mellitus insulino dependiente, HTA, neuropatía diabética.

Constantes:

- Tensión Arterial: 152/90
- Peso: 69
- Talla: 170
- IMC: 23,88
- Doppler:

-MID (herida): pulso débil.

-MII: 0'50 (afectación vascular crónica).

El inicio de la úlcera se registra en Septiembre de 2013, se resuelve en Mayo de 2014.

- Tratamiento enfermero: Educación para la salud (dieta diabética baja en sal). Descarga del punto de apoyo, e hidratación diaria de la piel. Revisión cada semana para prevención de úlceras y detección de signos precoces.
- Tratamiento farmacológico: novomix, captopril, artovastatina, losartan, dianben, plavix, rabeprazol.



Ilustración 9 inicio del estudio Ilustración 10 finalización del estudio.

Paciente nº4

Varón de 71 años, que padece las siguientes patologías: ceguera, insuficiencia renal crónica, arteriosclerosis, neuropatía, enfermedad arterial periférica, HTA, dislipemia. Elevado índice de sedentarismo.

Constantes:

- Tensión Arterial: 140/70
- Peso:88
- Talla:180
- IMC: 27,16
- Doppler:

-MID(herida): 0.8 (afectación vascular crónica).

-MII: 1.3 (normal).

La recidiva de la úlcera se registra en Enero de 2014.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

- Tratamiento enfermero: dieta sin sal estricta, sin colesterol, diabética y de protección renal (pobre en potasio).

Hidratación y descarga en el punto de apoyo.

Ejercicio leve (paseos cortos y bicicleta estática), debido a su problema de movilidad.

- Tratamiento farmacológico: xalatan, atorvastatina, omeprazol, enalapril, cosopt , acfol, fosrenol, accu-chek, alopurinol, adiro, renvela, colecalciferol, mixtard.



Ilustración 11 inicio del estudio



Ilustración 12 finalización del estudio

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Paciente nº5

Varón de 72 años. Padece las siguientes patologías: arteriopatía periférica, HTA, leve hemiparesia derecha, en 2010 sufre de un Ictus Isquémico.

Constantes:

- Tensión Arterial: 134/83
- Peso: 86.7
- Talla: 168
- IMC: 30.72

El inicio de la úlcera se sitúa hace 20 años, tras un accidente post-traumático.

- Tratamiento enfermero: vendaje compresivo, Iodosorb, educación sanitaria: dieta baja en sal, mantener los pies en alto para favorecer la circulación de los miembros inferiores, alternar reposo y ejercicio leve (pasear).
- Tratamiento farmacológico: crestor, enalapril, sintrom, omeprazol, vesicare.



Ilustración 13 inicio del estudio Ilustración 14 finalización del estudio

Paciente nº 6

Mujer de 79 años, padece diabetes mellitus insulino dependiente y obesidad.

Constantes:

- Tensión arterial: 150/73
- Peso: 113
- Talla: 160
- IMC: 44,14

Fecha de inicio de la úlcera: Agosto de 2013, fecha de alta: Febrero de 2014.

- Tratamiento enfermero: educación sanitaria, basada en dieta baja en sal, diabética y baja en hidratos de carbono, ejercicio moderado. Hidratación diaria de los miembros inferiores y acudir a la consulta una vez a la semana como prevención.
- Tratamiento farmacológico: coropres, co-vals, atorvastatina, amlodipino, clopidogrel, nitroglicerina, seguril, lantus, humalog, antalgin, metformina, ventolin, seretide.



Ilustración 15 inicio estudio

Ilustración 16 finalización del estudio

Paciente nº 7

Mujer de 92 años, que padece las siguientes patologías: HTA, incontinencia mixta e hiperglucemia.

Constantes:

- Tensión arterial: 160/75
- Peso: 60
- IMC: 22.86
- Glucemia: 109 mg/dl

Registro de inicio de la úlcera: Junio 2012.

- Tratamiento enfermero: educación sanitaria (dieta baja en sal, pobre en hidratos y azúcares).

Hidratación de la zona perilesional, cura con Iodosorb.

- Tratamiento farmacológico: omeprazol, enalapril, adolonta.



Ilustración 17 inicio estudio



Ilustración 18 finalización estudio

Paciente nº 8

Varón de 65 años, trasplantado cardíaco, polimedicado.

