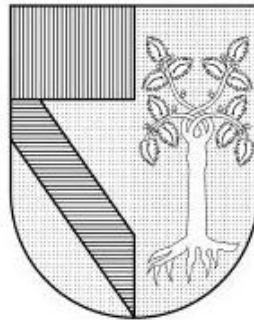


UNIVERSIDAD PANAMERICANA

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería**



“DESARROLLO DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE HERIDAS PARA LA
CASA HOGAR PARA ENFERMOS DE LAS HERMANAS DEL BUEN
SAMARITANO I.A.P”

PROYECTO TERMINAL

Q U E P R E S E N T A

L.E. YESENIA ORTÍZ FRANCISCO

P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E :

MAESTRÍA EN TERAPIA DE HERIDAS, ESTOMAS Y QUEMADURAS

DIRECTOR DEL TRABAJO:

MTRA. LAURA GABRIELA CHICO BARBA

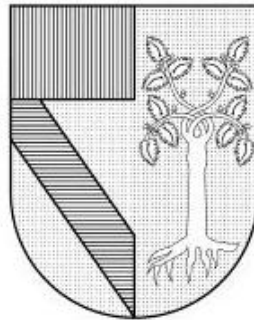
ASESOR: MTRA. BLANCA ESTELA LÓPEZ HERNÁNDEZ

Ciudad de México

2018

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería



“DESARROLLO DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE HERIDAS PARA LA
CASA HOGAR PARA ENFERMOS DE LAS HERMANAS DEL BUEN
SAMARITANO I.A.P”

PROYECTO TERMINAL

QUE PRESENTA

L.E. YESENIA ORTÍZ FRANCISCO

EN COLABORACIÓN CON:

L.E. MARÍA LUISA CABRERA MARTÍNEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN TERAPIA DE HERIDAS, ESTOMAS Y QUEMADURAS

Ciudad de México

2018

Índice

I.	Resumen	4
II.	Marco teórico.....	5
III.	Antecedentes	12
IV.	Planteamiento del problema y pregunta de investigación	20
V.	Justificación	21
VI.	Objetivos	22
	Objetivo General:	22
	Objetivos Específicos:.....	22
VII.	Material y métodos.....	23
	i. Diseño del estudio	23
	ii. Universo o población objetivo	23
	iii. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
	iv. Tamaño de muestra.....	23
	v. Descripción del instrumento.....	24
	vi. Procedimientos de recolección de datos	26
	vii. Aspectos éticos	29
	viii. Recursos materiales.....	29
VIII.	Discusión	30
IX.	Conclusiones	32
X.	Agradecimientos.....	33
XI.	Referencias.....	34
XII.	Anexos	37

I. Resumen

Introducción: Los instrumentos de valoración son de vital importancia para una adecuada evaluación de las heridas, y determinar la evolución de la cicatrización, es por eso que surge la necesidad de contar con una herramienta que sea aplicable para la Casa Hogar de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P.

Objetivo: Elaborar un instrumento que nos permita realizar la valoración integral de las heridas; permitiéndonos evaluar y registrar de manera práctica y accesible para todo el personal que atiende las heridas.

Metodología: El desarrollo del instrumento se dividió en dos etapas: La primera: se realizó la búsqueda literaria, descripción de variables y desarrollo de los ítems e instrumento de valoración. La segunda: Revisión y evaluación, por expertas en heridas, postulantes de la maestría, enfermeras de casa del Buen Samaritano y pasante de enfermería; para su análisis, retroalimentación y aporte de correcciones.

Resultado: Tras las revisiones de los instrumentos, se sugiere hacer modificaciones en cuanto a información más clara, complementar con datos para la prevención de complicaciones (infección) y que sea más eficaz para la recopilación de datos.

Conclusiones: El instrumento elaborado logra dar una valoración integral y específica de acuerdo a la etiología de las heridas, a comparación de los instrumentos que se han utilizado para la atención de pacientes con heridas de la Casa Hogar para Enfermos del Buen Samaritano I.A.P.

II. Marco teórico

Definición de herida:

Las heridas son elementos que van de la mano con la historia. El concepto que se tenía anteriormente sobre una lesión no estaba tan conformado en comparación al que se tiene hoy en día. La conceptualización de la palabra herida ha ido evolucionando con el paso del tiempo, así como el manejo que se le otorga a la misma. En el Papiro de Smith, se encuentran datos antiguos en donde se describía el manejo de las lesiones, dando pues, una idea de que el origen de esta palabra data de aproximadamente 5000 años A. C. En dicho documento, los egipcios narraban el procedimiento mediante el cual realizaban las curaciones; utilizando grasa animal, miel y fibras de algodón.

Haciendo una comparación con el manejo actual de las heridas, ellos aplicaban una curación no adherente, antibacteriana, con propiedades para realizar un desbridamiento enzimático y autolítico, así como para el control del exudado, lo anterior es llamada hoy en día cura húmeda o avanzada de las heridas. Este manejo implica la evaluación precisa y detallada de las lesiones para dar un tratamiento adecuado. Dicho proceso de evaluación debe tener un componente sistémico, es decir, valorar al individuo que la padece y posteriormente abarcar la parte afectada de forma local.(1)

Así pues, hablar de las heridas y su definición conlleva a hacer una recapitulación de la historia a manera de contemplar y tomar en cuenta sus orígenes. Si bien es cierto, existen múltiples definiciones de esta palabra, sin embargo y para fines prácticos tomaremos la definición de Contreras, R. J.(1) quien define una herida como “La pérdida de continuidad en la piel, que es secundaria a un traumatismo”.

Tipos de heridas:

Las clasificaciones nos permiten hacer agrupaciones tomando en cuenta elementos que compartan ciertas características, esto se realiza con el objetivo de mantener un orden en dichos grupos y subgrupos. Por su parte, las heridas se han clasificado

dependiendo a las similitudes que compartan, el tipo de lesión, tiempo de evolución, el grado de contaminación, la profundidad, por su localización, entre otras.

Según el tiempo de evolución las heridas se clasifican como agudas y crónicas.

- Herida aguda: es aquella que tiene un tiempo de evolución menor a 30 días y sigue un proceso de reparación ordenado, dentro de un tiempo adecuado, hasta restaurarse la integridad anatómica y funcional del tejido lesionado. Ejemplo: heridas limpia posterior a un procedimiento quirúrgico.
- Herida crónica: Aquéllas que no siguen un proceso de reparación normal, se estancan en alguna fase de la cicatrización, sin que se restaure la integridad anatómica ni funcional del tejido lesionado. Ejemplos: Úlceras venosas, diabéticas, lesiones por presión y dehiscencias quirúrgicas.(2)

Otras clasificaciones que nos ayudan a determinar un diagnóstico y por consiguiente a implementar un plan terapéutico son las siguientes:

1. Según el espesor de los tejidos afectados:

- Epidérmicas o arañazos.
- Erosión: Pérdida de sustancia o desprendimiento de epidermis.
- Superficiales: Hasta el tejido celular subcutáneo.
- Profundas, complicadas o complejas: Afectan a tejidos más profundos.
- Penetrantes: A cavidades naturales, habitualmente comunicadas con el exterior (abdomen, tórax, articulaciones).
- Perforantes: Afecta a vísceras huecas albergadas en cavidades naturales.
- Empalamiento: Por orificio anal o vaginal.

2. Según la dirección:

- Longitudinales.
- Transversales.

- Oblicuas.
 - Espiroideas.
3. Según la forma:
- Simples o lineales.
 - Angulares.
 - Estrelladas.
 - Avulsivas o con colgajos.
 - Cualquier forma con pérdidas de sustancia.
4. Por el grado de contaminación:
- Herida limpia.
 - Herida limpia contaminada.
 - Herida contaminada.
 - Herida sucia.(1)
5. Por etiología:
- Lesiones por presión: También conocidas por úlceras por presión, se definen de manera general como “Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”.(3)
 - Úlcera venosa: Representan el tipo más común de las úlceras de los miembros inferiores (70%). Se originan por la elevación de la presión venosa al estar de pie, conocida como hipertensión venosa ambulatoria. Esta HVA, se caracteriza por una ausencia en la caída de la presión durante la caminata al contraerse los músculos gastrocnemios de las piernas.(1)
 - Úlcera neuropática: También llamada “mal perforante plantar”. La neuropatía motora produce una atrofia de la musculatura intrínseca del pie y un desbalance entre la musculatura flexora y extensora con predominio de esta última. Además de las deformidades como dedos en garra o en martillo, esto conduce a una prominencia de

las cabezas de los metatarsianos y un adelgazamiento de la grasa plantar favoreciendo la formación de callos y lesiones.(4)

Evaluación de las heridas:

Como se mencionó anteriormente, el realizar una valoración adecuada de la herida nos permitirá y guiará hacia la toma de decisiones en cuanto al tratamiento y manejo a seguir, con el objetivo de reestablecer el proceso de cicatrización normal para el cierre de la lesión. La valoración debe incluir; La topología, localización, morfología, esta última incluye el tamaño y las características del lecho de la herida (Cantidad de tejido, color, consistencia y olor), descripción de bordes (Adheridos con efecto, adheridos sin efecto, no adheridos, macerados, regulares e irregulares), piel perilesional, así como tomar en cuenta datos de infección (Eritema, hiperemia, edema) y dolor.(1) A continuación, se describirá cada una de forma detallada.

- **Topología o localización:**

Se refiere a la región anatómica en la cual se encuentra la herida. Es importante que en toda valoración se mencioné si existe más de una lesión, enumerarlas y describir el lugar en el que se encuentren de forma exacta. Hacer mención de la bilateralidad, si son simétricas o asimétricas.

- **Morfología:**

Hace referencia a las características propias de la lesión, mismas que ayudaran a realizar el diagnóstico, es decir, a determinar qué tipo de herida es y sus probables causas. Comprende la forma, el tamaño, las características del borde, del lecho, de la piel perilesional y el dolor.

- **Forma:**

Las úlceras pueden tener diferente aspecto, a manera de ejemplificar pueden ser, regulares, irregulares, cilíndricas, con forma ovalada por mencionar algunas.

- **Tamaño:**

Es una de las herramientas principales en el manejo avanzado de las heridas ya que nos permite fijar metas a corto, mediano y largo plazo, así como para el desarrollo de un plan terapéutico y la predicción del tiempo de cicatrización. Para medir las heridas podemos hacer uso del área (cm²) y del volumen (cm³).

○ Área:

Se debe medir el largo y el ancho en sus diámetros mayores y de forma perpendicular. Otro método para medir las heridas es la planimetría, en la cual se usa un acetato con cuadrículas de 1 x 1 cm donde se trazan los bordes de la herida; se encuentran los vértices dentro del trazo para obtener un aproximado del tamaño de la herida en centímetros cuadrados. También se puede hacer uso de la estereofotogrametría (cámara digital; Toma una fotografía y un programa de computadora; Traza los bordes y calcula de forma automática el área).(1)

○ Volumen:

El método más cómodo de medir el volumen es multiplicando las tres medidas de la herida: largo, ancho y profundidad (volumen = L X A X P = cm³), tomando la medida del punto más profundo del lecho de la herida.

○ Socavamientos:

“Es la destrucción tisular alrededor del perímetro de la herida bajo la piel intacta”.(1)

○ Túnel:

“Es un canal que se extiende desde cualquier parte de una herida y puede llegar hasta el tejido celular subcutáneo o al mismo musculo “. (1)

○ Fístulas:

Son conexiones que pueden comunicar ya sea a dos órganos o a estructuras de la piel. Se les asignan los nombres según las estructuras involucradas.

○ Tejidos:

Se debe describir el tipo de tejido que se observó en el lecho, este último engloba el 100 % y sus características se dividen en porcentajes según se presenten en la herida (como puede ser islas de epitelio, granulación, fibrina, esfacelo, necrosis, tendón o hueso).

