



DOCUMENTOS DE
POSICIONAMIENTO

DOCUMENTO N° 15

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO

DE DATOS PARA LA

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO

Y TRATAMIENTO DE LA

INSUFICIENCIA VENOSA

CRÓNICA

NOVIEMBRE DE 2018



EL PRESENTE DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO FUE ELABORADO POR:

AUTORES:

ÈRICA HOMS ROMERO

Enfermera. Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación de las Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria. Doctoranda en la Universidad de Alacant. Experta en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP. Referente clínico en el EAP Ernest Lluch de Figueres.

ÀNGEL ROMERO COLLADO

Enfermero. Doctor por la Universitat de Girona. Profesor de la Facultat de Enfermeria de la Universitat de Girona. Experto en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP.

Como citar este documento:

Homs-Romero E; Romero-Collado,A. Conjunto Mínimo Básico de Datos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n° 15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2018.

© 2018 GNEAUPP

Edición y producción: GNEAUPP

Imprime: GNEAUPP

ISBN-13: 978-84-09-03792-6

Los autores del documento y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, firmemente convencidos de que el conocimiento debe circular libremente, autorizan el uso del presente documento para fines científicos y/o educativos sin ánimo de lucro.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del mismo sin la expresa autorización de los propietarios intelectuales del documento cuando sea utilizado para fines en los que las personas que los utilicen obtengan algún tipo de remuneración, económica o en especie.

Proyecto realizado con el apoyo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en la convocatoria correspondiente al año 2016 de concesión de subvenciones del Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS) 2016-2020, modalidad Proyectos de investigación orientados a la atención primaria, con el código de expediente SLT002/16/00199.

Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.



ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Objetivos	8
3. Revisión bibliográfica	9
4. Validación de contenido con el método Delphi	11
5. Conjunto mínimo básico de datos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica (CMBD-IVC)	13
5.1. La exploración del paciente	14
5.2. Las pruebas diagnósticas de la patología	19
5.3. Los métodos de valoración de la patología venosa	20
5.4. La valoración de la úlcera	21
5.5. Los diferentes tratamientos para la prevención y el abordaje de la patología venosa en la extremidad inferior en todas sus fases	22
5.6. La calidad de vida del paciente	25
5.7. La educación para la salud	27
6. Hoja de registro: CMBD-IVC	28
7. Bibliografía	30
8. Anexos	36
8.1. Test para la valoración de la nutrición	36
8.2. Escala Villalta para la valoración del Síndrome Postrombótico	37
8.3. Escala Venous Clinical Severity Score para la valoración de la severidad de la gravedad de la IVC	38
8.4. Escala Resvech 2.0 para la valoración de la úlcera	39
8.5. Escala CEAP para valorar el estado de la IVC y su concordancia con el uso de la compresión adecuada	40
8.6. Cuestionario 5Q-5D para la valoración de la calidad de vida	41
8.7. Cuestionario CIVIQ para la valoración de la calidad de vida de personas con IVC	42
8.8. Cuestionario Charing Cross para valorar la calidad de vida de personas con úlcera venosa	43



AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer la oportunidad al Comité Director del GNEAUPP por la confianza puesta en nuestro proyecto y hacer de este sueño una realidad. Sois nuestros referentes y este fruto es parte de la cosecha de las semillas que habéis plantado durante todo este tiempo. Gracias, maestros.

Agradecer a todos los compañeros, profesionales expertos, que han participado en el estudio Delphi dedicando su tiempo y expertez en la validación de un CMBD-IVC que pretende ser un documento para facilitar a los profesionales la atención que prestan a los pacientes con problemas venosos en la extremidad inferior y, como consecuencia, mejorar la atención que les ofrecemos.



1. INTRODUCCIÓN

Para los profesionales de enfermería como para la totalidad de las disciplinas en Ciencias de la Salud, la necesidad de registrar correctamente su actividad asistencial es un hecho necesario y obligatorio que, actualmente, nadie discute. Sin embargo, lo que se registra y la forma en que se hace, sí es motivo desde tiempo atrás de investigación en aras de su mejora.

En los últimos años se han desarrollado y afianzados numerosos registros tanto en formato papel, los más veteranos, como informáticos, que cubren esta actividad profesional.

La patología venosa es un problema de salud con una elevada prevalencia, de evolución progresiva y que mayoritariamente se detecta en sus fases más avanzadas, sobre todo cuando hace aparición una úlcera, siendo entonces los costes económicos¹⁻⁴ y humanos muy elevados⁵.

La insuficiencia venosa crónica (IVC) parte de signos estéticos, como las venas reticulares, a signos cada vez más evidentes como las varices tronculares, el edema, los cambios tróficos en la piel y la descamación, entre otros. Síntomas como el dolor, la pesadez, la quemazón, los calambres y el prurito son también la clínica acompañante^{6,7}. La calidad de vida de las personas se ve drásticamente disminuida a medida que esta patología avanza⁵.

La IVC afecta entre el 50-60% de la población adulta mundial y se estima que un 1% podría padecer una úlcera en sus piernas durante su vida⁸, siendo este el proceso económicamente más caro de esta patología ya que se estima un coste para el cuidado de la IVC en los países europeos occidentales de entre 600-900 millones de euros, lo que llega a representar un 2% del gasto sanitario⁶. No obstante, sabemos que la úlcera venosa es la situación que más recursos consume con una estimación media de 9000 € por úlcera, un coste directo que representa el 90% de la partida económica. El coste directo es invertido en



recursos humanos, médicos y enfermeras, material para la realización de curas y la hospitalización, entre otros. Pero una parte poco visible de los costes de esta patología son los indirectos que se representan en desplazamientos (propios y de familiares), horas de trabajo perdidas y hasta la invalidez^{6,9}.

En España existen pocos estudios sobre la prevalencia e incidencia sobre la patología venosa: el DETECT-IVC² 2006 y el Vein Consult Program³. En este último, se refleja una prevalencia del 48'5% (en CEAP C1-C6), significativamente superior en mujeres, y una menor gravedad en los estadios que en el DETECT, quizás por una mayor concienciación del problema y un mayor énfasis en la detección precoz para la prevención^{2,3}.

La evidencia muestra que con una anamnesis completa sobre signos y síntomas clásicos de la IVC y una buena clasificación CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía y Patofisiología) se puede determinar el estado de la patología venosa en las EEII^{1,10,11}. Esta clasificación apareció a mediados de los 90 y su último consenso por el American Venous Forum fue en 2004. Dicho instrumento surgió para mejorar la comunicación y la descripción entre profesionales de la patología venosa¹².

Desde AP podemos clasificar la C (Clínica) con una entrevista clínica, una buena anamnesis y una exploración física en bipedestación para la observación de dilataciones, venas y/o alteraciones cutáneas. Ésta siempre debe ir acompañada de la prueba doppler para la detección de flujo, descartar la enfermedad arterial periférica (EAP) y hacer el cálculo Índice Tobillo/Brazo (ITB) para poder efectuar un diagnóstico preciso^{1,10}.

La prevención, el diagnóstico y gran parte del tratamiento de la IVC la realizan los profesionales de Atención primaria, por eso es necesario que reciban una buena formación y herramientas que faciliten su labor en este campo. En sus estadios más avanzados, en que los pacientes pueden beneficiarse de tratamiento quirúrgico, será necesario la derivación a angiología¹³.



A pesar de que la evidencia científica, en cuanto a tratamiento, es clara en relación a que la compresión ejercida en las extremidades inferiores a través de diferentes dispositivos como los vendajes, medias entre otros, es el *gold estándar* para la prevención y el tratamiento de la IVC, su implementación en la práctica clínica es relativamente baja¹⁰. La compresión terapéutica debe aplicarse como medida preventiva primaria a personas con factores de riesgo (edad, sexo, obesidad, embarazos y antecedentes familiares de patología venosa entre otros), y como tratamiento una vez se ha instaurado la insuficiencia venosa crónica^{1,8}.

En la literatura existen varios factores que pueden explicar la baja implementación del tratamiento compresivo como un déficit de conocimientos por parte de los profesionales de la salud¹⁴⁻¹⁶ o una baja adherencia al tratamiento por parte de los pacientes¹⁷.

Los registros del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) han demostrado ser eficaces en la prevención, detección precoz y ayuda al tratamiento para diferentes problemas de salud¹⁸. Permiten planificar las intervenciones, hacer un seguimiento en el tiempo y asegurar cuáles son los indicadores mínimos de calidad que hay que ofrecer. Por ese motivo, este documento propone un modelo de registro de un CMBD relacionado con la patología venosa de las extremidades inferiores, para mejorar la atención que ofrecen los profesionales de la salud en relación a esta problemática.

También permitirá realizar un registro poblacional, que debe impulsarse desde el ámbito de la atención primaria, para monitorizar el estado de salud venoso poblacional creando un banco de datos exhaustivo sobre la actividad y morbilidad, así como la evolución patológica en el tiempo, características de la atención prestada y la distribución de los recursos sanitarios destinados o necesarios para la atención completa a la persona que padece IVC, pudiendo orientar en la compra de los servicios.