Constantes:

- Tensión arterial: 137/89
- Peso: 93
- Talla: 166,5
- IMC: 33,55

Registro de inicio: Marzo de 2014, alta en Abril de 2014.

- Tratamiento enfermero: hidratación diaria y ejercicio moderado (pasear).
- Tratamiento farmacológico: dacortin, hidroferol, urbal, certican, septrin forte, risedronato, omeprazol, sutril, carduran, cardyyl, sandimmun neoral, losartan, adiro, paracetamol, mastical.



Ilustración 19 valoración media (prealta)

Paciente nº 9

Mujer de 78 años, que padece de neoplasia benigna del aparato genital femenino, cistitis y tromboflebitis recurrentes.

Constantes:

- Tensión arterial: 130/68
- Peso : 77
- Talla 163
- IMC 29

Registro inicio: Agosto de 2012, alta: Marzo de 2014.

- Tratamiento enfermero: media de compresión e hidratación.
- Tratamiento farmacológico: paracetamol, ketoconazol, clotrimazol.



Ilustración 20 inicio estudio

Ilustración 21 finalización estudio

Paciente nº 10

Varón de 54 años, que padece las siguientes patologías: aterosclerosis, enfermedad arterial periférica, neoplasia maligna de vejiga, obesidad. Hábito tóxico: tabaco, en la actualidad está intentando el abandono de éste.

Constantes:

- Tensión arterial: 130/70
 - Peso: 132 (123 actualidad).
 - Talla 178
 - IMC: 41,66 (38,82 actual).
 - ITB (doppler) no se detecta. No se puede llevar a cabo por el intenso dolor en miembro inferior.
-
- Tratamiento enfermero: educación sanitaria (abandono hábito tabáquico, apoyo psicológico), dieta baja en sal y pobre en hidratos para seguir bajando de peso.
 - Tratamiento farmacológico: atorvastatina, hemovas, clopidogrel, tamusolina, paracetamol.



Ilustración 21 inicio estudio Ilustración 22 finalización estudio

Paciente nº 11

Varón de 74 años, padece de venas varicosas, depresión y psoriasis.

Se realiza un cultivo con germen positivo (*Staphylococcus aureus*) sensible a septrim, se le pauta dicho antibiótico.

Recidiva de la úlcera en Enero de este año.

Constantes:

- Tensión Arterial: 140/80
- Peso 83
- Talla 173
- IMC 27,73
- Doppler

-MID: 1,27 (normal)

-MII: 1,4 (rigidez muscular)

Tratamiento enfermero: Educación sanitaria (dieta baja en grasa), medias compresivas para facilitar la circulación.

Tto farmacológico: Catrix, lyrica, paroxetina, lorazepam, atorvastatina, adiro, hemovas.



Ilustración 23 inicio estudio



Ilustración 24 finalización estudio

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Paciente nº 12

Varón de 81 años que padece Obesidad (IMC>30) e Hipertensión Arterial.

Constantes:

- Tensión Arterial: 150/90
- Peso: 110
- Talla: 180
- IMC: 33,95

El inicio de la úlcera se registra en Octubre de 2013. Alta en Mayo de 2014.

- Tratamiento enfermero: higiene e hidratación diaria de los miembros inferiores.
- Tratamiento farmacológico: aldactone, seguril, omeprazol, uniket retard, condrosulf, omnic ocas, serc, sertralina, somnovit, sintrom, digoxina.



Ilustración 25 finalización estudio

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Paciente nº 13

Mujer de 68 años, que padece Hipertensión Arterial.

Constantes:

- Tensión Arterial: 150/79
- Peso: 68 kg
- Talla: 145
- IMC: 32.34

Recidiva en Agosto de 2012.

- Tratamiento enfermero: dieta baja en sal, caminar diariamente, curas con aquacel Ag.
- Tratamiento farmacológico: torasemida, olmesartán, amlodipino, adiro.



Ilustración 26 valoración intermedia

Paciente nº 14

Varón de 78 años, padece Hipertensión Arterial.

Constantes:

- Tensión Arterial: 145/80
- Peso: 88
- Talla: 160
- IMC: 34.4

El inicio de la recidiva se registra en Octubre de 2010.

- Tratamiento enfermero: urgotul + tegaderm. Educación sanitaria (dieta baja en sal).
- Tratamiento farmacológico: seguril, tenormin, gopten, lyrica, zyloric, omeprazol, pravastatina, pazital, sintrom.