○ Exudado:

Es el tipo de secreción que drena la herida. La y sus características ayudan a definir el balance de humedad, problemas inflamatorios o infecciosos presentes en ella.

○ Tipos de exudado:

- Nulo: cuando la herida está seca.

- Escaso: cuando el exudado está completamente controlado y se puede usar un apósito no absorbente dos o tres días.(1)
- Moderado: cuando el exudado se controla fácilmente con un apósito absorbente con cambio de dos a tres días.
- Abundante: cuando el exudado está incontrolable y es necesario usar un apósito absorbente, pudiéndose saturar éste en menos de un día.

Otro aspecto que deben tomar en cuenta en el exudado es el olor, color y consistencia. (Ver Cuadro 1)

Cuadro 1. Descripción del tipo de exudado y sus características físicas.(1)

Tipo de exudado	Consistencia	Color
Seroso	Acuosa	Transparente amarillo
Serohemático	Acuosa	Rosa a rojo claro
Hemático	Sangre	Rojo brillante
Seropurulento	Acuosa-espesa	Amarillo café
Purulento	Espesa	Amarillo a café o verde translucido a opaco

○ *Piel perilesional:*

Hace referencia a la periferia de la herida misma que debe examinarse con el objetivo de evaluar los siguientes puntos: Color (palidez, eritema, cianosis o púrpura); signos de induración, inflamación o edema; lesiones dermatológicas elementales, lesiones satélites, necrosis distantes, temperatura. Todas estas características guiarán nuestro diagnóstico y tratamiento a seguir en todo momento.

○ *Bordes:*

Es importante que se diferencie entre la piel perilesional y los bordes, estos últimos delimitan la herida como tal. Los tipos de bordes son los siguientes: Bordes adheridos, bordes no adheridos, con efecto, sin efecto, bordes socavados o con presencia de túneles. Una de las características de la cicatrización es que el proceso se lleva a cabo de afuera hacia adentro, motivo por el cual deben valorarse los

bordes para que estos se encuentren en buen estado para que este proceso se lleve a cabo de manera adecuada.

○ Síntomas:

Los síntomas que deben valorarse en una herida son los siguientes: Sensación nula a la palpación (neuropatía), dolor, síntomas de infección, prurito y/o ardor y pulsos.(1)

Datos epidemiológicos:

Las úlceras cutáneas constituyen hoy en día un problema de salud pública. A nivel hospitalario producen altos costos derivados del tratamiento, de los días de estancia hospitalaria así como del recurso humano que se requiere para su atención. A nivel personal pueden incapacitar a las personas que las padecen volviéndolas no productivas y desarrollando en ellas complicaciones. Las heridas más frecuentes a nivel mundial son; las úlceras venosas, arteriales, dehiscencias de herida quirúrgica que tienen como factor principal la infección intra hospitalaria, las úlceras de pie diabético y las lesiones por presión, esta última asociada en la mayoría de los casos a una mala atención de la salud. Las heridas poco frecuentes pero no menos importantes son las vasculitis, el pioderma gangrenoso, las heridas de etiología viral o parasitaria y las atípicas derivadas de los cánceres.

La información epidemiológica a nivel mundial en cuanto a las heridas es muy pobre, ya que son muy pocos los casos reportados a los organismos encargados de recolectar dichos datos.

Por su parte, en México como en el mundo las heridas afectan directamente la calidad de vida de las personas que las padecen y de sus familias, ya que estas heridas pueden conducir períodos prolongados de discapacidad, dolor e incomodidad, además de impedir la realización de actividades básicas y por consiguiente complejas.(5)

III. Antecedentes

Instrumentos de evaluación de heridas:

La valoración inicial que desarrollamos ante una lesión cutánea, tanto para su diagnóstico etiológica, abordaje terapéutico y/o rehabilitador o para la prevención de recidivas, se enfoca desde diferentes disciplinas de abordaje, con un objetivo común, la cicatrización. La utilización de un acrónimo en la preparación del lecho de la herida, ayuda al profesional a seguir unos pasos ordenados en el descubrimiento de patología de base, factores relacionados y tratamientos a utilizar, según la fase cicatricial que presente la lesión.(6)

Algunos de los acrónimos más utilizados son:

PLH: Preparación del Lecho de la Herida

TIME: Tissue (Tejido), Infection (Infección), Moisture (Exudado) y Edges (Bordes)

DOMINATE: Debridement (Desbridamiento), Offloading (Descarga o Presión), Moisture (Exudado), Malignant (Malignidad), Infection (Infección), Inflammation (Inflamación), Nutrition (Nutrición), Arterial insufficiency (Insuficiencia arterial), Technical Advance (Técnicas Avanzadas) y Edema (Edema).(6)

Este tipo de instrumentos solo nos establecen el manejo que se debe ir dando por paso para atender la lesión, pero no valora por completo la etiología y gravedad de las lesiones, por lo que dependiendo del tipo de lesión, existen diferentes escalas que nos permiten valorarla, como por ejemplo:

- Para la Lesiones Por Presión: Braden(7) (Ver Anexo 1)

Se divide en seis categorías para determinar factores que representen un riesgo para que el paciente sea propenso a presentar lesiones por presión.

1. Percepción sensorial: Capacidad personal para reaccionar de manera voluntaria a una molestia relacionada con la presión.
2. Humedad: Nivel de exposición de la piel a la humedad
3. Actividad: Nivel de actividad física
4. Movilidad: Capacidad de cambiar y controlar la posición del cuerpo.
5. Nutrición: Patrón usual de ingesta de alimentos.
6. Fricción y deslizamiento: Roce y peligro de lesiones cutáneas.(8)

- Para pie diabético: University of Texas Diabetic Foot Classification System (9) (Ver Anexo 2)

Clasifica la herida por grado y por etapa; el grado captura la profundidad de la herida y la estadificación captura las complicaciones que afectan la curación, específicamente la infección y la isquemia.(10)

- Para Úlcera venosa: CEAP Classification (Clinical – Etiology – Anatomy – Pathophysiology) (11) (Ver Anexo 3)

Clínica: Nos da una lista de signos y síntomas para identificar una afección venosa

Etiología: Busca clasificar el origen de la enfermedad ya sea congénita, primaria o secundaria.

Anatomía: Para identificar los vasos sanguíneos afectados, va desde los superficiales hacia los profundos.

Patofisiología: Determinar de qué manera se encuentra afectada el funcionamiento de los vasos.(10)

NORMA Oficial Mexicana NOM – 004- SSA3- 2012, Del expediente clínico:

La Norma Oficial Mexicana, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.(12)

Nos otorga definiciones para dar un mejor entendimiento de la norma, considerando éstas las más importantes como guía para la elaboración del “Instrumento de valoración de heridas para la Casa Hogar de las Hermanas del Buen Samaritano”:

- Atención médica: Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- Cartas de consentimiento informado: A los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con

finos diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

- Expediente clínico: Al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- Hospitalización: Al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.
- Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
- Paciente: A todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

Es importante destacar dentro de la norma las generalidades y lineamientos que pudieran aplicar a los servicios de la Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano, y para la elaboración del Instrumento de valoración de heridas que cumplan con la ley y aporte la mejor función para los pacientes y personal de salud que lo utilice, recordando que al estar establecido de las leyes mexicanas, es de carácter obligatorio para cada uno de los usuarios y las instituciones que intervienen directa e indirectamente en la atención de heridas.

Generalidades:

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus

servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente
- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados anteriormente, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

- Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.
- Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.
- Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
- En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.
- Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
- Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.
- Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica

o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

- Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.(12)

Historia clínica:

Una de las formas de registro del acto médico; es la Historia Clínica, tiene que cumplir características que están vinculadas en su elaboración como la Profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad, el médico es el único que tiene la capacidad para la elaboración de la Historia Clínica, en la ejecución es típica cuando se realiza lo correcto en nuestra práctica clínica como personal de salud; siendo adecuadas para el paciente, familia y/o comunidad, en el momento en que se trata a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de ayudar al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la Historia Clínica como documento indispensable. (13)

La historia clínica debe de contener el padecimiento actual a base de un interrogatorio directo con el paciente o indirecto por familiar y/o acompañante; si el estado del paciente no lo permite. Exploración física de acuerdo a órganos y sistemas y antecedentes relevantes tanto positivos y negativos.

La evaluación correcta proporciona la orientación para las primeras acciones o intervenciones, como los estudios de laboratorio y gabinete (vasculares, glucosa, albúmina, etc.) que se requieran realizar.(1)

Otra parte fundamental del Expediente Clínico son los registros de enfermería; según la CONAMED. (2009) es un documento médico-legal que avala el rol autónomo de enfermería, facilitando la investigación clínica y docente, tomando en cuenta la información, se pueden elaborar diferentes protocolos de investigación.

En estas hojas de registros se plasman las necesidades humanas de cada individuo, familia y sociedad; el cual se realiza las intervenciones de enfermería basada en una metodología científica e individualizando los planes de cuidados, así como su tratamiento y evolución.(14)

Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano:

La Congregación de las Hermanas del Buen Samaritano fue fundada en 1978 en Chile, por la Madre española Domnina Irene García de Prado, como respuesta a las necesidades de los más marginados.

Basando su actividad diaria en la Parábola del Buen Samaritano, son ya más de tres décadas de servicio a los más pobres, para que vivan en el amor de Dios, con una medicina y alimentación adecuada tanto para el cuerpo como para el alma.

Conscientes de las necesidades del sector más pobre de la población en nuestro país, en 2002 la Congregación extiende su misión y se establece en Malinalco, Edo de México.

En 2006 se constituye como una Institución de Asistencia Privada bajo el nombre de: El Buen Samaritano I.A.P

En el 2009 un grupo de personas contagiadas por el espíritu de servicio de las Hermanas, se organizan para buscar fondos y hacer posible la construcción de la primera Casa para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano en México

En 2011 la Casa para enfermos es ya una realidad y abre sus puertas a los más necesitados, y desde este día hasta hoy no han dejado de dar atención médica de calidad y cuidados paliativos a personas de muy escasos recursos.

Servicios proporcionados:

La consulta de medicina general constituye el primer nivel de atención médica.

El objetivo de esta consulta no solo es resolver el problema que en ese momento afecta al paciente, sino detectar prevenir e identificar factores de riesgo para enfermedades latentes o potenciales en el corto, mediano o largo plazo.

- Consulta médica en Policlínico
- Consulta médica en comunidades
- Consulta médica a domicilio
- Brigadas médicas de especialidad

Dentro de cada una de estas áreas la Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana y la Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras también brinda la atención especializada a los pacientes con heridas, procurando dar una atención de calidad y seguimiento oportuno, contando con material básico y en algunas ocasiones material especializado.(15)

IV. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Planteamiento del problema:

La Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana tiene un firme compromiso con las poblaciones más vulnerables de nuestro país como lo es la Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P que se encuentra en Malinalco, donde cada año las pasantes de Enfermería cumplen con su servicio social dando apoyo a la comunidad y pacientes hospitalizados, en los últimos años la Escuela junto con su Coordinación de la Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras han dado atención especializada a los pacientes hospitalizados y a los que acuden a la clínica para la atención de sus heridas.

Por lo tanto, es indispensable tener un instrumento para la valoración de las heridas para poder tener un registro tanto de las intervenciones como la evolución de la herida; se ha visto que los instrumentos con los que se cuentan no permiten valorar la herida de forma holística ya sea por falta de datos o escalas para una correcta evaluación de esta.

También se ha observado que la hoja debe ser práctica y no contener tantos ítems, simplemente debe recolectar la información necesaria para poder optimizar el tiempo de la consulta y dar mayor importancia al tratamiento.