2. OBJETIVO

El objetivo de este documento de posicionamiento es:

- Proponer un modelo de registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica (CMBD-IVC) para su uso en los diferentes ámbitos asistenciales, en especial el de la Atención Primaria de Salud.



3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para el diseño inicial de este documento se ha realizado una revisión bibliográfica para la construcción de los parámetros del CMBD- IVC. En una segunda fase se realizó, mediante metodología cualitativa con un estudio Delphi, en el que expertos sobre patología venosa determinaron los ítems que conforman definitivamente este CMBD sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la IVC.

Para la revisión bibliográfica, se realizó la búsqueda durante el mes de diciembre de 2015 y se consultaron las bases de datos Pubmed, CINAHL, Scopus y Cochrane Library Plus.

Las palabras clave utilizadas en Pubmed y SCOPUS fueron los términos MeSH: 'Diagnosis', 'Signs and Symptoms' y 'Venous Insufficiency'. Y en la base de datos CINAHL los términos MeSH utilizados fueron: 'Diagnosis' y 'Venous insufficiency chronic'. Todas las búsquedas comprendieron el operador booleano AND. En la base de datos Cochrane Library plus se utilizó el término DeCS: 'Insuficiencia venosa'.

Para la búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) y documentos de sociedades científicas se hizo a través del buscador Google. Los filtros aplicados en esta búsqueda se hicieron de forma manual ya que no se dispone de ninguna base de datos para la búsqueda de este tipo de documentos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Idioma: inglés y español.
- Fecha de publicación > 2011.
- Patología de IVC en extremidades inferiores.
- Úlceras de etiología venosa.
- Tratamientos para la IVC en EEII.



A los 143 artículos encontrados en las bases de datos se añadieron 10 GPC. Después de proceder a eliminar los duplicados y los que no cumplían los criterios de inclusión ni teníamos acceso al texto completo, quedaron 39 documentos sobre los cuales se ha creado el CMBD-IVC (ver Figura 1).

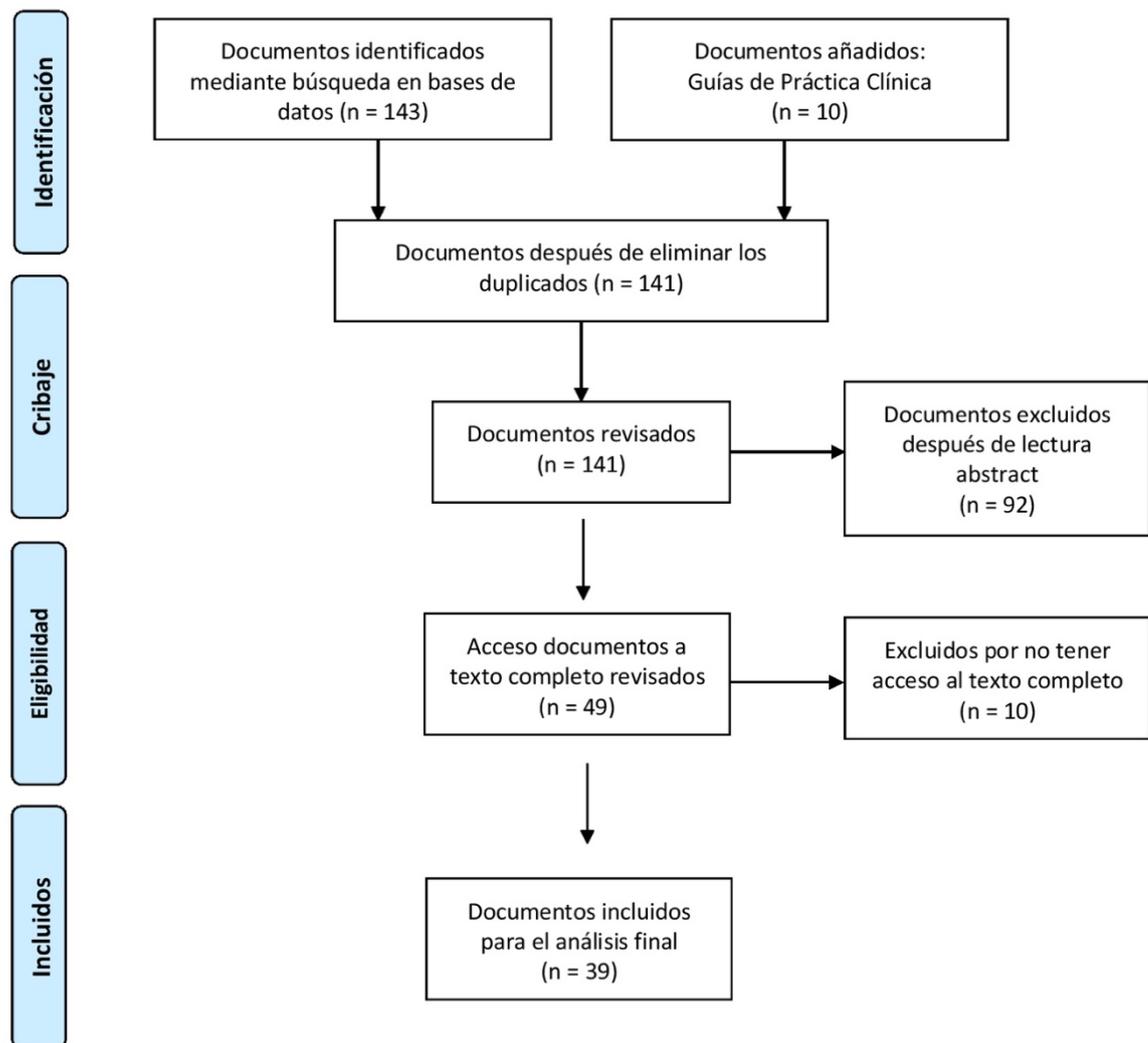


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los artículos para la construcción del CMBD-IVC.

El CMBD-IVC inicial, construido a partir de la revisión bibliográfica, constaba de 7 categorías y 129 ítems.



4. VALIDACIÓN DEL CONTENIDO CON EL MÉTODO DELPHI

Para realizar la validación de contenido del CMBD-IVC obtenido con la revisión bibliográfica, se hizo un llamamiento a expertos en heridas crónicas a través de sociedades científicas como el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH), la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), la Sociedad Española de Heridas (SEHER), la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul y (SEACV) y la Sociedad Gallega de Heridas (SGH), para participar en la segunda fase, la de validación del contenido del CMBD-IVC mediante una metodología Delphi.

La participación final fue de 25 expertos (22 enfermeros expertos en heridas crónicas y 3 médicos especialistas en cirugía vascul y) que valoraron la idoneidad del formato y de los ítems a través de un estudio tipo Delphi convencional (Figura 2) de tres rondas.



Figura 2. Estudio Delphi

El CMBD-IVC, construido a partir de la revisión bibliográfica, se transformó a un cuestionario (formulario google drive) online con una escala de valoración tipo likert del 1 al 5, con valores indicando: 1 inadecuado, 2 poco adecuado, 3 adecuado, 4 bastante adecuado y 5 muy adecuado.



Durante la ronda 1 los expertos podían hacer aportaciones de ítems que consideraran necesarios en el CMBD-IVC y que durante la revisión bibliográfica no hubieran aparecido.

Para poder valorar la idoneidad de los ítems, en cada ronda se utilizaron dos criterios que debían cumplir para ser considerados como definitivo, ser revalorado de nuevo o eliminarse definitivamente en esa ronda.

El primer requisito fue que la puntuación media del ítem debía ser superior o igual a 4. El segundo fue que el ítem debía ser valorado en un porcentaje superior o igual al 70% por los expertos como bastante adecuado (4) o muy adecuado (5) (Tabla 1).

Ítems	MEDIA	% Expertos que valoran ≥ 4
Ítems definitivos en la ronda	≥ 4	$\geq 70\%$
Ítems a revalorar próxima ronda	$\geq 3,5 < 4$	$\geq 50 < 70\%$
Ítems eliminados del CMBD	$< 3,5$	$< 50\%$

Tabla 1. Criterios para valorar la idoneidad de los ítems que componían el CMBD-IVC

Fueron necesarias dos rondas para determinar los ítems del CMBD-IVC. Los expertos propusieron eliminar 30 ítems y añadir 9 nuevos, resultando el CMBD-IVC final validado por los expertos, que ha mantenido las 7 categorías iniciales y reducido el número de ítems a 108.



5. CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (CMBD-IVC)

El CMBD-IVC final, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica, consta de 7 categorías y 107 ítems:

- La exploración del paciente.
- Las pruebas diagnósticas definitivas de la patología.
- Los métodos de valoración de la patología venosa.
- La valoración de la úlcera.
- Los diferentes tratamientos para el abordaje de la patología en todas sus fases.
- La calidad de vida del paciente.
- La educación para la salud.