Ilustración 27 finalización del estudio

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Paciente nº15

Varón de 71 años, que padece las siguientes patologías: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus no insulino dependiente. Hábito tóxico: tabaco.

Constantes:

- Tensión arterial: 150/70
- Peso: 100
- Talla: 175
- IMC: 32,88

Recidiva de la úlcera en Diciembre de 2012.

- Tratamiento enfermero: silvederma + urgotul. Educación sanitaria (dieta diabética baja en sal).
- Tratamiento farmacológico: Spiriva, dafiro, simvastatina, pantoprazol, secalip, metformina, tamsulosina, adiro, gabapentina, xeristar.

Paciente nº 16

Mujer de 78 años, que padece Hipertensión arterial, Accidente cerebrovascular en el año 2011.

El inicio de la úlcera se registra en Diciembre de 2012.

Constantes

- Tensión arterial: 140/80
- Peso: 60
- Talla: 155
- IMC: 25

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

- Tratamiento enfermero: betadine + hidratación con aceite de almendras. Ejercicio diario moderado y educación sanitaria (dieta baja en sal).
- Tratamiento farmacológico: claversal, atorvastatina, lasoprazol, alopurinol, trileptal, trangorex, sintrom

Paciente nº 17

Varón de 75 años, padece las siguientes patologías: Hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente, aterosclerosis, psoriasis.

Constantes:

- Tensión Arterial: 155/85
- Talla: 168
- Peso: 78
- IMC: 27.64

Se registra la recidiva en Octubre 2011.

- Tratamiento enfermero: betadine + hidratación piel perilesional
- Tratamiento farmacológico: icandra, omnic ocas, ameride, emconcor, dacortin, sintrom, atorvastatina, omeprazol, calcio, risedronato, cianocobalamina, metrotexato, acfol, apidra, targin.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.



Ilustración 28 finalización estudio

Paciente nº 18

Varón de 86 años, inmovilizado.

Constantes:

- Tensión Arterial: 130/60
- Talla: 170
- Peso: 94
- IMC: 31

Recidiva: Marzo de 2012.

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

- Tratamiento enfermero: hidratación con vaselina, cura con urgotul + aquacel extra.
- Tratamiento farmacológico: tamsulosina, pentoxifilina.



Ilustración 29 valoración intermedia

Paciente nº 19

Varón de 69 años, padece las siguientes patologías: Hipertensión arterial, fibrilación auricular.

Constantes:

- Tensión arterial: 150/60
- Peso: 111
- Talla: 174
- IMC: 36,3

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

Inicio de la úlcera: Agosto de 2013.

- Tratamiento enfermero: urgotul Ag. Dieta baja en sal y ejercicio moderado.
- Tratamiento farmacológico: levemir, lansoprazol, olmesartan, ezetroz, trangorex, sintrom, coropres, carduran, tardyferon, furosemida.

CONCLUSIÓN

Una vez analizados los casos expuestos y habiendo consultado varias bibliografías, es de resaltar la gran importancia para la prevención y tratamiento de las úlceras, el mantener un buen control glucémico, ya que, unas cifras normales de dicho control, han demostrado disminuir la aparición y progresión de las complicaciones microvasculares y neuropáticas. Por otro lado, la hiperglucemia produce un aumento de la glicosilación del colágeno, lo que favorece la formación de callos y la disminución de la movilidad de las articulaciones, ambos factores predictivos de la formación de úlceras.

El abandono del hábito tabáquico es una modificación importante, que va a contribuir a disminuir el riesgo de aparición de enfermedad cardiovascular.

Unas cifras normales de tensión arterial disminuyen el riesgo de complicaciones cardiovasculares, beneficiando así el proceso de curación de las úlceras.

Por último, es de resaltar, que el bajo nivel socioeconómico de los pacientes supone un mayor riesgo en la formación de úlceras. Motivado por una mayor carencia en hábitos higiénicos y también por el retraso a acudir a los servicios sanitarios. Un menor apoyo social y familiar puede

Prevalencia de Úlceras en Neda y diferencias entre población rural y urbana.

condicionar también este mayor riesgo. Por lo tanto, es importante una buena educación sanitaria para disminuir en la medida de lo posible dicho riesgo. También es imprescindible un buen funcionamiento de los servicios sociales cuando sea necesario, atendiendo a las necesidades del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Al personal del centro de Salud de Neda, en especial, Francisco Bernabeu Piñero y Araceli Prieto Gondell.