Finalmente, el instrumento que se encuentra en uso no es aplicable por todo el personal que atiende las heridas, debido a la gran cantidad de ítems y hojas que se deben de llenar; se limita sólo a alumnos de maestría y es de vital necesidad que todo el personal que atiende las heridas (pasantes de enfermería y enfermeras de casa) puedan hacer uso del instrumento para la atención de los pacientes con heridas.

V. Justificación

Debemos recordar que la valoración y las intervenciones realizadas a los pacientes con heridas deben ser registradas y forman parte del expediente clínico, las cuales son documentos legales para la justificación de las intervenciones, la NORMA Oficial Mexicana NOM – 004- SSA3- 2012, Del expediente clínico, menciona que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo;(12) Por lo tanto es indispensable contar con estos documentos médico – legal.

Otorgando no solo a los pacientes una protección legal, si no que es una herramienta básica para el personal de la salud que atiende las heridas en la clínica y a los pacientes hospitalizados, donde se valora el avance o retroceso de las heridas permitiendo al profesional emitir un juicio clínico que lo derive a un cambio en el tratamiento que beneficie el estado de la herida del paciente.

Además, las heridas en México y en el mundo son un problema de salud pública que afecta directamente la calidad de vida de las personas que las padecen y sus familias, ya que estas heridas pueden conducir períodos prolongados de discapacidad, dolor e incomodidad, además de impedir la realización de actividades básicas.(5)

VI. Objetivos

Objetivo General:

Elaborar un Instrumento de valoración de heridas que permita evaluar y registrar la evolución de las mismas; que pueda ser práctica y aplicable por el personal que atiende las heridas en la Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P.

Objetivos Específicos:

- Revisión de literatura de instrumentos de valoración de las heridas.
- Consulta a expertos en heridas y personal de casa.
- Revisión del instrumento por parte de expertos y personal de la casa.
- Desarrollar los ítems de un instrumento que nos permita una valoración completa de pacientes con heridas.

VII. Material y métodos

i. Diseño del estudio

Clinimetría

ii. Universo o población objetivo

Se consideran a todas las personas que atienden las heridas en la Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P.

- Enfermeras de Casa
- Pasantes de Enfermería de la Universidad Panamericana
- Estudiantes de Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras

iii. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión:

- Personal que atiende las heridas tanto en área de Hospitalización como en la Consulta Externa de la Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P. (Enfermeras de Casa, Pasantes de Enfermería de la Universidad Panamericana y Estudiantes de Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras.)
- Coordinadoras de la Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras.

Exclusión:

- Auxiliares de enfermería.
- Médicos pasantes de la Universidad Panamericana
- Hermanas del Buen Samaritano.

iv. Tamaño de muestra

No se puede hacer un cálculo de muestra, simplemente se pretende contemplar a al personal de salud que opera en la Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P. y que es responsable de la atención de los pacientes

con heridas; por lo que de acuerdo con las características mencionadas 9 personas para la revisión del instrumento incluidas coordinadoras de maestría, postulantes de maestría y personal de la casa.

v. Descripción del instrumento

Se elaboró en total cinco páginas (cuatro hojas) donde se concentran los ítems para recolectar la mayor información sobre la etapa de cicatrización y evolución de las heridas del paciente, cuenta también con escalas para una valoración específica para cada tipo de herida y finalmente los ítems de mayor relevancia para la valoración y seguimiento de las heridas; esto con el objetivo de dar un mejor tratamiento.

En la “Hoja 1: Valoración inicial” (Anexo 6) la cual se encuentra distribuida por ambos lados de la hoja, se busca obtener la información acerca del paciente; la presentación y evolución de sus heridas.

Al conocer a cerca de la historia de la herida se puede sospechar sobre un posible diagnóstico, por lo que se elaboró una tabla con cuatro apartados los cuales se divide en las tres etiologías más frecuentes de heridas (Lesiones por presión, úlcera venosa y úlceras neuropáticas) y un apartado de otro tipo de heridas; se pretende que a través de este apartado el personal de salud que va a atender al paciente obtenga más información y sea una ayuda para que se oriente hacia un diagnóstico y una etiología más específica, para determinar un tratamiento.

Se busca captar información sobre cualquier otro tipo de comorbilidades que pudieran tener un impacto en el proceso de cicatrización, por lo que se encuentra una tabla con las comorbilidades más comunes.

Se ha integrado un apartado de “Objetivo del tratamiento” para que se determine de mejor manera el plan de intervención, en la parte posterior se debe colocar la localización de la herida en los esquemas de plano sagital, mostrando la parte anterior y posterior y un esquema de pies de la misma manera mostrando un plano plantar y dorsal, para especificar la localización, escribiendo en la tabla el número de herida, la localización de manera escrita y la fecha ya sea de valoración o de aparición de la herida.

Continúa, con la toma de índice tobillo brazo en caso de presentar una úlcera en pierna, de cualquier dimensión, y finaliza la valoración con la firma de un breve consentimiento informado donde se autoriza el uso de datos de manera confidencial y tomas de fotografías.

Como mencionamos existe una tabla que nos orienta a la posible etiología y por lo tanto se han planteado otras hojas de valoración de acuerdo con las etiologías más comunes, lesiones por presión, úlcera venosa y úlceras neuropáticas.

En “Hoja 2: Lesiones por presión”,(Anexo 6) se cuenta con la escala Braden, donde se detectan cuáles son los factores que propician a una lesión y se puede dar un plan para poder evitar que las lesiones aparezcan o se profundicen, por lo que también existe un apartado para determinar el grado de la herida y si existen dispositivos médicos que deban ser vigilados para evitar las lesiones, utilizando solo una página, debido a que en la parte posterior se complementará con la “Hoja 4: Valoración de la herida”.

En la “Hoja 3:Valoración de Úlceras de pierna”(Anexo 6) se conjunta la valoración del pie diabético y úlceras de pierna (venosas, arteriales y/o mixta); se cuenta con cuatro apartados: la primera es la valoración del pie diabético según Contreras R. J.(1), con la nemotecnia SIMPATi, el cual el personal de salud marcará con una (x) los datos que observa y que le refiera el paciente en el momento de la exploración del pie; el segundo apartado se cuenta con la valoración de la Universidad de Texas , donde se clasificara el pie diabético para poder determinar el tratamiento a seguir registrando la clasificación correcta; en el apartado tres, escala de valoración de CEAP para las Úlceras de piernas, clasificar el estadio en que se encuentra la pierna y en conjunto con el ITB para establecer el tratamiento correcto; el último apartado es la localización de la herida o heridas marcándolo en las imágenes (x) si son más de dos heridas márcalas y enumerarlas conforme a las manecillas del reloj.

Al igual que la “Hoja 1: Lesiones por presión”, la hoja se complementa con la “Hoja 4: Valoración de la herida” (Anexo 6) en la parte posterior donde se realiza un esquema sintetizado para el registro y la valoración integral de la herida como se da a conocer en el marco teórico; dar seguimiento y manejo de esta, indicando el tratamiento y el procedimiento que se realiza. Esta hoja nos cubre cuatro

curaciones, escala del dolor, si se realiza o no cultivo, la fecha de próxima curación y un registro de enfermería anotando los datos más importantes.

Sabiendo que la información que se maneja es muy amplia, anexamos una guía donde se encuentran las escalas que se utilizan en las hojas y la descripción de la información más relevante sobre las heridas, para dar un mejor entendimiento a los datos obtenidos por los pacientes y la exploración física y por lo tanto dar una valoración más completa y eficaz.

vi. Procedimientos de recolección de datos

La validez de contenido se evaluó en 2 etapas: desarrollo y evaluación realizada por las Postulantes que realizan la presente tesis.

La etapa de evaluación se dividió en 3 fases: la realizada por Expertos en heridas, Estudiantes de Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras, y finalmente Enfermeras de Casa y Pasantes de Enfermería de la Universidad Panamericana(16); las actividades y funciones se describen en Cuadro 2.

Etapa 1:

Se realizó una extensa revisión literaria, en la cual se obtuvo información necesaria sobre instrumentos de valoración para las heridas donde se encontraron variables que pueden ser aplicables para cualquier tipo de herida, que permitan una adecuada valoración, evolución de la cicatrización y que puedan ser parte fundamental del nuevo Instrumento para la Clínica del Buen Samaritano I.A.P.

En el desarrollo de los instrumentos se cuenta con una hoja de valoración en donde se realiza la recolección de datos sociodemográficos, ficha de identificación y posible impresión diagnóstica y de ahí se desglosan las siguientes hojas para la valoración específica de acuerdo al tipo de herida que presenta el paciente.

Etapa 2:

Se entregó a las Coordinadoras de la maestría; la Mtra. Blanca Estela López Hernández, Mtra. María Alejandra Bonilla de Jesús y María José González Mier; el instrumento impreso, ya que se considera que tienen mayor experiencia y por lo

Cuadro 2. Descripción del desarrollo de las actividades para la elaboración del instrumento de valoración de heridas.

Etapa 1. Desarrollo

- Búsqueda literaria.
- Descripción de variables.
- Desarrollo de ítems e instrumentos de valoración.

Elaborado por las alumnas que realizan la presente tesis.

Etapa 2. Evaluación

Evaluación por Expertos en heridas (Coordinadoras de Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras)

- Análisis de variables del Instrumento de valoración.
- Aporte de correcciones.
- Elaboración de instrumento con aportes.

Evaluación por Postulantes de Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras.

- Análisis de variables del Instrumento de valoración.
- Aporte de correcciones.
- Elaboración de instrumento con aportes.

Evaluación por Enfermeras de Casa y Pasantes de Enfermería de la Universidad Panamericana.

- Análisis de variables del Instrumento de valoración.
- Aporte de correcciones.
- Elaboración de instrumento con aportes.

tanto el primer filtro de revisión para las correcciones; en la primera versión del instrumento (ver anexo 4) nos hicieron observaciones en las cuales buscan que la información sea más clara, sintetizada y que pueda ser accesible a todo el personal de salud, también nos indicaron que se debe de recopilar mayor información sobre el paciente y sus comorbilidades, esto con la finalidad de conocer y entender el proceso de la enfermedad, en este caso, de las heridas que presenta nuestro

paciente y poder asegurar un tratamiento adecuado a través de esta misma información; así como información que consideran de vital importancia como datos de infección y que las hojas sean más dinámicas para que puedan ser de fácil y rápida aplicación.

Se les hizo llegar una segunda versión (ver anexo 5) con la información y las correcciones solicitadas, donde se afinaron detalles sobre tamaño de letra, inclusión y exclusión de ítems, y se eligió el formato que sería más adecuado; finalmente obteniendo la última versión de éste instrumento (ver anexo 6) y aceptado por las expertas, quienes también destacaron la importancia de contar con una guía (ver anexo 7) que indique cómo debe ser el llenado de las hojas y el uso que tiene cada una de ellas.

Una vez que las coordinadoras consideraron que el instrumento era lo suficientemente completo y aplicable, procedimos a la segunda revisión con los postulantes de maestría; Dr. Jesús Vicente Hernández Maciel, Lic. María Judith Teresa Gómez Tavira y Lic. Beatriz Romero Aguilar; quienes asistieron a prácticas en la Casa Hogar para Enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P., debido al contacto cercano con los pacientes y tipo de clínica, tienen mayor conocimiento sobre la valoración y tratamiento de las heridas; coincidieron en que la información debe ser lo más completa posible y recalcaron la importancia de escalas de valoración de cada tipo de herida debe ser incluida ya que con las valoraciones se puede dar un seguimiento de la evolución de la herida y prevención de complicaciones.