A continuación se procederá a la descripción de los ítems incluidos en cada categoría, que pueden observarse en el registro CMBD-IVC en el capítulo 6.



5.1. La exploración del paciente^{2,6,8,10,11,14,19-53}

En esta sección aparecen todas variables del paciente relacionadas con los factores de riesgo o predisponentes a la patología venosa de EEII y a las características de ésta.

Debe constar la etiqueta identificativa del paciente en cada hoja del CMBD-IVC.

Factores de riesgo o predisponentes

- *Edad*: fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) y años.
- *Género*: Hombre/Mujer.
- *Actividad física*: Nivel habitual de actividad física de actividad moderada/intensa durante la mayor parte de los días de la semana. Definición operativa: Se considerará sedentario si <3 días a la semana hay actividad física, se considerará activo si realiza ≥ 3 días de actividad física.
- *Antecedentes familiares de IVC*: se preguntarán los antecedentes familiares de primer grado de IVC.
- *Tipo de profesión*: Trabajador que pasa más de la mitad de su jornada de pie o sentado. Se considerará de riesgo estar ≥ 5 h en bipedestación o sentado al día de forma continuada.
- *Antecedentes de úlcera en la extremidad inferior*: la persona ha tenido alguna úlcera en la extremidad inferior anteriormente.
- *Hábito tabáquico*: Existen cuatro categorías:
 - Fumador: consumidor de tabaco habitualmente.
 - Fumador pasivo: persona que no fuma, pero respira el humo producido por quienes fuman a su alrededor.



- Exfumador: persona que actualmente no fuma pero lo ha hecho con anterioridad de forma asidua (más de un año sin fumar).
- No fumador: persona que no ha fumado nunca tabaco.
- *Consumo de riesgo de alcohol:* se considerará consumo de riesgo de alcohol en hombres un consumo diario de más de 4 Unidades de Bebida Estándar (UBE=10 g de alcohol puro) y de 2 (UBE) en mujeres.
- *Antecedentes de alguna intervención quirúrgica en las extremidades inferiores:* el usuario ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna de las EEII.
- *Embarazo:* Se indicará el número de embarazos de forma numérica.
- *Dificultad para la movilización de la articulación del tobillo.* Se considerará dificultad la imposibilidad de trabajar la bomba muscular gemelar.
- *Antecedentes de trombosis/IVC:* se indicará si el paciente ha tenido alguna trombosis o ya se le ha diagnosticado una IVC y el año.
- *Hábito intestinal:* Se considerará un hábito intestinal normal, aquel que se caracteriza por evacuaciones con un rango de 1 a 3 deposiciones al día a 3 veces por semana, de consistencia blanda, sin sensaciones de dolor, esfuerzo o evacuación incompleta. El estreñimiento se considerará cuando existe expulsión difícil de las heces, que pueden ser duras y la persona tiene que hacer mucho esfuerzo para expulsarlas.
- *Antecedentes patológicos del paciente:* con especial énfasis en
 - Diabetes mellitus (DM).
 - Hipertensión arterial (HTA).
 - Insuficiencia renal crónica (IRC).
- *Uso de medias:* valorar si el paciente utiliza medias de compresión. En caso afirmativo, indicar el tipo y grado de compresión.
- *Medicación habitual:* tratamiento farmacológico habitual del paciente, con énfasis en fármacos como los anticonceptivos orales, antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes orales y diuréticos.



- *Medidas antropométricas:* Se realizará una determinación del peso en Kg con un decimal, la talla en metros con dos decimales y se hará el cálculo de IMC(= Kg/m²). Se clasificará al paciente en normopeso (IMC<25), sobrepeso (IMC entre 25 y 30) y obesidad con un IMC > 30.
- *Cribado nutricional:* Se utilizará el formulario MNA para realizar el cribado nutricional. Valores entre 24-30 indican estado nutricional normal, 17-23,5 riesgo de desnutrición y un valor < 17 se considerará desnutrición. (Anexo 1)

Características de la IVC

Signos: debe indicarse los que están presentes mediante una exploración de la piel del paciente.

- *Atrofia blanca:* zona de atrofia cutánea perimaleolar de aspecto blanco marfil. Puede ser dolorosa y evolucionar a úlcera.
- *Cambios tróficos de la piel:* pigmentación excesiva de la piel, usualmente se produce como resultado del incremento de la melanización de la epidermis más que por el incremento en número de melanocitos. La etiología es variada y la afección puede originarse por exposición a la luz, productos químicos u otras sustancias, o por trastorno metabólico primario.
- *Lipodermatoesclerosis:* alteración trófica y reversible, de coloración rojiza y ocre, habitualmente comprendida entre maléolos y rodillas.
- *Linfedema*⁵⁴: Edema producido por una disfunción linfática y se caracteriza por el acúmulo de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial dando lugar a un aumento del tamaño o hinchazón de la región corporal afectada.
- *Dermatitis ocre:* hiperpigmentación supramaleolar por extravasación de hemosiderina.
- *Eccema varicoso:* eritema o descamación de la piel que afecta fundamentalmente al tercio inferior de los miembros inferiores.
- *Edema:* aumento del volumen de los tejidos blandos debida al incremento anormal del volumen del líquido intersticial. El líquido que forma los edemas es un trasudado del plasma que se acumula cuando está favoreciendo el paso de líquido desde el espacio intravascular al espacio intersticial.

**Conjunto Mínimo Básico de Datos para la prevención,
diagnóstico y tratamiento de la IVC**



- *Corona flebectásica*: describe un patrón en abanico de numerosas pequeñas venas intradérmicas sobre la cara medial o lateral del tobillo. Constituye un signo temprano de IVC avanzada.
- *Celulitis*: inflamación aguda, difusa y supurativa del tejido conectivo blando, particularmente del tejido subcutáneo profundo, y en ocasiones del músculo, que se ve más comúnmente como resultado de la infección de una herida, úlcera, u otras lesiones de la piel.
- *Signo de fóvea*: Se considerará fóvea positiva cuando al ejercer una presión con el dedo al edema esta provoca una hendidura que permanece un tiempo después de ejercer la presión. Debe indicarse el grado de Fovea:

Grado 1	Leve depresión sin distorsión visible del contorno y desaparición casi instantánea
Grado 2	Depresión de hasta 4 mm y desaparición en 15 segundos
Grado 3	Depresión de hasta 6 mm y recuperación de la forma en 1 minuto
Grado 4	Depresión profunda hasta de 1 cm con persistencia de 2 a 5 minutos

En caso contrario se considerará negativo.

- *Varicoflebitis*: trombosis en una vena varicosa del sistema venoso superficial. Viene acompañado de dolor intenso, eritema y endurecimiento local.
- *Varicorragia*: hemorragia externa de una vena varicosa, de forma espontánea o tras un traumatismo. Aparece sobre lesiones preulcerosas, con una capa epidérmica muy fina y de color azulado.
- *Úlcera venosa activa*: úlcera de la piel y de las estructuras que están debajo de ella en las extremidades inferiores producida por la IVC.
- *Tipo de varices*: (diferencias de varices que tiene el paciente clasificadas)⁵⁵:
 - Telangiectasias (arañas vasculares): vénulas intradérmicas o subdérmicas dilatadas, calibre < 1mm de calibre.
 - Varículas (reticulares): venas subdérmicas localizadas en la dermis reticular, tortuosa, de color azulado, con un calibre >1mm < 3mm.



- Varices (tronculares): venas subcutáneas dilatadas de calibre de \geq 3mm. A menudo tortuosas.

Síntomas: son descritos por el paciente. Debemos indagar sobre la percepción de:

- *Calambres:* contracción sostenida y usualmente dolorosa de las fibras musculares. Puede aparecer como un fenómeno aislado o como una manifestación de un proceso patológico subyacente.
- *Fatiga:* agotamiento de la resistencia de la persona.
- *Quemazón:* Sensación de calor, ardor o picor excesivos localizado al final del conjunto de las telangiectasias.
- *Malestar en las piernas (sensación de piernas cansadas):* Sensación subjetiva que experimenta el paciente, que siente las piernas cansadas, mayoritariamente al final del día.
- *Parestesias:* Sensaciones cutáneas subjetivas (ejemplo; frío, calor, hormigueo, presión, etc.) que se experimentan espontáneamente en ausencia de estímulo.
- *Pesadez:* Sensación de pesadez, tensión en ambas piernas.
- *Prurito:* Intensa sensación de escozor que produce urgencia de frotar o rascar la piel para obtener alivio.
- *Dolor:* Sensación desagradable inducida por estímulos nocivos que son detectados por las terminaciones nerviosas de los nociceptores. Variable cuantitativa ordinal recogida mediante la Escala visual-analógica (EVA) graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor. Es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, pero no sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas. Se recogerá en valor numérico del 0-10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el dolor más extremo.



5.2. Las pruebas diagnósticas de la patología^{8,20,22,25-35,36-38,40-42,45,47-51}

En esta categoría se incluyen las pruebas que permiten diagnosticar la patología venosa de las EEII o descartar enfermedad arterial periférica para aplicar compresión sin riesgo.