BIBLIOGRAFÍA

- I. Darias Curvo S, Cuellas Arroyo JA. Introducción a la epidemiología. En: Darias Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 544-565.
- II. Asociación Española de Enfermería Vascolar (AEEV). Documento de Consenso y GPC sobre úlceras de extremidad inferior. Madrid: AEEV; 2003.
- III. GNEAUPP. Documento técnico N° IX. Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. [En línea] [fecha de acceso: 23 de diciembre de 2009]. URL disponible en:
<http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf>
- IV. López Corral JC, López Herranz M, Mascaraque Sánchez L, Bas Caro P. Úlceras de origen venoso. En: López Corral JC. Actuación de Enfermería ante úlceras y heridas. Madrid: Smith & Nephew; 2005.


- V. López Herranz M, Mascaraque Sánchez L, Bas Caro P, López Corral JC. Úlceras de origen arterial. En: López Corral JC. Actuación de Enfermería ante úlceras y heridas. Madrid: Smith & Nephew; 2005.
- VI. López Soto RM. Enfermería en hospitalización a domicilio. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2001.
- VII. Marinello J. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: Glosa; 2005.
- VIII. Mateos Rodilla J et al. Ficha terapéutica en el cuidado de lesiones dérmicas. Rev ROL Enfermería 2007; 30(1):42-43.
- IX. Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. Simposio sobre diagnóstico y tratamiento de las úlceras de etiología vascular. Angiología 2003; 55(4):260-267.
- X. Verdú J, Marinello J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla J. Documento de consenso. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior (CONUEI). Barcelona: EdikaMed; 2009.
- XI. Arcediano V, Armans E, Barroso M, Carreño P, Fernández F, Garlitos T, et al. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. EdikaMed;2009.
- XII. García J. Estudios descriptivos. Nure Investigación. 2004;
- XIII. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid:Fuden;2013.
- XIV. Serrano Gallardo P. Trabajo fin de grado en ciencias de la salud. Madrid:DAE; 2012.
- XV. Fernández-Lasquetty Blanc B. Introducción a la investigación en enfermería. Madrid:DAE;2013.
- XVI. Grupo de trabajo sobre Hipertensión Arterial de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Hipertensión Arterial.2014;
- XVII. Servicio de Atención Primaria de Cambre. Arteriopatía periférica. 2012;
- XVIII. Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Arteriopatía periférica. 2012;
- XIX. Asociación Española de Enfermería Vascular. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético:AEEV;2004

APÉNDICES

Anexo I. Screening nutricional realizado a los pacientes con úlceras vasculares

Mini Nutritional Assessment

MNA®



Apellidos:		Nombre:			
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:	

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	J
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	K Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad
F Índice de masa corporal (IMC = peso / (altura) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23.	O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor
Evaluación	Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	Evaluación (máx. 16 puntos)
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	Cribaje
Evaluación del estado nutricional De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	Evaluación global (máx. 30 puntos)

Ref: Velazco B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Silva A, Guigoz Y, Velazco B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A : M395-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/09 NCM
 Para más información: www.mna-elderly.com

Anexo II: Encuesta realizada a los pacientes con úlceras vasculares

-Nº heridas

-Sexo

-Edad

-Peso

-Talla

-IMC

-Enfermedades fundamentales

-Tratamiento médico

-Zona en la que vive

-Valoración enfermera:

-Tipo de herida crónica

-Localización de la herida

-Antigüedad de la herida

-Aspecto de la herida (Grado, Largo x ancho, exudado, color de la herida, dolor espontáneo, piel perilesional, diagnóstico enfermero).

-Tratamiento enfermero

Anexo III Tabla de equivalencias para educación sanitaria

T
A
B
L
A

D
E

E
Q
U
I
V
A
L
E
N
C
I
A
S

VERDURAS				
FARINACEOS				
PROTEICOS				
FRUTAS				
FRUTOS SECOS				
LÁCTEOS				
GRASAS				

NOTAS

Cantidades de alimento equivalente a 1 ración (10gr.) de carbohidratos.

A.MENARINI diagnostics

© *Inguel & es*
 Enfermero de pediatría
 CAP Balafria - Lleida
 www.mfloresimagina.com