Finalmente la revisión por parte de las Enfermeras de casa; Enf. Valeria López Herrera y Lic. Martín Aguilar Nava y la pasante de enfermería Sofía Flores Montes quienes son las personas con mayor contacto con los pacientes y las curaciones de heridas; nos hicieron una observación acerca de la cantidad de hojas e ítems que se deben de llenar, ya que para ellas lo más importante, es la practicidad; buscan que con solo una hoja se pueda llevar acabo el seguimiento y que el registro sea de la forma más rápida posible debido a la carga de trabajo que ellos presentan, sin embargo coinciden en que se debe tener una valoración más completa, por lo que

en la última versión del instrumento se procuró que el llenado fuera más simple de realizar y las valoraciones fueran dinámicas, para optimizar el tiempo.

Se les mencionó que se contará con una Guía de apoyo para el manejo y llenado de las hojas así como bibliografía complementaria, el cual estuvieron de acuerdo en que debe de existir para que, aunque el personal cambie se pueda seguir realizando el llenado de la información de manera correcta y completa.

vii. Aspectos éticos

Dado que este estudio es un desarrollo teórico de una herramienta de valoración del paciente con herida y no tiene participación de pacientes, no fue necesaria la aprobación de los comités de ética. Sin embargo, todos los expertos y profesionales recibieron información sobre el presente estudio y la participación fue voluntaria actuando conforme a los Principios de la Declaración de Helsinki.

viii. Recursos materiales

- Internet para correos electrónicos.
- Recursos personales: Coordinadoras de maestría, Postulantes de maestría y, Pasantes de enfermería y Enfermeras de casa.
- Impresiones del instrumento.
- Bolígrafos.
- Computadora.

VIII. Discusión

Existen diversos instrumentos de valoración, que se han creado dependiendo de las necesidades de cada clínica de heridas o institución; aunque de manera general la mayoría coinciden en ciertos rubros que son fundamentales para el registro y evaluación de las heridas, no todos logran capturar en una sola hoja la información o valoración completa de cada tipo de heridas.

Existen acrónimos que nos sirven para determinar si la evolución de la herida es adecuada, nos indican que hacer en caso de tener tejido no viable e incluso identificar datos de infección, sin embargo, no valora la herida de acuerdo con su etiología. Son éstos los que más se acercan a una valoración más completa, sobre todo "DOMINATE", que es el acrónimo que más se centra en la etiología de la lesión, como un factor fundamental para el abordaje de heridas crónicas; como mencionamos valora 12 parámetros, (Desbridamiento, Descarga o Presión, Exudado, Malignidad, Infección, Inflamación, Nutrición, Insuficiencia arterial, Técnicas Avanzadas y Edema)(6) destacando del resto de los acrónimos debido a la valoración de malignidad, medicación, salud mental y nutrición, las cuales son factores del paciente que no están en la herida pero que influyen de manera directa en la cicatrización.

Consideramos de vital importancia la valoración por etiología ya que, aunque el manejo puede ser estandarizado, la fisiopatología de las heridas es diferente y por lo tanto el tratamiento es específico para cada una, también se deben de considerar los factores extrínsecos del paciente (Situación económica, estado sociodemográfico, situación familiar, etc.) y su entorno, debido a que implican un gran impacto en la evolución de la herida y como tal en el estado general de salud de nuestro paciente.

Si bien no se logra capturar toda la información en una sola hoja, se pudo crear un instrumento que fuera dinámico y que a través de su estructura fuera útil para hacer una valoración completa de manera rápida, eficaz y específica para determinar de el estado de la herida y poder dar un tratamiento más adecuado y disminuir el tiempo de cicatrización y otorgar al paciente una mejor calidad de vida.

Otra de las limitaciones del instrumento, el personal de la Casa hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P., consideran que son muchas hojas y muchos ítems los que se deben de valorar, por lo que se plantea la necesidad de otorgarles una capacitación continua acerca del llenado de las hojas y su uso, ya que es sólo en la valoración inicial cuando se realiza el llenado de las primeras tres páginas, posteriormente y para dar el seguimiento se utiliza la “Hoja 4: Valoración de la herida”(Anexo 6).

En total son cuatro hojas (cinco páginas) de las cuales, las primeras dos páginas están destinadas a la valoración integral del paciente, donde nos permite conocer más acerca del estado de salud del paciente e historia de la herida.

Las siguientes dos hojas, cada una, valora una etiología diferente, en el caso de la “Hoja 2: Lesiones por presión” y en la “Hoja 3 Úlceras de pierna” (Anexo 6)(úlceras venosa y úlceras neuropáticas) estas hojas son las que dan al instrumento una gran ventaja sobre los acrónimos y otros instrumentos de valoración, que al ser enfocadas al tipo de lesión, permite al personal de salud recopilar la mayor información acerca del estado de la herida y dar un tratamiento más avanzado.

Finalmente, en la “Hoja 4: Valoración de la herida”, (Anexo 6) se concentra la información más específica sobre la herida y en la cual se puede llevar a cabo el seguimiento, gracias a que en ella se encuentran los datos acerca de sus características y tratamiento.

IX. Conclusiones

La presente tesis tuvo como objetivo, elaborar un instrumento de valoración de heridas, que pudiera ser aplicado por el personal que las atiende en la Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P. Debido a la necesidad de recopilar la información acerca del estado de salud del paciente y basado en ella poder determinar un tratamiento adecuado.

Se contaba con un instrumento de valoración que contenía demasiados ítems y hojas para el llenado de la información, desviando la atención y reduciendo el tiempo de calidad con el paciente, por lo que no era utilizada y se empleaba una libreta en la cual sólo contenía información acerca de las dimensiones de las heridas y no permitía conocer más a fondo sobre el estado de salud del paciente, por lo que se buscó el desarrollo de un instrumento que a través de breves ítems se pudiera obtener una valoración holística del paciente y sus heridas.

Se buscaba que el instrumento fuera en una sola hoja y muy dinámico para el llenado rápido, sin embargo, también era necesario contar con una valoración específica para cada tipo de herida, debido a la naturaleza de la fisiopatología que cada una presenta, por lo que el tratamiento también es diferente en cada una ellas, teniendo un gran impacto en el proceso de cicatrización.

El instrumento cuenta con cuatro hojas en total, que, al momento de la valoración inicial, se oriente hacia un posible diagnóstico, gracias a la información y orientación de los ítems valorados; poder hacer una exploración física basada en ese diagnóstico, y con escalas que permitan una valoración más especializada de acuerdo con su etiología, poder dar el tratamiento adecuado, posteriormente con una sola hoja llevar el seguimiento y poder observar la evolución de estas.

X. Agradecimientos

Agradecemos profundamente la participación de las coordinadoras de la Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras; Mtra. Blanca Estela López Hernández, Mtra. María Alejandra Bonilla de Jesús y María José González Mier, los postulantes de la maestría, Dr. Jesús Vicente Hernández Maciel, Lic. María Judith Teresa Gómez Tavira y Lic. Beatriz Romero Aguilar y a la Enf. Valeria López Herrera y el Lic. Martín Aguilar Nava enfermeros de la Casa Hogar para Enfermos de la Hermanas del Buen Samaritano y la pasante de enfermería de la Universidad Panamericana Sofía Flores Montes, quienes, a través de sus conocimientos y experiencia, nos ayudaron a la mejora del instrumento de valoración de heridas.

XI. Referencias

1. Contreras J. Abordaje y manejo de las heridas. Intersistemas, editor. 2013.
2. Revisión De Tema JC, Eduardo Jiménez C. Curación avanzada de heridas [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n3/v23n3a4>
3. Almendariz A. Úlceras por presión. En: ¿Heridas crónicas y agudas? EDIMSA, editor. Madrid; 1999.
4. Aragón J. Pie Diabético [Internet]. [cited 2018 Nov 22]. Available from: <http://www.piediabetico.net/articulos-perforante.html>
5. Secretaría de Salud. Modelo de Atención de Heridas [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 8]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/308251/MODELO_DE_ATE_NCI_N_IMPRESO.pdf
6. Fuentes Agúndez A, Esparza Imas G, Jesús Morales Pasamar M, Crespo Villazán L, Manuel Nova Rodríguez J. “DOMINATE”. Acrónimo de apoyo en la valoración de heridas [Internet]. Madrid; 2016 [cited 2018 Nov 8]. Available from: http://www.anedidic.com/descargas/editorial/cientifica/29/dominante_valoracion_de_heridas_editorial.pdf
7. De R, De Braden E. H-15.1 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escala_braden_preencion_.pdf
8. Gobierno Federal, Consejo de Salubridad General. Guía de Referencia Rápida. Tratamiento de Úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención,

- Prevención [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_UlcPresion1NA/ULCERADECUBITO_1ER_NIVEL_RR_CENETEC.pdf
9. Lavery LA, Armstrong DG, Harkless LB. Classification of diabetic foot wounds. *J Foot Ankle Surg* [Internet]. 1996;35(6):528–31. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1067-2516\(96\)80125-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1067-2516(96)80125-6)
 10. Society WO and CN. *Wound Management*. Wolters, editor. 484, 389 y 390 p.
 11. Miquel Abbad Rodrigo Rial Horcajo Dra M^a Dolores Ballesteros Ortega César García Madrid C. *Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 8]. Available from: http://www.capitulodeflebologia.org/media/Guias-Practica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica_431.pdf
 12. Nacional I, Médicas C, Zubirán NS, Fray P, Alvarez B, Psiquiátrico H, et al. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: https://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/LegislacionFiles/NOM-004-SSA3-2012_15oct12.pdf
 13. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3555/355535148002.pdf>
 14. Rivas J, Martínez F, Ibañez D, Aguilera M, Sánchez L. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. 2009;14:30–6.
 15. El Buen Samaritano I.A.P. [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: <https://www.buensamaritanomalinalco.org/hermanas-del-buen-samaritano>

16. Johnson C, Wilhelmsson S, Börjeson S, Lindberg M. Improvement of communication and interpersonal competence in telenursing - development of a self-assessment tool. *J Clin Nurs*. 2015;24(11–12):1489–501.
17. The National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP. NPUAP Pressure Injury Stages [Internet]. [cited 2018 Nov 28]. Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
18. Restrepo-Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida. *Univ Alacant*. 2011;116–8.
19. Bonilla C. Escalas de valoración. CLÍNICA BARCELONA Hosp Univ. 2015;(February 2015).

XII. Anexos

Anexo 1: Braden

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

<12 = Riesgo alto 13 – 15 = Riesgo medio >16 = Riesgo bajo

Anexo 2: Texas

CLASIFICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS				
ESTADIO	GRADOS			
	0	I	II	III
A	Lesiones pre o pos ulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no involucra tendón, capsula o hueso	Herida a tendón o capsula	Herida penetrante a hueso o articulación
B	Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
C	Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
D	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica

Anexo 3: CEAP

CLASIFICACIÓN CLÍNICA, ETIOLOGÍA, ANATÓMICA, PATOFISIOLOGIA (CEAP)								
	C0	C1	C2	C3	C4 a	C4 b	C 5	C6
C	No hay signos visibles o palpables de EV	Telangectasias o venas reticulares	Varices, se distinguen las venas reticulares por tener un diámetro de 3 mm o más	Ede ma	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios		Úlcer a venosa curada	Úlcera Venosa Activa
					Pigmenta ción o eczema	Lipodermatos clerosis o atrofia blanca		
E	Etiología (congénita [Ec], Primaria [Ep], secundaria[Es], sin causa identificada)							
A	Extensión Anatómica (Sistema venoso Superficial [As], Perforante [A+ no. De las perforantes afectadas], Profundo [Ap], o sin identificar)							
P	Fisiopatología (Reflujo [Fr], Obstrucción [Fo], Ambos [Fr+Fo], sin identificar)							
*Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A C5S. Los síntomas incluyen dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.								