- *Medición del índice tobillo/brazo (ITB)*: método para medir la existencia de oclusión arterial en la pierna. Se medirán las presiones sistólicas en mm Hg de las dos arterias de los pies (pedia y tibial posterior) y las dos braquiales de ambos brazos. Para su cálculo se escogerá el valor de la presión braquial más elevada como denominador en cada división. Se calcularán cuatro valores de ITB (pedia y tibial posterior de cada extremidad inferior), como numerador se utilizará cada una de las sistólicas encontradas de los miembros inferiores. Se anotarán los cuatro valores ITB con dos decimales.
- *Eco doppler (con o sin color)*: Dispositivo que permite, mediante un código de colores, la visualización del flujo sanguíneo de las venas superficiales, perforantes y profundas, así como imágenes de escala de grises de las venas y el tejido circundante. Se considerará positiva si se halla flujo venoso o negativa si no se halla flujo venoso.



5.3. Los métodos de valoración de la patología venosa^{8,14,20-23,25,28,32,36,40-49}

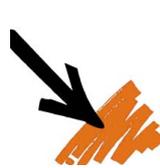
Para poder clasificar el estadio o la gravedad de la IVC se han encontrado diversas escalas y una es la más recomendada para su clasificación.

Escalas

- *Villalta*: Escala diagnóstica y de severidad para el síndrome postrombótico (SPT). Esta escala contiene dos apartados. Síntomas; dolor, calambres musculares, pesadez, parestesias y prurito. Estos son valorados por el propio paciente. Y Signos; edema pretibial, induración de la piel, hiperpigmentación, enrojecimiento, dilatación de las venas, compresión dolorosa de la pantorrilla y úlcera venosa. Este apartado será valorado por el sanitario. Estos ítems que se clasifican según su gravedad: ninguno/ausente(0), leve (1), moderado (2) y severo (3). El último ítem hace referencia a la presencia de úlcera venosa valorada como ausente (0)/presente (1). Interpretación de los resultados: 0-4 puntos; SPT ausente, 5-9 puntos; SPT leve, 10-14 puntos; SPT moderado, >14 puntos o presencia de úlcera; SPT grave. Se recogerá la puntuación total de la escala. (Anexo 2)
- *Venous Clinical Severity Score (VCSS)*: mide la gravedad de la IVC. Es una subescala de la Venous severity score (VSS). Esta escala contiene 10 ítems que se clasifican según su gravedad: ausente (0), leve (1), moderado (2) y grave (3). Cuanto más elevado sea el número de la suma de los ítems, mayor gravedad de la IVC. Se recogerá la puntuación total de la escala. (Anexo 3)

Clasificación

- *CEAP*: Sistema de clasificación de la patología venosa de las EEII que comprende desde el nivel de las venas varicosas con referencia a la apariencia de la piel, la causa de IVC, la localización anatómica de las venas afectadas y la patología involucrada. Clínica (6 estadios), Etiopatogenia (3 estadios), Anatomía patológica (3 estadios) y Fisiopatología (2 estadios). Se indicará el estadio Clínico, que se puede valorar con una inspección visual: existen seis estados diferenciados según la progresión de la patología, en los que indicaremos S (sintomático) o A (asintomático), en función de su presencia o ausencia, en cada EEII.



5.4. La valoración de la úlcera^{29,30,32,33,37,40}

En una úlcera necesario realizar una descripción completa, y por lo tanto en el CMBD se ha propuesto la posibilidad de insertar una imagen, además de la descripción de ésta y su seguimiento.

- *Pulsos*: Palpación de pulsos en pedio, tibial posterior, poplíteo y femoral de ambas piernas. Indicar si se encuentra presente (1) o ausente (0).
- *Dolor*: producido por la úlcera, valorado con la escala EVA. Indicar la puntuación.
- *Localización*: Indicar localización de la úlcera, en caso que no se pueda insertar imagen o no se vea claramente la localización.
- *Forma*: Indicar una descripción de la forma de la úlcera, en caso que no se pueda insertar imagen que permita distinguirla.
- *Bordes*: realizar una descripción del estado de los bordes de la úlcera, en caso que no se pueda insertar imagen que permita visualizarlo.
- *Lecho de la úlcera*: realizar una descripción del estado del lecho de la úlcera, en caso que no se pueda insertar imagen que permita ver su estado.
- *Exudado*: realizar una descripción del tipo de exudado de la úlcera y su cantidad.
- *Infección*: indicar si la úlcera se encuentra infectada y los signos y síntomas que nos conducen a su sospecha diagnóstica.
- *Escala RESVECH 2.0*: es una escala que monitoriza la evolución de la cicatrización de la úlcera⁵⁶. La escala cuenta con 6 categorías: dimensión de la lesión, profundidad/tejidos afectados, bordes, tipo de tejido en el lecho de la herida, exudado e infección/inflamación. Cada categoría recibe una puntuación, siendo el peor estado posible de la úlcera una puntuación de 35 y la cicatrización completa un resultado de 0. (Anexo 4)



5.5. Los diferentes tratamientos para la prevención y el abordaje de la patología venosa en las extremidades inferiores en todas sus fases

En esta sección, se identifican cuatro áreas fundamentales de prevención o tratamiento de la patología venosa en EEII: compresión terapéutica, farmacológico, quirúrgico y de la úlcera.

Compresión terapéutica^{8,14,20,25,26,28-35,36,37,39,40,42,44,45,47-49,51}

En esta sección se indicará el tratamiento compresivo que se recomienda al paciente:

- *Medias de compresión.* En esta variable debe indicarse si en este momento utiliza medias de compresión terapéutica, y la clase de compresión: (Anexo 5)
 - Clase I, compresión ligera (18-21 mm Hg). Acción preventiva y para el tratamiento de varices superficiales. Con algún síntoma de la IVC.
 - Clase II, compresión normal (22-29 mm Hg). Tratamiento para varices de gravedad media, úlcera de etiología venosa, edema moderado. También se aconseja a pacientes embarazadas con varices.
 - Clase III, compresión fuerte. (30-40 mm Hg). Tratamiento para varices de gran calibre, insuficiencia venosa postrombótica, tratamiento para úlceras de etiología venosa.
- *Sistema de velcro ajustable:* Producto ortopédico para una mejor adherencia al tratamiento de la IVC, con presión constante. Muy útil para fases de reducción de edema ya que se puede modular, por uno mismo, según la circunferencia en cada momento. Indicar si lo utiliza o se le prescribe.
- *Vendajes elásticos de tracción corta:* Son vendajes que actúan con el efecto de la fuerza de recuperación de las fibras musculares, tanto en fase de reposo como en fase de trabajo. Su compresión puede variar de 18 a 40 mm Hg según (ley de Laplace) en número de capas, el grado de elasticidad y



actividad del paciente. Por lo tanto, este tipo de vendaje es para pacientes activos y para pacientes en reposo o convalecencia. Indicar si lo utiliza o se le prescribe.

- *Vendajes elásticos de tracción larga:* Son vendajes que actúan ejerciendo una presión pasiva durante el reposo y activa durante el ejercicio. Realiza una compresión decreciente desde el tobillo hasta la rodilla. Variable cualitativa dicotómica. Indicar si lo utiliza o se le prescribe.
- *Vendaje multicapa:* Vendajes constituidos por más de una capa. Estos se combinan por diferentes tipos de materiales protectores y elásticos. Todo y que su compresión es sostenida, realiza más compresión de trabajo que en reposo. Actualmente existen dos tipos de compresión, 40 mm Hg para ITB superiores a 0'8, y 20 mm Hg para ITB entre 0'6 y 0'8 mm Hg o pacientes que no toleren una compresión de 40 mm Hg. Indicar si lo utiliza o se le prescribe.

Tratamiento farmacológico^{8,20,28,32,34,37,40-42,44,50,51}

Deberá indicarse si la persona está realizando el tratamiento farmacológico de alguno de estos fármacos: anticoagulantes orales (ACO), sulodexida, diuréticos, flavonoides/flebotónicos, pentoxifilina o ácido acetilsalicílico (AAS).

Tratamiento quirúrgico^{8,14,20,22,25,27,38,41,43,45,47,48,51-53}

En esta sección deberá indicarse si al paciente le han realizado alguna intervención quirúrgica y, en caso afirmativo, cuál. Existen técnicas quirúrgicas como:

- *Ablación endovenosa láser (EVLA):* Técnica endotérmica de ablación que utiliza energía láser para causar ablación venosa y cierre elevando la temperatura del interior de la luz de la vena.
- *Escleroterapia:* Inyección intravenosa de una sustancia irritante que provoca una respuesta inflamatoria en el endotelio de la vena para su posterior trombosis y fibrosis. Se puede utilizar con polidocanol o espuma de polidocanol. Indicada para varículas y telangiectasias.



- Aplicación de *stents por técnica endovascular* (para TVP de repetición).
- Otro: indicar qué otra intervención quirúrgica se le ha realizado.

Tratamiento de la úlcera^{8,11,24,28-30,32,33,37,42}

En esta sección se indicará el tratamiento que se realiza a la úlcera de la persona, indicando qué actividad se le ha realizado al paciente:

- *Limpieza de la úlcera*: indicar con qué producto se limpia la úlcera.
- *Secado minucioso*: cuando se ha secado minuciosamente dando toques con la gasa, sin producir microtraumatismos en los bordes de la herida.
- *Apósito de cura en ambiente húmedo*: indicar el tipo de apósito/s utilizado/s basados en la cura en ambiente húmedo para el tratamiento de la úlcera.
- *Apósito antimicrobiano*: indicar el tipo de apósito antimicrobiano que se utiliza.
- *Protección de la piel perilesional*: indicar qué producto se ha utilizado para proteger la piel perilesional, como por ejemplo un producto barrera.
- *Terapia de presión negativa (TPN)*: señalar si se le aplica este tipo de terapia para la cicatrización de la úlcera.
- *Colocación de injerto*: señalar si se le aplica este tipo de terapia para la cicatrización de la úlcera
- *Desbridamiento*: indicar el tipo de desbridamiento que se está realizando: autolítico, biológico, cortante, mecánico u osmótico.
- *Signos infección*: Cultivo/punción por aspiración. Debe señalarse si se realiza un cultivo, ya sea por frotis o por punción por aspiración cutánea, en caso de infección que no responde al tratamiento.
- *Signos de mala evolución*: en caso que la úlcera no evolucione favorablemente o empeore a pesar del tratamiento realizado, cabe plantearse la realización de una biopsia para descartar procesos oncológicos.



5.6. La calidad de vida del paciente^{8,20,26,38,42,45,47}

Existen diferentes instrumentos para medir la calidad de vida de los pacientes con algún problema venoso de las EEII.

Para medir la calidad de vida general del paciente, disponemos del *EuroQol-5D* (EQ-5D)⁵⁷: Instrumento para medir la calidad de vida. Consta de dos partes, la primera comprende 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, y ansiedad/depresión) las cuales tienen tres respuestas o niveles de gravedad (1- no tengo problemas, 2- algunos o moderados problemas y 3- tengo muchos problemas). El test se codifica mediante un número de 5 cifras, en el que cada dígito se corresponde con el nivel seleccionado en cada una de las 5 dimensiones. Por ejemplo, el estado 12113 implicaría ningún problema con la movilidad, las actividades cotidianas y el dolor/malestar, algunos problemas con el autocuidado y los problemas extremos de ansiedad/depresión. (Anexo 6)

La otra parte es una escala visual analógica para medir la percepción del estado de salud donde 0 y 100 son los extremos representando el peor y el mejor estado de salud imaginables respectivamente. Se anotará la puntuación total obtenida en el cuestionario.

Para medir la *calidad de vida en pacientes con IVC* disponemos del *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire*^{58,59} (CIVIQ): Es un cuestionario autoadministrado (Anexo 7) que consta de 20 preguntas agrupadas en 4 dimensiones: dolor (4 preguntas que corresponden al número de ítem: 1,2,3,4), social (3 preguntas que corresponden al número de ítem: 8,10 y 11), física (4 preguntas que corresponden al número de ítem: 5,6,7 y 9) y psicológica (9 preguntas que corresponden al número de ítem: del 12 al 20), y la puntuación global (20 preguntas). Cada pregunta puntúa de 1 a 5, en la que una puntuación de 1 es si el síntoma, sensación o molestia descrito no conciernen/afectan al paciente y de 2 á 5 si alguna vez le han afectado con más o menos intensidad



en las últimas 4 semanas (5 es la máxima intensidad). Para calcular la puntuación total de cada dimensión y la global, se realiza una media ajustada a la fórmula $(\text{puntuación final} - \text{puntuación mínima posible}) / (\text{puntuación teórica máxima} - \text{puntuación teórica mínima}) \times 100$. Una vez obtenida la puntuación, ésta se invierte ($100 - \text{puntuación obtenida}$), interpretándose las puntuaciones como 0 la peor calidad de vida y 100 la mejor calidad de vida posible. *Por ejemplo*, en la dimensión social, que consta de 3 preguntas, si un paciente ha obtenido una puntuación de 12 (4 puntos en cada respuesta), este 12 deberá restarse de la puntuación mínima posible, que es 3 ($12 - 3 = 9$). Este valor debe dividirse entre el resultado obtenido de la resta de la puntuación teórica máxima (15) y la puntuación teórica mínima (3), que es 12 y multiplicarse por 100. La formulación sería $9/12 = 0,75$. Este 0,75 se multiplica por 100, ($0,75 \times 100$), por lo que obtendríamos un resultado de 75. Para obtener la puntuación final y que la interpretación sea en sentido ascendente, se invierte el resultado restándolo de 100 ($100 - 75 = 25$). Por lo tanto, este paciente tendría una puntuación de 25 en la dimensión social, (siendo 0 peor calidad de vida y 100 la mejor calidad de vida posible). Para el cálculo automático de la puntuación global del cuestionario, se puede realizar añadiendo la puntuación total obtenida mediante la calculadora que aparece en el enlace siguiente:

<https://www.civiq-20.com/scoring-missing-data/calculation-global-index-score/>

En caso de pacientes con *IVC* y con una *úlcer*a, disponemos del *CHARING CROSS*, cuya versión se ha validado al español⁶⁰. Compuesto por 20 ítems que determinan cuatro dimensiones: la función social, las actividades domésticas, la dimensión estética y el estado emocional. Cuanto más baja es la puntuación, mejor calidad de vida. Se anotará la puntuación total obtenida en el cuestionario. (Anexo 8)



5.7. La educación para la salud^{28-30,32,33,40,49}

En esta última sección se indicará la educación para la salud que se ha realizado al paciente con riesgo o que ya padece alguna patología venosa de las EEII, con recomendaciones sobre:

- Aseo diario
- Calzado cómodo y fresco
- Elevación del colchón (zona pies)
- Pérdida de peso
- Duchas de agua fría/tibia
- Evitar bipedestación estática
- Prevención del estreñimiento
- Uso de medias compresivas
- Deshabitación tabáquica
- Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)
- Masajes en las piernas en sentido ascendente
- Evitar uso de ropa ajustada
- Elevar las piernas cuando está en reposo
- Hacer ejercicio físico
- Hidratación de las piernas
- Evitar fuentes de calor directa en las piernas



CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS PARA EL REGISTRO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Hábito tabáquico: Fumador Fumador pasivo Exfumador No fumador

Actividad física: Activo Sedentario

Profesión > 5h de pie o sentado Antecedentes familiares IVC Antecedentes: úlcera

Consumo perjudicial de alcohol Antecedentes IQ EEII

Número de embarazos Dificultad movilización tobillo

Antecedentes trombosis IVC Hábito intestinal: Normal Estreñimiento

Año diagnóstico IVC: _____ Antecedentes patológicos: DM HTA IRC

Uso medias compresivas (en caso afirmativo) tipo : _____

Medicación habitual: Anticonceptivos AINES ACO Diuréticos

Peso: _____ Kg Talla: _____ m IMC: _____ Normopeso Sobrepeso Obesidad

Riesgo de desnutrición (Puntuación MNA): _____ (Anexo1) Sin riesgo Riesgo Malnutrición

CARACTERÍSTICAS DE LA IVC

SIGNOS:

Atrofia blanca Cambios tróficos en la piel Lipodermatoesclerosis Linfedema

Dermatitis ocre Eccema varicoso Edema Corona flebectásica Celulitis

Signo de Fovea +1 +2 +3 +4 Varicoflebitis Varicorragia

Úlcera activa Tipo varices: Telangiectasias Varículas Varices

SÍNTOMAS:

Calambres Fatiga (piernas) Quemazón Malestar piernas Parestesias

Pesadez Prurito Dolor Valor escala EVA

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Doppler (auscultación de flujo) Sí No

ECO doppler: _____ ITB: Pedio D _____ Pedio I _____ Tibial D _____ Tibial E _____

VALORACIÓN PATOLOGÍA VENOSA

Puntuación Escala Villalta: _____ (Anexo 2) Puntuación EVCSS: _____ (Anexo 3)

Clasificación CEAP *	Pierna Derecha		Pierna Izquierda	
	C4a	C4b	C4a	C4b
C0 Ausencia de signos				
C1 Varices telangiectasias				
C2 Varices tronculares				
C3 Edema				
C4 Cambios tróficos en la piel **				
C5 Úlcera cicatrizada				
C6 Úlcera abierta				

*Marcar cada uno de los apartados presentes en cada pierna con una S (Sintomático) o A (Asintomático).