Anexo 4: Versión 1. Instrumento de valoración

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Instrumento de valoración de Heridas"

Fecha de ingreso: _____ Servicio: _____ No. De expediente: _____

Ficha de identificación:

Nombre: _____	Edad: _____	Sexo: _____	F. Nac: _____
Religión: _____	Ocupación: _____	Domicilio: _____	
Familiar responsable: _____		Contacto: _____	
Diagnóstico médico: _____			
Alergias: _____			

Antecedentes de la herida:

¿Cuánto tiempo tiene con la herida? _____

¿Ha tenido heridas previas? _____

¿Ha recibido tratamiento(especifique)? _____

¿Cómo inicio la herida? _____

Probable diagnóstico:

Lesiones por presión (Ver Hoja 1)	Úlceras de pierna (Ver Hoja 2)	Úlceras neuropáticas (Ver Hoja 3)	Otros (Ver Hoja 4)
Edad en extremos de la vida: ()	Pulsos no palpables: ()	Diabetes: ()	Modelantes: ()
Movilidad limitada: ()	Dolor al caminar: ()	Sensibilidad alt.: ()	Dehiscentes: ()
Humedad: ()	Dolor en la noche: ()	Pie Charcot: ()	Traumática: ()
Disp. Médicos: ()	Parestesias: ()	Hormigueo: ()	Fasciotomías: ()
Incontinencia: ()	Coloración ocre: ()	Calzado inadecuado: ()	Quirúrgica: ()
Mala nutrición: ()	Horas en bipedestación: ()	Deformidades en los pies: ()	
	Várices: ()		
	Claudicación: ()		

Objetivo del tratamiento	Cicatrizable ()	De mantenimiento ()	No Cicatrizable ()
--------------------------	------------------	----------------------	---------------------

Cultivo

Fecha:		Fecha:	
Resultado:		Resultado:	
Tratamiento:		Tratamiento:	

Tipo de dolor:	Agudo () Crónico ()					
Escala utilizada:	EVA () Escala numérica () Escala de frutas () Escala simple ()					
Fecha:						
Resultado:						

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Hoja 1. Lesiones por presión"

Fecha: _____ Servicio: _____ No. De expediente: _____

Nombre: _____

Escala de Braden para prevención de lesiones por presión:

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

Resultado: _____

<12 = Riesgo alto 13 – 15 = Riesgo medio >16 = Riesgo bajo

Clasificación:

No. de Herida									
Grado 1									
Grado 2									
Grado 3									
Grado 4									
Inclasificable									

-Dispositivos médicos: _____

-Puntos de presión: _____

**"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."
 Universidad Panamericana
 "Hoja 2: Valoración de Ulceras Vasculares"**

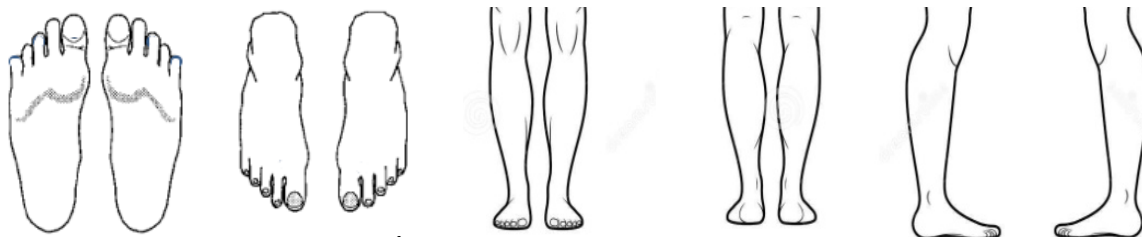
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LERICHE-FONTAINE		ÍNDICE TOBILLO-BRAZO		
Grado I	Estadio asintomático. Existe arterioesclerosis pero la ocliteración arterial no significativa	ÍNDICE	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
Grado II	Claudicación intermitente IIa claudicación a distancia mayor a 150 m IIb Claudicación a distancia inferior de 150 m	>1.3	No valorable	Realizar IDB o enviar a valoración por el Angiólogo
Grado III	Dolor en reposo	0.9 – 1.29	Normal (SISTEMA DE COMPRESIÓN)	Se considera que el paciente no tiene Insuficiencia Arterial y su problema es probable etiología Venosa
Grado IV	Aparición de necrosis y áreas de gangrena	< 0.89 – 0.6	Insuficiencia Arterial Leve	Lesión mixta, por lo que deberá el juicio clínico para definir si predomina la evidencia de etiología arterial o venosa y valoración por el angiólogo.
		< 0.6	Enfermedad Arterial	Valoración por el Angiólogo y muy probablemente revascularización.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

CLASIFICACIÓN CLÍNICA, ETIOLOGÍA, ANATÓMICA, PATOFISIOLOGÍA (CEAP)								
	C0	C1	C2	C3	C4 a	C4 b	C5	C6
C	No hay signos visibles o palpables de EV	Telangectasias o venas reticulares	Varices, se distinguen las venas reticulares por tener un diámetro de 3 mm o más	Edema	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios Pigmentación o eczema		Úlcera venosa curada	Úlcera Venosa Activa
E	Etiología (congénita [Ec], Primaria [Ep], secundaria[Es], sin causa identificada)							
A	Extensión Anatómica (Sistema venoso Superficial [As], Perforante [A+ no. De las perforantes afectadas], Profundo [Ap], o sin identificar)							
P	Fisiopatología (Reflujo [Fr], Obstrucción [Fo], Ambos [Fr+Fo], sin identificar)							
*Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A C5S. Los síntomas incluyen dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.								



RECOMENDACIONES DE PRESIÓN EN LA EVC

CLASIFICACIÓN CLÍNICA, ETIOLOGÍA, ANATÓMICA Y PATOFISIOLOGÍA (CEAP)								
C	GRADO CLÍNICO							
	C0	C1	C2	C3	C4A	C4B	C5	C6
		Actividad física	Compresión 18 -21 mmHg	Compresión 21 -32 mmHg	Compresión entre 32 – 40 mmHg			

**"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."
 Universidad Panamericana
 "Hoja 3: Valoración de Pie Diabético"**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PIE

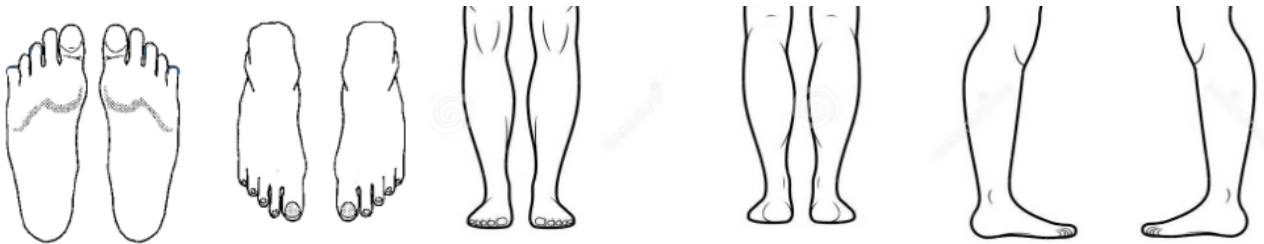
Circulación	Infección	Neuropatía	Presión	Afección Tisular
Palidez Zonas púrpuras Necrosis Claudicación intermitente Dolor en reposo Pulsos (si) (no) Llenado capilar (seg.) RECOMENDACIÓN IC. Cirugía / Vascular/ Angiología	Aumento temperatura Eritema Edema Cambios en el olor Salida de pus o franca necrosis Dolor intenso Osteomielitis RECOMENDACIÓN IC. Médico tratante para esquema de antibiótico	SENSITIVA: Calzado inadecuado Corte incorrecto de uñas Marcha Removedor de callos AUTONÓMICA Pies resecos Grietas/ fisuras Pie de Charcot MOTORA Pies en garra Callos	Zonas de eritema Ampollas Tilomas RECOMENDACION SIN DEFORMIDAD (NEUROPATICO Y PRESIÓN) IC. Podólogo	Sonda roma (+) (-) RECOMENDACIÓN CON DEFORMIDAD (NEUROPÁTICO Y PRESIÓN) IC. Ortopedia y Baropodometría

CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN DE MEGGIT-WAGNER			CLASIFICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS				
GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS	ESTADIO	GRADOS			
				0	I	II	III
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de matatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.	A	Lesiones pre o postulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Herida a tendón o cápsula	Herida penetrante a hueso o articulación
I	Úlceras superficiales	Dstrucción del espesor total de la piel.	B	Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada.	C	Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
III	Úlcera profunda, más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor.	D	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.					



Wagner fw. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot ankle 1981; 2: 64-122

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA









"Hoja 4. Valoración de la herida"

Nombre: _____ Servicio: _____ No. Expediente: _____

Fecha							
No. De herida							
Dimensiones	L x A x P						
	Socavamiento						
	Tunelización						
Características del lecho de la herida	Escara						
	Esfacelo						
	Granulación						
	Fibrina						
	Hipergranulación						
	Otro:						
Exudado	Cantidad						
	Características						
Bordes	Adheridos						
	No adheridos						
	Definidos						
	No definidos						
	Enrollados						
	Queratósicos						
Piel perilesional	Humectada						
	Resequedad						
	Palidez						
	Maceración						
	Hiperpigmetados						
	Edema						
Infección	Calor						
	Rubor						
	Celulitis						
Firma	Personal de salud						
Nota							

**"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."
 Universidad Panamericana
 "Hoja 4: Valoración de la herida"**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

FECHA:			
LOCALIZACIÓN DE LA HERIDA			
TAMAÑO EN CM	L _____ A _____ P _____	L _____ A _____ P _____	L _____ A _____ P _____
LECHO DE LA HERIDA EN %	(%) ESFACELO (%) FIBRINA (%) NECRÓTICO (%) GRANULACIÓN (%) OTRO	(%) ESFACELO (%) FIBRINA (%) NECRÓTICO (%) GRANULACIÓN (%) OTRO	(%) ESFACELO (%) FIBRINA (%) NECRÓTICO (%) GRANULACIÓN (%) OTRO
SOCAVAMIENTO	 _____ cm	 _____ cm	 _____ cm
TUNELIZACIÓN	 _____ cm	 _____ cm	 _____ cm
CANTIDAD, CALIDAD Y COLOR DE EXUDADO	CANTIDAD CALIDAD COLOR () NINGUNO () SEROSO () CLARO () BAJO () SEROPUR. () LECHOSO () MOD. () SEROSANG () ROJO () ALTO () PURULENTO () VERDE () AMARILLO	CANTIDAD CALIDAD COLOR () NINGUNO () SEROSO () CLARO () BAJO () SEROPUR. () LECHOSO () MOD. () SEROSANG () ROJO () ALTO () PURULENTO () VERDE () AMARILLO	CANTIDAD CALIDAD COLOR () NINGUNO () SEROSO () CLARO () BAJO () SEROPUR. () LECHOSO () MOD. () SEROSANG () ROJO () ALTO () PURULENTO () VERDE () AMARILLO
BORDES DE LA HERIDA	() ADHERIDOS () NO ADHERIDOS () ENRROLLADO () MACERADO () QUERATOSIS	() ADHERIDOS () NO ADHERIDOS () ENRROLLADO () MACERADO () QUERATOSIS	() ADHERIDOS () NO ADHERIDOS () ENRROLLADO () MACERADO () QUERATOSIS
PIEL PERILESIONAL	() SANA () MACERADA () EDEMA () LACERADA O DENUDADA () OTROS:	() SANA () MACERADA () EDEMA () LACERADA O DENUDADA () OTROS:	() SANA () MACERADA () EDEMA () LACERADA O DENUDADA () OTROS:
TOMA DE CULTIVO	SI () NO () CUÁL: _____ FECHA: _____	SI () NO () CUÁL: _____ FECHA: _____	SI () NO () CUÁL: _____ FECHA: _____
TRATAMIENTO DE LA HERIDA			
NOTA DE ENFERMERÍA			
NOMBRE, FIRMA Y CED. PROF. DE LA ENFERMERA			
	PRÓXIMA CITA:	PRÓXIMA CITA:	PRÓXIMA CITA:

Anexo 5: Versión 2. Instrumento de valoración

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Instrumento de valoración de Heridas"

Fecha de ingreso: _____ Servicio: _____ No. De registro: _____

Ficha de identificación:

Nombre: _____	Edad _____	Sexo: _____	F. Nac: _____
Ocupación: _____		Domicilio: _____	
Familiar responsable: _____		Contacto: _____	
Diagnóstico médico: _____			
Alergias: _____			

Antecedentes de la herida:

¿Cuánto tiempo tiene con la herida? _____
 ¿Ha tenido heridas previas? _____
 ¿Ha recibido tratamiento(especifique)? _____
 ¿Cómo inicio la herida? _____

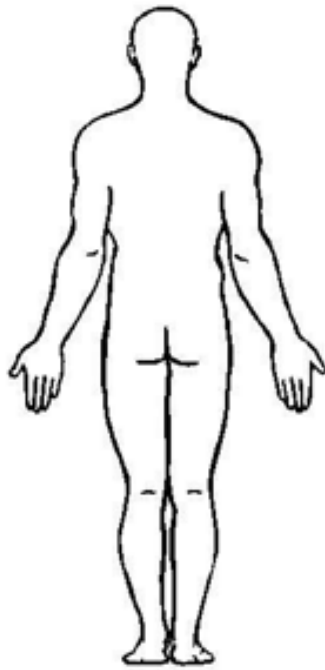
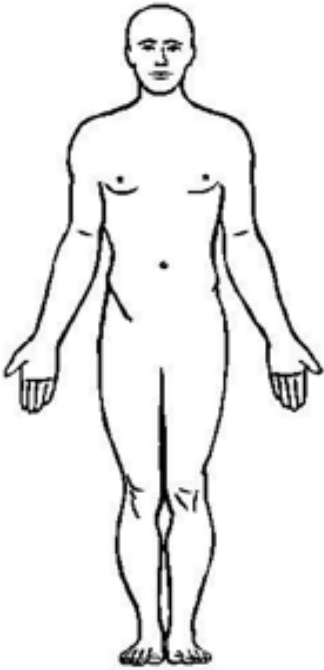
Probable diagnóstico:

Lesiones por presión (Ver Hoja 1)	Úlceras de pierna (Ver Hoja 3)	Úlceras neuropáticas (Ver Hoja 3)	Otros (Ver Hoja 4)
Edad en extremos de la vida: ()	Pulsos no palpables: ()	Diabetes: ()	Modelantes: ()
Movilidad limitada: ()	Dolor al caminar: ()	Sensibilidad alt.: ()	Dehiscentes: ()
Humedad: ()	Dolor en la noche: ()	Pie Charcot: ()	Traumática: ()
Disp. Médicos: ()	Parestesias: ()	Hormigueo: ()	Fasciotomías: ()
Incontinencia: ()	Coloración ocre: ()	Calzado inadecuado: ()	Quirúrgica: ()
Mala nutrición: ()	Horas en bipedestación: ()	Deformidades en los pies: ()	
	Várices: ()		
	Claudicación: ()		

Objetivo del tratamiento	Cicatrizable ()	De mantenimiento ()	Paliativo ()
---------------------------------	------------------	----------------------	---------------

Comorbilidades:

Enfermedades metabólicas	Enf. Cardiovasculares	Enf. Respiratorias	Enf. Neurológicas	Otras
-DM 1 ()	-HTA ()	-EPOC ()	-Epilepsia ()	-Cáncer _____ ()
-DM 2 ()	-IAM ()	-Tabaquismo ()	-Parálisis ()	-Enf. Reumatológicas ()
-Dislipidemias ()	-Ateroesclerosis ()	-Neumonías ()		-Anemia ()
-Obesidad ()				
-Desnutrición ()				



Plantar



Dorsal

No. De Herida	Localización	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Hoja 1. Lesiones por presión"

Fecha: _____ Servicio: _____ No. De registro: _____

Nombre: _____

Escala de Braden para prevención de lesiones por presión:

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

Resultado: _____

<12 = Riesgo alto 13 – 15 = Riesgo medio >16 = Riesgo bajo

Clasificación:

No. de Herida									
Grado 1									
Grado 2									
Grado 3									
Grado 4									
Daño profundo									

Dispositivos médicos
- Dispositivo de oxigenación ()
- Oxímetro ()
- Manguito de TA ()
- Sujeción ()

“Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P.”
Universidad Panamericana
“Hoja 3: Valoración de Úlceras en Pierna”

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____ No. _____ De _____
 Registro _____

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PIE

1. Marca con una (x) en caso de ser afirmativo.

Circulación	Infección	Neuropatía	Presión	Afección Tisular
<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Zonas púrpuras <input type="checkbox"/> Necrosis <input type="checkbox"/> Claudicación intermitente <input type="checkbox"/> Dolor en reposo Pulsos (si) (no) Llenado capilar (seg.) RECOMENDACIÓN IC. Cirugía / Vascular/ Angiología	<input type="checkbox"/> Aumento temperatura <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cambios en el olor <input type="checkbox"/> Salida de pus o necrosis <input type="checkbox"/> Dolor intenso <input type="checkbox"/> Osteomielitis RECOMENDACIÓN IC. Médico tratante para esquema de antibiótico	SENSITIVA: <input type="checkbox"/> Calzado inadecuado <input type="checkbox"/> Corte incorrecto de uñas <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Removedor de callos AUTÓNOMICA <input type="checkbox"/> Pies resecos <input type="checkbox"/> Grietas/ fisuras <input type="checkbox"/> Pie de Charcot MOTORA <input type="checkbox"/> Pies en garra <input type="checkbox"/> Callos	<input type="checkbox"/> Zonas de eritema <input type="checkbox"/> Ampollas Tilomas RECOMENDACION SIN DEFORMIDAD (NEUROPÁTICO Y PRESIÓN) IC. Podólogo	Sonda Roma (+) (-) RECOMENDACIÓN CON DEFORMIDAD (NEUROPÁTICO Y PRESIÓN) IC. Ortopedia y Baropodometría

CLASIFICACIÓN PIE DIABÉTICO Y ULCERAS VENOSAS, ARTERIALES O MIXTAS

2.-Clasifica el pie diabético (Texas); si hay compromiso circulatorio, tomar ITB.

CLASIFICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS				
ESTADIO	GRADOS			
	O	I	II	III
A	Lesiones pre o pos ulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Herida a tendón o cápsula	Herida penetrante a hueso o articulación
B	Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
C	Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
D	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica

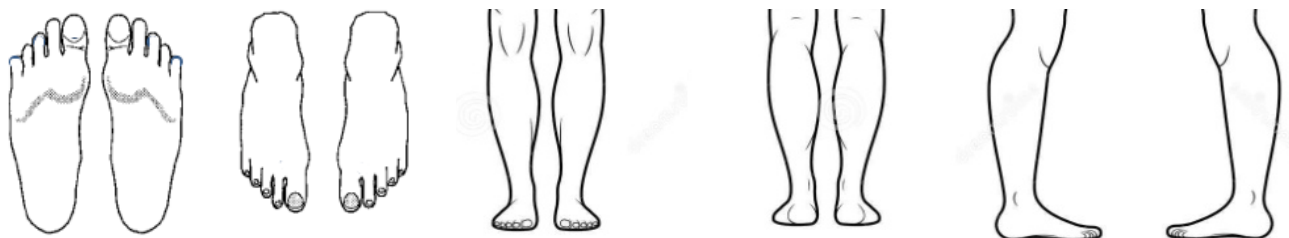
NOTA: ITB > 1.3 Ó <0.86 REFERIR CON EL ANGIÓLOGO. NO COLOCAR COMPRESIÓN

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO		
ÍNDICE	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
>1.3	No valorable	Enviar a valoración por el Angiólogo
0.9 – 1.29	Normal (SISTEMA DE COMPRESIÓN)	Se considera que el paciente no tiene Insuficiencia Arterial y su problema es probable etiología Venosa
< 0.89 – 0.6	Insuficiencia Arterial Leve	Lesión mixta, por lo que deberá el juicio clínico para definir si predomina la evidencia de etiología arterial o venosa y valoración por el angiólogo.
< 0.6	Enfermedad Arterial	Valoración por el Angiólogo y muy probablemente revascularización.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA, ETIOLOGÍA, ANATÓMICA, PATOFISIOLOGÍA (CEAP)									
C	C0	C1	C2	C3	C4 a	C4 b	C 5	C6	
		No hay signos visibles o palpables de EV	Telangectasias o venas reticulares	Varices, se distinguen las venas reticulares por tener un diámetro de 3 mm o más	Edema	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios		Úlcera venosa curada	Úlcera Venosa Activa
					Pigmentación o eczema	Lipodermatosclerosis o atrofia blanca			
E	Etiología (congénita [Ec], Primaria [Ep], secundaria[Es], sin causa identificada)								
A	Extensión Anatómica (Sistema venoso Superficial [As], Perforante [A+ no. De las perforantes afectadas], Profundo [Ap], o sin identificar)								
P	Fisiopatología (Reflujo [Fr], Obstrucción [Fo], Ambos [Fr+Fo], sin identificar)								
*Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A C5S. Los síntomas incluyen dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.									

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

3.- Marca con una (x) los sitios anatómicos donde se encuentre la lesión /lesiones y enumérelas conforme a las manecillas del reloj.



“Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P.”
Universidad Panamericana
“Hoja 3: Valoración de Úlceras en Pierna”