**C4a pigmentación y/o eccema
C4b lipodermatoesclerosis y/o atrofia blanca.



VALORACIÓN ÚLCERA VENOSA

Pulsos presentes Sí No Dolor (Escala EVA): _____

Localización _____

Forma _____

Bordes _____

Fondo _____

Exudado _____

Signos de infección _____

Escala RESVECH 2.0 (Anexo 4) _____



TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA VENOSA

COMPRESIÓN:

Medias de compresión ortopédicas (Anexo 5) CCL: _____ Sistema de velcro ajustable

Vendaje de baja elasticidad Vendaje de alta elasticidad Vendaje multicapa

FARMACOLÓGICO:

ACO Diurético Flavonoides/Flebotónicos Sulodexida Pentoxifilina ASS

QUIRÚRGICO:

¿Ha recibido algún tratamiento quirúrgico? Sí No

EVLA Escleroterapia Terapia endovascular por stents Otro ¿Cuál? _____

ÚLCERA VENOSA:

Secado minucioso Limpieza de la úlcera _____ Apósito (CAH) _____ Apósito antimicrobiano _____

Protec. piel perilesional _____ Terapia presión negativa Colocación de injerto

Desbridamiento: Autolítico Biológico Cortante Mecánico Osmótico

Signos de infección: Cultivo/Punción por aspiración Signos de mala evolución: Biopsia

CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida general: Puntuación EQ-5D (Anexo 6) Puntuación escala EVA

Calidad de vida con IVC: Puntuación CIVIQ : (Anexo 7) Dolor Física Social Psicológica Global

Calidad de vida con úlcera venosa: Puntuación Charing Cross (Anexo 8)

CONSEJOS DE SALUD

Aseo diario Calzado cómodo y fresco Elevación del colchón (zona pies)

Dieta y pérdida de peso Duchas agua fría/tibia Evitar bipedestación estática

Evitar estreñimiento Uso de medias compresivas Deshabitación tabáquica

Aplicar AGHO (emulsión) Masajes en sentido ascendente No usar ropa ajustada

Elevar piernas en reposo Recomendar ejercicio físico Hidratación de las piernas

Evitar fuentes de calor directa (piernas)



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (CONUEI). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon;2018.
2. Álvarez Fernández LJ, Lozano F, Marinello-Roura J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre insuficiencia venosa crónica en España: Estudio DETECT-IVC 2006. Angiología. 2008;60(1):27-36.
3. Escudero Rodríguez JR, Fernández Quesada F, Bellmunt Montoya S. Prevalencia y características clínicas de la enfermedad venosa crónica en pacientes atendidos en Atención Primaria en España: resultados del estudio internacional Vein Consult Program. Cir Esp. 2014;92(8):539-546.
4. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, et al.; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg. 2011;53(5 Suppl):2S-48S.
5. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systemic review. J Wound Care. 2014;23(12):601-612.
6. Miquel Abad C, Rial Horcajo R, Ballesteros Ortega MD, García Madrid C. Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica. Torrejón de Ardoz: IDMedica; 2015.
7. Marinello J. Anatomía y hemodinámica de la circulación arterial, venosa y linfática de la extremidad inferior. En: Marinello Roura J, editor. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: 2º ed.Glosa; 2011.
8. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's Choice - Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2015;49(6):678-737.
9. Gohel M. Which treatments are cost-effective in the management of varicose veins? Phlebology. 2013;28 Suppl 1:153-7.



10. Amsler F, Blättler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;35(3): 366-72.
11. Mosti G, De Maesenner M, Cavezzi A, Parsi K, Nelzen O, Rabe E, et al. Society for Vascular Sugery and American Venous Forum Guidelines on the management of venous leg ulcers: the point of view of the International Union of Phlebology. *Int Angiol.* 2015; 34(3): 202-218.
12. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40(6):1248-52.
13. Bellmunt Montoya S, Díaz Sánchez S, Sánchez Nevárez 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. *Aten Primaria.* 2012;44(9):555e1-555e11.
14. Reich-Schupke S, Murmann F, Altmeyer P, Stücker M. Compression therapy in elderly and overweight patients. *Vasa.* 2012;41(2):125-31.
15. Nelson EA, Bradley MD. Vendajes y agentes tópicos para el tratamiento de las úlceras arteriales en las piernas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
16. Ylönen M, Stolt M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *Int Nurs Rev.* 2014;61(2):194-202.
17. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-del-Olmo E, Homs-Romero E, Bertran-Noguer C. Course content related to chronic wounds in nursing degree programs in Spain. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(1):51-61.
18. Ibars-Moncasí P, San Sebastián-Domínguez JA, Soldevilla-Agreda JJ. Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD-Upp). Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n° 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.
19. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD008378.



20. Morrison N, Gibson K, McEnroe S, Goldman M, King T, Weiss R et al. Randomized trial comparing cyanoacrylate embolization and radiofrequency ablation for incompetent great saphenous vein (VeClose). *J Vasc Surg.* 2015;61(4):985-994.
21. Musil D, Kaletova M, Herman J. Age, body mass index and severity of primary chronic venous disease. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011;155(4):367-71.
22. Van den Boezem PB, Klem TM, le Cocq d'Armandville E, Wittens CH. The management of superficial venous incompetence. *BMJ.* 2011;343:d4489.
23. Pitsch F. VEIN CONSULT Program: interim results from the first 70000 screened patients in 13 countries. *Phlebology.* 2012;19(3):132-137.
24. Dumville JC, Land L, Evans D, Peinemann F. Negative pressure wound therapy for treating leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD011354.
25. Carruthers TN, Farber A, Rybin D, Doros G, Eslami MH. Interventions on the superficial venous system for chronic venous insufficiency by surgeons in the modern era: an analysis of ACS-NSQIP. *Vasc Endovascular Surg.* 2014;48(7-8):482-490.
26. Allegra C, Antignani PL, Will K, Allaert F. Acceptance, compliance and effects of compression stockings on venous functional symptoms and quality of life of Italian pregnant women. *Int Angiol.* 2014;33(4):357-64.
27. Robertson LA, Evans CJ, Lee AJ, Allan PL, Ruckley CV, Fowkes FG. Incidence and risk factors for venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;48(2):208-14.
28. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) Venous Ulcer Guideline. Malvern, Pennsylvania: Association for the Advancement of Wound Care (AAWC); 2010.
29. Muñoz Rodríguez A, Escanciano Pérez I, Ballesteros Úbeda MV, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J, et al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas crónicas. Madrid: Hospital Universitario de Móstoles; 2011.
30. Caicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Sáiz B, Gómez España MV, et al. Manual de prevención y cuidados locales en heridas crónicas. Edita: Servicio Cántabro de Salud. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud; 2011.
31. Suehiro K, Morikage N, Murakami M, Yamashita O, Ueda K, Samura M, et al. Study of leg edema in immobile patients. *Circ J.* 2014;78(7):1733-9.



32. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 2ª ed. Sevilla: AEEVH, 2014.
33. Australian Wound Management Association & New Zealand Wound Care Society. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. Australia: Cambridge Publishing; 2011.
34. Traves K, Studdiford J, Pickle S, Tully A. Edema: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2013;88(2):102-110.
35. Thaler HW, Pienaar S, Wirnsberger G, Roller-Wirnsberger RE. Bilateral leg edema in an older woman. Z Gerontol Geriatr. 2015;48(1):49-51.
36. Blazek C, Amsler F, Blaettler W, Keo HH, Baumgartner I, Willenberg T. Compression hosiery for occupational leg symptoms and leg volume: a randomized crossover trial in a cohort of hairdressers. Phlebology. 2013;28(5):239-47.
37. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
38. Boersma D, van Eekeren RR, Kelder HJ, Werson DA, Holewijn S, Schreve MA, et al. Mechanochemical endovenous ablation versus radiofrequency ablation in the treatment of primary small saphenous vein insufficiency (MESSI trial): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2014;29(15):421.
39. Robertson L, Yeoh SE, Kolbach DN. Non-pharmacological interventions for preventing venous insufficiency in a standing worker population. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(10):CD006345.
40. Álvaro Rangil T, Berenguer Pérez M, Cegri Lombardo F, García Arcos E, Manuel Martí B, Marquilles Bonet C. Guia d'úlceres venoses. Barcelona: AIFICC; 2014.
41. Milleret R, Huot L, Nicolini P, Creton D, Roux AS, Decullier E, et al. Great saphenous vein ablation with steam injection: results of a multicentre study. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2013;45(4):391-6.
42. Miquel Abad C, Rial Horcajo R, Ballesteros Ortega MD, García Madrid C. Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica. Torrejón de Ardoz: IDMedica; 2015.
43. Korkmaz K, Yener AÜ, Gedik HS, Budak AB, Yener Ö, Genç SB, et al. Tumescentless endovenous radiofrequency ablation with local hypothermia and compression technique. Cardiovasc J Afr. 2013;24(8):313-7.