FECHA:				
LOCALIZACIÓN				
PULSOS	(1) PRESENTE () PEDIO DER. (2) DISMINUIDOS () TIBIAL DER. (3) AUSENTE () PEDIO IZQ. () TIBIAL IZQ.	(1) PRESENTE () PEDIO DER. (2) DISMINUIDOS () TIBIAL DER. (3) AUSENTE () PEDIO IZQ. () TIBIAL IZQ.	(1) PRESENTE () PEDIO DER. (2) DISMINUIDOS () TIBIAL DER. (3) AUSENTE () PEDIO IZQ. () TIBIAL IZQ.	(1) PRESENTE () PEDIO DER. (2) DISMINUIDOS () TIBIAL DER. (3) AUSENTE () PEDIO IZQ. () TIBIAL IZQ.
ITB	ITB: L _____ A _____ P _____	ITB: L _____ A _____ P _____	ITB: L _____ A _____ P _____	ITB: L _____ A _____ P _____
TAMAÑO (CM)	L _____ A _____ P _____	L _____ A _____ P _____	L _____ A _____ P _____	L _____ A _____ P _____
LECHO DE LA HERIDA	() ESFACELO () FIBRINA () NECRÓTICO () GRANULACIÓN () OTRO	() ESFACELO () FIBRINA () NECRÓTICO () GRANULACIÓN () OTRO	() ESFACELO () FIBRINA () NECRÓTICO () GRANULACIÓN () OTRO	() ESFACELO () FIBRINA () NECRÓTICO () GRANULACIÓN () OTRO
SOCAVAMIENTO				
TUNELIZACIÓN	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
EXUDADO	CANTIDAD CALIDAD () NINGUNO () SEROSO () BAJO () SEROPUR. () MOD. () SEROSANG. () ALTO () PURULENTO	CANTIDAD CALIDAD () NINGUNO () SEROSO () BAJO () SEROPUR. () MOD. () SEROSANG. () ALTO () PURULENTO	CANTIDAD CALIDAD () NINGUNO () SEROSO () BAJO () SEROPUR. () MOD. () SEROSANG. () ALTO () PURULENTO	CANTIDAD CALIDAD () NINGUNO () SEROSO () BAJO () SEROPUR. () MOD. () SEROSANG. () ALTO () PURULENTO
BORDES	() ADHERIDOS () BRILLANTE () NO ADHERIDO () PÁLIDOS () ENROLLADOS () VIOLÁCEOS () MACERADOS () NECRÓSIS () QUERATORIS () SECA	() ADHERIDOS () BRILLANTE () NO ADHERIDO () PÁLIDOS () ENROLLADOS () VIOLÁCEOS () MACERADOS () NECRÓSIS () QUERATORIS () SECA	() ADHERIDOS () BRILLANTE () NO ADHERIDO () PÁLIDOS () ENROLLADOS () VIOLÁCEOS () MACERADOS () NECRÓSIS () QUERATORIS () SECA	() ADHERIDOS () BRILLANTE () NO ADHERIDO () PÁLIDOS () ENROLLADOS () VIOLÁCEOS () MACERADOS () NECRÓSIS () QUERATORIS () SECA
PIEL PERILESIONAL	() SANA () PIG. OCRE () LACERADA () CIANOSIS () DELGADA () INDURACIÓN () BRILLANTE () OSCIFICACIÓN () SECA () MACERADA () FRÍA () PÁLIDA () EDEMA () OTRO	() SANA () PIG. OCRE () LACERADA () CIANOSIS () DELGADA () INDURACIÓN () BRILLANTE () OSCIFICACIÓN () SECA () MACERADA () FRÍA () PÁLIDA () EDEMA () OTRO	() SANA () PIG. OCRE () LACERADA () CIANOSIS () DELGADA () INDURACIÓN () BRILLANTE () OSCIFICACIÓN () SECA () MACERADA () FRÍA () PÁLIDA () EDEMA () OTRO	() SANA () PIG. OCRE () LACERADA () CIANOSIS () DELGADA () INDURACIÓN () BRILLANTE () OSCIFICACIÓN () SECA () MACERADA () FRÍA () PÁLIDA () EDEMA () OTRO
OLOR	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
DOLOR				
CULTIVO	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()
DESBRIDAMIENTO	() AUTOLÍTICO () MECÁNICO () OTRO	() AUTOLÍTICO () MECÁNICO () OTRO	() AUTOLÍTICO () MECÁNICO () OTRO	() AUTOLÍTICO () MECÁNICO () OTRO
TRATAMIENTO DE LA HERIDA				
VENDAJES DE COMPRESIÓN	ELÁSTICA INELÁSTICA () ELAST. SIMPLE () BOTA DE UNNA () VEND. 2 CAPAS () SISTEMA MIXTO () VEND. 3 CAPAS () BOTA DE DUKE () VEND. 4 CAPAS	ELÁSTICA INELÁSTICA () ELAST. SIMPLE () BOTA DE UNNA () VEND. 2 CAPAS () SISTEMA MIXTO () VEND. 3 CAPAS () BOTA DE DUKE () VEND. 4 CAPAS	ELÁSTICA INELÁSTICA () ELAST. SIMPLE () BOTA DE UNNA () VEND. 2 CAPAS () SISTEMA MIXTO () VEND. 3 CAPAS () BOTA DE DUKE () VEND. 4 CAPAS	ELÁSTICA INELÁSTICA () ELAST. SIMPLE () BOTA DE UNNA () VEND. 2 CAPAS () SISTEMA MIXTO () VEND. 3 CAPAS () BOTA DE DUKE () VEND. 4 CAPAS
NOTA DE ENFERMERÍA				
PRÓXIMA CITA				
NOMBRE, FIRMA DE LA ENFERMERA				

Características de la herida		Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
No. De Herida					
Dolor	EVA				
Dimensiones de la herida	Socavamiento () Tunelización ()				
	LxAxP	<u> </u> X <u> </u> X	<u> </u> X <u> </u> X	<u> </u> X <u> </u> X	<u> </u> X <u> </u> X
Lecho de la herida		Esfacelo () Fibrina () Necrosis () Granulación () Epitelización ()	Esfacelo () Fibrina () Necrosis () Granulación () Epitelización ()	Esfacelo () Fibrina () Necrosis () Granulación () Epitelización ()	Esfacelo () Fibrina () Necrosis () Granulación () Epitelización ()
Bordes		Adheridos () Queratósico () Enrollado () Macerado ()	Adheridos () Queratósico () Enrollado () Macerado ()	Adheridos () Queratósico () Enrollado () Macerado ()	Adheridos () Queratósico () Enrollado () Macerado ()
Piel perilesional		Sana () Hiperpigmentada () Reseca ()	Sana () Hiperpigmentada () Reseca ()	Sana () Hiperpigmentada () Reseca ()	Sana () Hiperpigmentada () Reseca ()
Cantidad y tipo de exudado	1 Nulo 2 Escaso 3 Moderado 4 Abundante	1 () 2 () 3 () 4 ()	2 () 2 () 3 () 4 ()	3 () 2 () 3 () 4 ()	4 () 2 () 3 () 4 ()
	a Seroso b Serohemático c Purulento d Hemático	a () b () c () d ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d ()	a () b () c () d ()
Datos de Infección	1 Aumento de dolor	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	2 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	3 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	4 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()
	2 Eritema				
	3 Edema				
	4 Calor/Ardor				
	5 Cicatrización retardada				
	6 Olor				
	7 Hipergranulación				
Cultivo		Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Desbridamiento	a Cortante b Autolítico c Otro	a () b () c () _____	a () b () c () _____	a () b () c () _____	a () b () c () _____
	Nota				
	Personal de salud				

Anexo 6: Versión final. Instrumento de valoración

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Hoja 1: Valoración inicial"

Fecha de ingreso: _____ Servicio: Hospitalización () Consulta Externa ()

No. De registro: _____

1. Ficha de identificación:

Nombre: _____	Edad _____
Sexo: Masculino () Femenino ()	F. Nac: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____	
Familiar responsable: _____	Telefono: _____ / _____
Motivo de consulta: _____	Alergias: _____

2. Antecedentes de la herida:

¿Cuánto tiempo tiene con la herida? _____

¿Ha tenido heridas previas? _____

¿Ha recibido tratamiento(especifique)? _____

¿Cómo inicio la herida? _____

3. Probable diagnóstico:

Lesiones por presión (Ver Hoja 1)	Úlceras de pierna (Ver Hoja 3)	Úlceras neuropáticas (Ver Hoja 3)	Otros (Ver Hoja 4)
Edad en extremos de la vida: ()	Pulsos no palpables: ()	Diabetes: ()	Modelantes: ()
Movilidad limitada: ()	Dolor al caminar: ()	Sensibilidad alt.: ()	Dehiscentes: ()
Humedad: ()	Dolor en la noche: ()	Pie Charcot: ()	Traumática: ()
Disp. Médicos: ()	Parestesias: ()	Hormigueo: ()	Fasciotomías: ()
Incontinencia: ()	Coloración ocre: ()	Calzado inadecuado: ()	Quirúrgica: ()
Mala nutrición: ()	Horas de pie o sentado: (/)	Deformidades en los pies: ()	
	Várices: ()		
	Claudicación: ()		

4. Objetivo del tratamiento	Cicatrizable ()	De mantenimiento ()	Paliativo ()
------------------------------------	------------------	----------------------	---------------

5. Comorbilidades:

Enfermedades metabólicas	Enf. Cardiovasculares	Enf. Respiratorias	Enf. Neurológicas	Otras
-DM 1 ()	-HTA ()	-EPOC ()	-Epilepsia ()	-Cáncer _____ ()
-DM 2 ()	-IAM ()	-Tabaquismo ()	-Parálisis ()	-Enf. Reumatológicas ()
-Dislipidemias ()	-Ateroesclerosis ()	No. Cigarrillos _____		-Anemia ()
-Obesidad ()		Años fumando _____		-Depresión ()
-Desnutrición ()		-Neumonías ()		

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Hoja 2: Lesiones por presión"

Fecha: _____ Servicio: _____ No. De registro: _____

Nombre: _____

1. Escala de Braden para prevención de lesiones por presión:

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

Adaptada de: Gobierno Federal, Consejo de Salubridad General. Guía de Referencia Rápida. Tratamiento de Úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención, Prevención [Internet]. [cited 2018 Nov 8]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1NA/ULCERADECUBITO_1ER_NIVEL_RR_CENETEC.pdf

Resultado: _____

<12 = Riesgo alto 13 – 15 = Riesgo medio >16 = Riesgo bajo

2. Clasificación:

No. de Herida									
Grado 1									
Grado 2									
Grado 3									
Grado 4									
Daño profundo									
No clasificable									

3. Dispositivos médicos

- Dispositivo de oxigenación ()
- Oxímetro ()
- Manguito de TA ()
- Sujeción ()

"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Hoja 3: Úlceras de pierna"

Fecha: _____ Servicio: Hosp. () Consulta Ext. () No. De registro: _____

Nombre: _____

1.Exploración física del pie:

Circulación	Infección	Neuropatía	Presión	Afección Tisular
-Palidez () -Zonas púrpuras () -Necrosis () -Claudicación intermitente() -Dolor en reposo () -Pulsos (si) (no) -Llenado capilar (seg.) Interconsulta: Cirugía, Vascular o Angiología.	-Cambios en el olor () -Salida de pus () -Tejido necrótico () -Osteomielitis () Interconsulta: Médico tratante para esquema de antibiótico.	Sensitiva: -Calzado inadecuado () -Corte incorrecto de uñas () -Marcha () Autonómica: -Pies resecos () -Grietas/ fisuras () -Pie de Charcot () Motora: -Pies en garra () -Callos ()	-Zonas con eritema () -Ampollas () Interconsulta: En caso de NO presentar deformidad con Podólogo. (Neuropatía y presión)	-Sonda Roma (+) (-) Interconsulta: en caso de presentar deformidades con Ortopedia y Baropodometria.

Adaptada de: Adaptada de: Contreras Ruiz J, Apéstegui Gudián A. Abordaje y manejo de las heridas. México, D.F.: Intersistemas; 2013.

2. Clasificación del pie diabético y úlceras venosas, arteriales o mixtas

• **Clasifica el pie diabético: (TEXAS)**

Estadios	Grados			
	0	I	II	III
A	Lesiones pre o post ulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Herida a tendón o cápsula	Herida penetrante a hueso o articulación
B	Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
C	Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
D	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica

Adaptada de: Adaptada de: Lavery LA, Armstrong DG, Harkless LB. Classification of Diabetic Foot Wounds. J Foot Ankle Surg 1996;35:528-31.