44. Perrin M, Ramelet AA. Pharmacological treatment of primary chronic venous disease: rationale, results and unanswered questions. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011;41(1):117-25.
45. Van Eekeren RR, Boersma D, Konijn V, de Vries JP, Reijnen MM. Postoperative pain and early quality of life after radiofrequency ablation and mechanochemical endovenous ablation of incompetent great saphenous veins. *J Vasc Surg.* 2013;57(2):445-50.
46. Amsler F, Rabe E, Blätter W. Leg Symptoms of Somatic, Psychic, and Unexplained Origin in the Population-based Bonn Vein Study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2013;46(2):255-262.
47. Bakker NA, Schieven LW, Bruins RM, van den Berg M, Hissink RJ. Compression stockings after endovenous laser ablation of the great saphenous vein: a prospective randomized controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2013;46(5):588-92.
48. Lawson J, Gauw S, van Vlijmen C, Pronk P, Gaastra M, Mooij M, Wittens CH. Sapheon: the solution? *Phlebology.* 2013;28 Suppl 1:2-9.
49. Kelechi TJ, Mueller M, Zapka JG, King DE. The effect of a cryotherapy gel wrap on the microcirculation of skin affected by chronic venous disorders. *J Adv Nurs.* 2011;67(11):2337-49.
50. Hsieh MC, Chang PY, Hsu WH, Yang SH, Chan WP. Role of three-dimensional rotational venography in evaluation of the left iliac vein in patients with chronic lower limb edema. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2011;27(7):923-9.
51. Anaya-Ayala JE, Adams MK, Telich-Tarriba JE, Dresser KL, Ismail N, Peden EK. Complex left profunda femoris vein to renal vein bypass for the management of progressive chronic iliofemoral occlusion. *Ann Vasc Surg.* 2013;27(1):112.e5-8.
52. Adams MK, Anaya-Ayala JE, Ismail N, Peden EK. Surgical femorocaval bypass for recalcitrant iliofemoral venous occlusion to endovascular treatment. *Vasc Endovascular Surg.* 2012;46(7):578-81.
53. Bellmunt-Montoya S, Escribano JM, Dilme J, Martinez-Zapata MJ. CHIVA method for the treatment of chronic venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD009648.
54. Puigdemívol Serafí C, Alonso Álvarez B. Guía de Práctica Clínica Orientación Diagnóstica y Terapéutica del Linfedema. 2a ed. Bilbao: Capítulo Español de Flebología y Linfología; 2017.
55. Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la enfermedad venosa crónica en Atención Primaria. Torrejón de Ardoz: IDMedica; 2015.
56. Restrepo-Medrano JC, Verdu Soriano J. Development of a wound healing index for chronic wounds. *GEROKOMOS.* 2011;22(4):176-183.



57. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425-30.
58. González-Fajardo JA, Martín-Pedrosa M, Mengibar Fuente L, Salvador Calvo R, Almaraz A, Vaquero C. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con síndrome postrombótico. *Angiología*. 2010;62(4):140-145.
59. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual Life Res*. 1996;5(6):539-554.
60. González-Consuegra Renata V, Verdú Soriano J. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa: Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del Pressure Ulcer Scale for Healing, versión española (PUSH-e). Resultados preliminares. *Gerokomos*. 2011;22(3):131-136.

Mini Nutritional Assessment MNA

CRIBAJE				
A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses		0= Ha comido mucho menos	1= Ha comido menos	2= Ha comido igual
B. Pérdida reciente de peso (<3meses)	0= Pérdida de peso >3kg	1= No lo sabe	2= Pérdida de peso de entre 1y 3kg	3= No había pérdida de peso
C. Movilidad		0= De la cama al sillón	1= Autonomía en el interior	2= Sale del domicilio
D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológicos en los últimos 3 meses?			0=sí	1=no
E. Problemas neuropsicológicos		0= Demencia o depresión grave	1= Demencia o depresión moderada	2= Sin problemas psicológicos
F. Índice de masa corporal (IMC)=peso en kg/(talla en m) ²	0= IMC<19	1= 19≤ IMC <21	2= 21≤ IMC<23	3= IMC≥23

Puntuación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos):
12-14 puntos: Estado nutricional normal
8-11 puntos: Riesgo de malnutrición
0-7 puntos: Malnutrición

EVALUACIÓN

G. El paciente vive independiente en su domicilio		0= Sí	1= No
H Toma más de 3 medicamentos al día?		0= Sí	1= No
J. Cuantas comidas completas toma al día?	0= 1 comida	1= 2 comidas	2= 3 comidas
k. Consume el paciente (debe contestar sí o no)	Productos lácteos al menos una vez al día?	Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana?	Carne, pescado o aves, diariamente?
	0= 0 o 1 sí	0'5= 2 síes	1= 3 síes
L. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?		0= Sí	1= No
M. Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, vino, cerveza, etc.)	0= Menos de tres vasos	0'5= De 3 a 5 vasos	1= Más de 5 vasos
N. Forma de alimentarse	0= Necesita ayuda	1= Se alimenta solo con dificultad	2= Se alimenta solo sin dificultad
O. Se considera el paciente que está bien nutrido?	0= Malnutrición grave	1= No lo sabe o malnutrición moderada	2= Sin problemas de nutrición
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?			
	0= Peor	0'5= No lo sabe	1= Igual
			2= Mejor
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0= CB <21	0'5= 21≤ CB <22	1= CB>22
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0= CP < 31	1= CP ≥ 31	

Puntuación de la evaluación (subtotal máx. 16 puntos):
EVALUACIÓN GLOBAL (máx. 30 puntos):
24-30 puntos: Estado nutricional normal
17-23,5 puntos: Riesgo de malnutrición
< 17 puntos: Malnutrición


ANEXO 2 ESCALA DE VILLALTA PARA LA VALORACIÓN DEL SÍNDROME POSTROMBÓTICO

Escala Villalta del Síndrome Postrombótico

	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3
Síntomas				
Dolor				
Calambres musculares				
Pesadez				
Parestesias				
Prurito				
Signos				
Edema pretibial				
Induración de la piel				
Hiperpigmentación				
Enrojecimiento				
Dilatación de las venas				
Compresión dolorosa de la pantorrilla				
Úlcera venosa	Ausente (0) / Presente (1)			

Cada síntoma es valorado por el propio paciente y cada signo por el médico.



Escala Venous Clinical Severity Score

Puntuación	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3
Dolor <input type="checkbox"/>	Nunca	Ocasional, no limita la actividad o requiere de analgésicos	Diario, limita moderadamente la actividad, ocasionalmente requiere analgésicos	Diario, limita severamente la actividad o requiere del uso regular de analgésicos
Varices <input type="checkbox"/>	Ausente	Escasas, dispersas en varias ramas	Múltiples varices de la VSI* confinadas a la pantorrilla o el muslo	Extensa en el muslo y pantorrilla o de distribución en la VSI* o VSE**
Edema venoso <input type="checkbox"/>	Ausente	Nocturna solo alrededor del tobillo	Por la tarde alrededor del tobillo y que requiere elevación	Matutino, alrededor del tobillo
Pigmentación cutánea <input type="checkbox"/>	Ausente tobillo	Difusa pero limitada al área y antigua (ocre)	Difusa, con una distribución en "polaina" (tercio bajo) o pigmentación reciente (púrpura)	Distribución severa o eccema venoso o significativo
Inflamación <input type="checkbox"/>	Ausente	Celulitis leve, limitada a un área marginal alrededor de la úlcera	Celulitis moderada, que involucra toda el área de la "polaina" (tercio bajo)	Celulitis severa o eccema venoso o significativo
Induración <input type="checkbox"/>	Ausente <5cm	Focal, bimaleolar menor al tercio bajo de la pantorrilla	Medial o lateral, de la pantorrilla o más	Todo el tercio bajo
Número de úlceras cicatrizadas <input type="checkbox"/>	0	1	2	>2
Duración de la úlcera activa <input type="checkbox"/>	Ninguno	< 3 meses	Entre 3 y 12 meses	Sin cicatrizar > 1año
Tamaño de la úlcera activa <input type="checkbox"/>	Ninguno	< 2cm de diámetro	De 2 a 6 cm	>6 cm
Terapia compresiva <input type="checkbox"/>	No usa o no obedece	Uso intermitente de medias	Uso de medias elásticas la mayor parte del día	Uso constante de medias + elevación

*VSI: Vena Safena Interna **VSE: Vena Safena Externa



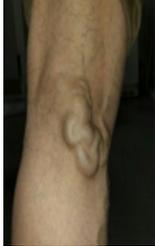
ANEXO 4 ESCALA RESVECH 2.0 PARA LA VALORACIÓN DE LA ÚLCERA VENOSA

Escala RESVECH 2.0

Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3
1. Dimensión de la lesión				
0. Superficie = 0cm ²				
1. Superficie < 4cm ²				
2. Superficie = 4 ≤ 16 cm ²				
3. Superficie = 16 ≤ 36 cm ²				
4. Superficie = 36 ≤ 64 cm ²				
5. Superficie = 64 ≤ 100 cm ²				
6. Superficie ≥ 100 cm ²				
2. Profundidad / Tejidos afectados				
0. Piel intacta cicatrizada				
1. Afectación de la dermis-epidermis				
2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo)				
3. Afectación del músculo				
4. Afectación del hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)				
3. Bordes				
0. No distinguibles				
1. Difusos				
2. Delimitados				
3. Dañados				
4. Engrosados ("envejecidos", "evertidos")				
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida				
4. Necrótico (escara negra seca o húmeda)				
3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho				
2. Tejido de granulación				
1. Tejido epitelial				
0. Cerrada / cicatrización				
5. Exudado				
3. Seco				
0. Húmedo				
1. Mojado				
2. Saturado				
3. Con fuga de exudado				
6. Infección / inflamación (signos-Biofilm)				
6.1. Dolor que va en aumento (Sí = 1, No = 0)				
6.2. Eritema en la perilesión (Sí = 1, No = 0)				
6.3. Edema en la perilesión (Sí = 1, No = 0)				
6.4. Aumento de la temperatura (Sí = 1, No = 0)				
6.5. Exudado que va en aumento (Sí = 1, No = 0)				
6.6. Exudado purulento (Sí = 1, No = 0)				
6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad (Sí = 1, No = 0)				
6.8. Herida estancada, que no progresa (Sí = 1, No = 0)				
6.9. Tejido compatible con Biofilm (Sí = 1, No = 0)				
6.10. Olor (Sí = 1, No = 0)				
6.11. Hipergranulación (Sí = 1, No = 0)				
6.12. Aumento del tamaño de la herida (Sí = 1, No = 0)				
6.13. Lesiones satélite (Sí = 1, No = 0)				
6.14. Palidez del tejido (Sí = 1, No = 0)				
PUNTACIÓN TOTAL DE CADA SUB-ÍTEM				
PUNTUACIÓN TOTAL (máx. = 35 , mín. = 0)				



ANEXO 5 ESCALA CEAP PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA IVC Y SU CONCORDANCIA CON EL USO DE LA COMPRESIÓN ADECUADA*

CEAP C0	CEAP C1	CEAP C2	CEAP C3	CEAP C4 a	CEAP C4 b	CEAP C5	CEAP C6
							
Compresión 18-21 mmHg (CCL1)			Compresión 21-32 mmHg (CCL2)	Compresión 32-40 mmHg (CCL3)			

En cada uno de estos apartados hay que anotar: S (presencia de síntomas) //A (ausencia de síntomas).

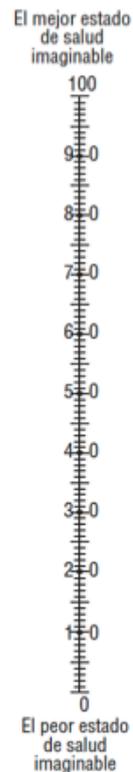
Síntomas: Dolor, sensación de quemazón, sensación de piernas pesadas, irritación de la piel (prurito), rampas musculares u otros.

*La compresión adecuada siempre es la máxima que tolere el paciente en función de la clínica que presente.



ANEXO 6 CUESTIONARIO 5Q - 5D PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA

Cuestionario EQ-5D, Calidad de vida en salud	Termómetro EUROQOL de Autovaloración del estado de salud
Movilidad	<p>TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD</p> <p>Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse</p> <p>Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
Cuidado personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	
Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas de casa, etc.)	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor/malestar	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo moderado dolor o malestar	
Tengo mucho dolor o malestar	
Ansiedad/depresión	
No estoy ansioso ni deprimido	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	
Estoy muy ansioso o deprimido	



ANEXO 7 CUESTIONARIO CIVIQ PARA VALORAR LA CALIDAD DE LA VIDA DE LA PERSONA CON IVC

Autocuestionario para la calidad de vida de la persona con IVC. CIVIQ 20

1. Durante las cuatro últimas semanas, ¿le han dolido los tobillos o las piernas, y con qué intensidad?

Ningún dolor 1	Dolores leves 2	Dolores medianos 3	Dolores importantes 4	Dolores intensos 5
-------------------	--------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------

2. A lo largo de las cuatro últimas semanas, ¿en qué medida se sintió Ud. molesto(a)/limitado(a) en su trabajo o en sus actividades habituales diarias a causa de sus problemas de piernas?

Ninguna molestia 1	Un poco molesto(a) 2	Moderadamente molesto(a) 3	Muy molesto(a) 4	Extremadamente molesto(a) 5
-----------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------------------

3. Durante las cuatro últimas semanas, ¿alguna vez durmió mal a causa de su problema de piernas, y con qué frecuencia?

Nunca 1	Muy de vez en cuando 2	A menudo 3	Muy a menudo 4	Todas las noches 5
------------	---------------------------	---------------	-------------------	-----------------------

Durante las cuatro últimas semanas, ¿en qué medida sus problemas de piernas le han molestado para poder efectuar los gestos o las actividades indicados a continuación?

	Ninguna molestia	Un poco molesto(a)	Moderadamente molesto(a)	Muy molesto(a)	Extremadamente molesto(a)
4. Estar mucho rato de pie	1	2	3	4	5
5. Subir escaleras (varios pisos)	1	2	3	4	5
6. Ponerse en cuclillas/arrodillarse	1	2	3	4	5
7. Andar con paso ligero	1	2	3	4	5
8. Viajar en coche, en autobús, en avión	1	2	3	4	5
9. Hacer ciertas tareas del hogar (cocinar, llevar en niño en brazos, planchar, limpiar, hacer bricolaje, etc.)	1	2	3	4	5
10. Ir de bares, al restaurante, una fiesta, a una boda, etc.	1	2	3	4	5
11. Hacer deporte (tenis, fútbol, footing,...), realizar esfuerzos físicos importantes	1	2	3	4	5

Los problemas de piernas también pueden repercutir en su estado de ánimo. ¿En qué medida las frases siguientes corresponden a lo que usted ha notado en las últimas cuatro semanas?

	En absoluto	Poco	Moderadamente	Mucho	Completamente
12. Me siento nervioso(a), tenso(a)	1	2	3	4	5
13. Me canso enseguida	1	2	3	4	5
14. Tengo la impresión de ser una carga para los demás	1	2	3	4	5
15. Tengo que tomar precauciones (como estirar las piernas, no estar mucho rato de pie, etc.)	1	2	3	4	5
16. Me da vergüenza enseñar mis piernas	1	2	3	4	5
17. Me irrito y me pongo de mal humor fácilmente	1	2	3	4	5
18. Me siento como minusválido(a)	1	2	3	4	5
19. Me cuesta arrancar por la mañana	1	2	3	4	5



ANEXO 8 CUESTIONARIO CHARING CROSS PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CON ÚLCERA VENOSA.

Cuestionario Charing Cross: Calidad de vida de la persona con úlcera venosa

Puntúe con la escala de cada pregunta:					
1. La úlcera me duele:	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
2. Tener úlceras en la pierna me impide:					
a) Quedar con mis amigos y familiares	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
b) Ir de vacaciones	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
c) Practicar mis hobbies-vacaciones	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
d) Utilizar el transporte público (autobús, metro, taxi, etc.)	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
3. Indique su grado de acuerdo o de desacuerdo con las siguientes afirmaciones:					
a) La úlcera me ha vuelto más torpe o me ha vuelto más inútil	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
b) La úlcera afecta negativamente a mis relaciones personales	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
c) Que la úlcera supure-exude es un problema para mí	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
d) Paso mucho tiempo pensando en mi úlcera	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
e) Me preocupa que la úlcera no se cure nunca	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
f) Estoy harto de la cantidad de tiempo que supone tratar la úlcera	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
4. Me incomoda la apariencia de mis piernas debido a la úlcera y/o los apósitos-vendaje:		Por supuesto que no (1)	En algunas ocasiones (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
5. Mi úlcera me impide realizar (llevar a cabo) las siguientes tareas domésticas o cotidianas:					
a) Cocinar	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
b) Limpiar	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
c) Hacer la compra	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
d) Arreglar el jardín	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
6. Me encuentro deprimido debido a la/s úlceras de mis pierna/s:		Por supuesto que no (1)	En algunas ocasiones (2)	A menudo (3)	Siempre (4)
7. Por favor, indique en qué medida le resultan problemáticos los siguientes factores relacionados con los apósitos- vendajes de su pierna:					
a) Lo aparatoso/s que es/son (en términos de grosor, volumen, etc.)	Un problema enorme (5)	Un gran problema (4)	Un problema moderado (3)	Un pequeño problema (2)	Ningún problema (1)
b) Su apariencia	Un problema enorme (5)	Un gran problema (4)	Un problema moderado (3)	Un pequeño problema (2)	Ningún problema (1)
c) Su influencia en la ropa que llevo o en mi forma de vestir	Un problema enorme (5)	Un gran problema (4)	Un problema moderado (3)	Un pequeño problema (2)	Ningún problema (1)
8. La úlcera hace que me resulte difícil caminar:		Nunca (1)	En algunas ocasiones (2)	En bastantes ocasiones (3)	Siempre (4)