• **Clasificación de úlceras venosas, arteriales o mixtas: (CEAP)**

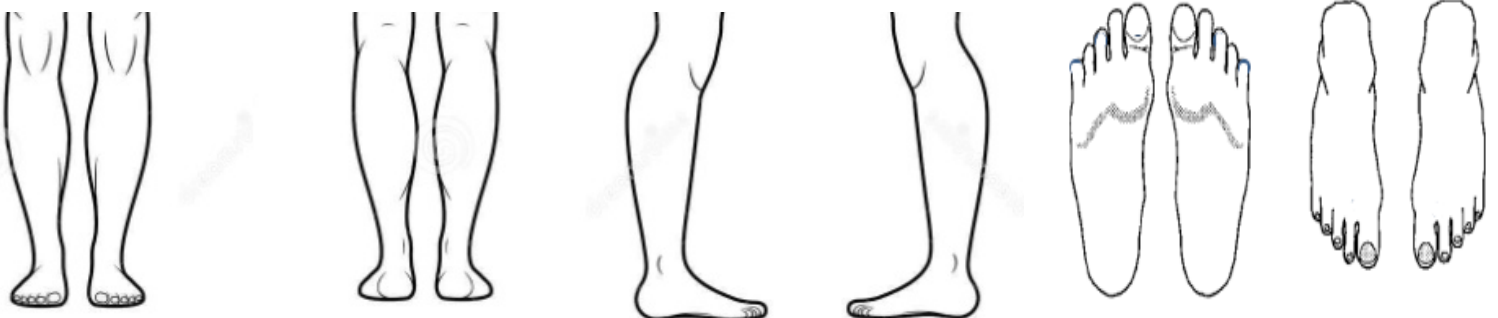
C	C0	C1	C2	C3	C4 a	C4 b	C5	C6
		No hay signos visibles o palpables de EV	Telangectasias o venas reticulares	Varices, se distinguen las venas reticulares por tener un diámetro de 3 mm o más	Edema	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios		Úlcera venosa curada
					Pigmentación o eczema	Lipodermatosclerosis o atrofia blanca		
E	Etiología (congénita [Ec], Primaria [Ep], secundaria [Es], sin causa identificada)							
A	Extensión Anatómica (Sistema venoso Superficial [As], Perforante [A+ no. De las perforantes afectadas], Profundo [Ap], o sin identificar)							
P	Fisiopatología (Reflujo [Fr], Obstrucción [Fo], Ambos [Fr+Fo], sin identificar)							

*Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A C5S. Los síntomas incluyen dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.

Adaptada de: Dr. Carles M A, Dr. Rodrigo R H, Dra. Ma. Dolores B O, Dr. César GM, Guías Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica, 2015 ed. iD Medical.

3.Resultado de TEXAS y/ó CEAP: _____

4.Localización anatómica: Marca con una (x) los sitios anatómicos donde se encuentre la lesión /lesiones y enumerarlas conforme a las manecillas del reloj.



"Casa Hogar para enfermos de las Hermanas del Buen Samaritano I.A.P."

Universidad Panamericana

"Hoja 4: Valoración de la Herida"

1.Servicio: Hosp. () Consulta Ext. () 2.No. De registro: _____

3.Nombre: _____

4.Fecha				
5.No. De Herida				
6.Localización				
7.Pulsos	() Pedio der. () Pedio izq. () Tibial der. () Tibial izq.	() Pedio der. () Pedio izq. () Tibial der. () Tibial izq.	() Pedio der. () Pedio izq. () Tibial der. () Tibial izq.	() Pedio der. () Pedio izq. () Tibial der. () Tibial izq.
8.Dimensiones	L ____ cm A ____ cm P ____ cm	L ____ cm A ____ cm P ____ cm	L ____ cm A ____ cm P ____ cm	L ____ cm A ____ cm P ____ cm
9.Lecho de la herida	() % Esfacelo () % Fibrina () % Necrosis () % Granulación () Otro:	() % Esfacelo () % Fibrina () % Necrosis () % Granulación () Otro:	() % Esfacelo () % Fibrina () % Necrosis () % Granulación () Otro:	() % Esfacelo () % Fibrina () % Necrosis () % Granulación () Otro:
10.Socavamiento () Tunelización ()				
11.Exudado	Cantidad () Nulo () Leve () Moderado () Abundante Calidad () Seroso () Seropurulento () Hemático () Purulento	Cantidad () Nulo () Leve () Moderado () Abundante Calidad () Seroso () Seropurulento () Hemático () Purulento	Cantidad () Nulo () Leve () Moderado () Abundante Calidad () Seroso () Seropurulento () Hemático () Purulento	Cantidad () Nulo () Leve () Moderado () Abundante Calidad () Seroso () Seropurulento () Hemático () Purulento
12.Olor	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
13.Bordes	() Adheridos () Macerados () No adheridos () Queratósicos () Enrollados	() Adheridos () Macerados () No adheridos () Queratósicos () Enrollados	() Adheridos () Macerados () No adheridos () Queratósicos () Enrollados	() Adheridos () Macerados () No adheridos () Queratósicos () Enrollados
14.Piel perilesional	() Sana () Ocre () Cianosis () Lacerada () Induración () Delgada () Osificación () Brillante () Pálida () Seca () Otro: () Fria () Edema	() Sana () Ocre () Cianosis () Lacerada () Induración () Delgada () Osificación () Brillante () Pálida () Seca () Otro: () Fria () Edema	() Sana () Ocre () Cianosis () Lacerada () Induración () Delgada () Osificación () Brillante () Pálida () Seca () Otro: () Fria () Edema	() Sana () Ocre () Cianosis () Lacerada () Induración () Delgada () Osificación () Brillante () Pálida () Seca () Otro: () Fria () Edema
15.Datos de infección	() Edema () Cicatrización retardada () Eritema () Tejido ifriable () Calor () Hipergranulado () Dolor en aumento	() Edema () Cicatrización retardada () Eritema () Tejido ifriable () Calor () Hipergranulado () Dolor en aumento	() Edema () Cicatrización retardada () Eritema () Tejido ifriable () Calor () Hipergranulado () Dolor en aumento	() Edema () Cicatrización retardada () Eritema () Tejido ifriable () Calor () Hipergranulado () Dolor en aumento
16.Dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17.Cultivo	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
18.DESBRIDAMIENTO	() Autolítico () Cortante () Mecánico () Otro:	() Autolítico () Cortante () Mecánico () Otro:	() Autolítico () Cortante () Mecánico () Otro:	() Autolítico () Cortante () Mecánico () Otro:
19.Tratamiento de la herida	Sol. De limpieza: Apósitos: Otro: Fijación:	Sol. De limpieza: Apósitos: Otro: Fijación:	Sol. De limpieza: Apósitos: Otro: Fijación:	Sol. De limpieza: Apósitos: Otro: Fijación:
20.Vendajes de compresión	Elástica () Vend. 2 Capas () Vend. 3 Capas () Vend.. 4 Capas Inelástica () Bota de Unna () Bota de Duke () Venda simple	Elástica () Vend. 2 Capas () Vend. 3 Capas () Vend.. 4 Capas Inelástica () Bota de Unna () Bota de Duke () Venda simple	Elástica () Vend. 2 Capas () Vend. 3 Capas () Vend.. 4 Capas Inelástica () Bota de Unna () Bota de Duke () Venda simple	Elástica () Vend. 2 Capas () Vend. 3 Capas () Vend.. 4 Capas Inelástica () Bota de Unna () Bota de Duke () Venda simple
21.Nota de enfermería				
22.Próxima cita				
23.Nombre y firma del personal de salud				

Anexo 7: Guía para el llenado de las hojas y bibliografía complementaria

Escuela de Enfermería- Especialidad y Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras

“Guía para el llenado de las hojas y bibliografía complementaria”

Índice:

- I. Guía para el llenado de “Hoja 1: Valoración Inicial”
- II. Guía para uso de “Hoja 2: Lesiones por presión”
- III. Guía para el uso de “Hoja 3: Úlceras de pierna”
- IV. Guía para el uso de “Hoja 4: Valoración de las heridas”

I. **Guía para el llenado de la hoja de valoración inicial**

1.Ficha de identificación:

Se debe obtener la mayor información posible para que podamos dar un adecuado seguimiento, en pacientes de consulta es indispensable obtener un contacto para tener una comunicación constante con los pacientes y/o familiares.

2.Antecedentes de la herida:

De manera breve hacer una historia clínica de la evolución de la herida preguntando cuánto tiempo tiene con ella, si ha tenido lesiones previas, qué tratamiento ha recibido con respecto a la herida y si existen otros agentes que hayan podido retrasar el proceso de cicatrización y poder dar un diagnóstico de acuerdo a la etiología.

3.Probable diagnóstico:

Se han dividido en 4 rubros, en la que cada columna se encuentran algunos signos y síntomas que son característicos o específicos a ese tipo de herida, que si ya se sabe la etiología puede complementarse con signos positivos y factores que pueden ser modificables para dar un tratamiento específico. Si la herida que presenta el paciente no pertenece a las mencionadas se incluye en otros y se procede a utilizar la hoja cuatro que está destinada a la valoración de la herida y que está estandarizada para todo tipo de lesiones.

4.Objetivo de tratamiento:

En este apartado se marcara con (X) el objetivo del tratamiento que se dividen en tres:

- Cicatrizable: Hacer que una herida se cure completamente.
- Mantenimiento: Mantener la herida limpia, evitando complicaciones y la herida no es curable.
- Paliativo: Brindarle los cuidados necesarios a la herida, disminuyendo el dolor, olor y exudado, teniendo en cuenta que la herida no cicatrizará.

5.Comorbilidades:

Se debe obtener la mayor información posible acerca de diversas patologías que puedan tener impacto en la formación de heridas o retraso en la cicatrización. De igual manera se marcara (X) las afirmaciones referidas por el paciente y/o familiar.

6.Localización:

Finalmente un esquema de corte sagital del plano anterior y posterior de la anatomía del cuerpo humano y un plano dorsal y plantar de los pies para determinar la localización de las heridas.

La tabla donde deben de escribirse el número y la fecha tiene como objetivo determinar el número de heridas y fecha de aparición o valoración, es de vital importancia ya que ese número debe coincidir en todas las hojas y se pueda llevar a cabo de manera más eficaz la valoración de la evolución de las lesiones.

En caso de que una herida epitelice y aparezca una nueva lesión, se debe de continuar con el orden cronológico, es decir, no se debe de iniciar de nuevo la numeración, por fines de recolección de datos estadísticos.

7.Índice tobillo- brazo:

Se debe valorar en cualquier paciente que presente una lesión en miembro inferior y el seguimiento debe ser cada 3 meses.

8.Consentimiento informado:

Se agrega de forma breve ya que es importante contar con la autorización de los pacientes para realizar cualquier intervención, uso de información y la toma de fotografías.

II. Guía para uso de Hoja 1

1. Escala de Braden para prevención de lesiones por presión

Se han incluido unas vacantes para que sea llenado según sea el caso y así cualquier personal de salud sepa el riesgo que tiene nuestro paciente de presentar lesiones por presión o conocer los factores que tienen un impacto negativo en nuestro paciente y poder realizar las actividades pertinentes para la atención al paciente.(8)

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

<12 = Riesgo alto 13 – 15 = Riesgo medio >16 = Riesgo bajo

Percepción sensorial	1.Limitada completamente al tener disminuido el nivel de conciencia o al estar sedado, el paciente no reacciona estímulos	2.Muy limitada, reacciona solamente a estímulos dolorosos.	3.Levemente limitada. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias.	4.Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales, no presenta déficit sensorial que pueda limitar la capacidad de expresar o sentir malestar.
-----------------------------	---	--	--	--

	dolorosos o bien, capacidad para sentir dolor.			
Humedad	1.Constantemente, la piel se encuentra constantemente a la humedad por sudoración, orina, etc.	2.Muy húmeda, la piel esta húmeda a menudo pero no siempre, la ropa se cambia por lo menos una vez por turno.	3.Ocasionalmente, cuando es necesario el cambio de ropa aproximadamente una vez al día.	4.Raramente, la piel está seca generalmente.
Actividad	1.En cama	2.En silla, o con deambulación limitada, no puede sostener su propio peso.	3.Camina ocasionalmente, con o sin ayuda, en distancias cortas, pasa la mayor parte de las horas en cama o silla	4.Camina frecuentemente, deambulando fuera de la habitación or lo menos dos veces al día o por dos horas.
Movilidad	1.Inmóvil, sin ayuda no puede hacer ningún cambio de posición.	2.Muy limitada, ocasionalmente hace ligeros cambios en la posición pero no de manera frecuente o significativos.	3.Ligeramente limitada, hace cambios en la posición con frecuencia por si solo.	4.Sin limitaciones, Hace cambios significativos sin ayuda.
Nutrición	1.Muy pobre, nunca ingiere una comida completa, bebe pocos	2.Probablemente inadecuada, raramente hace una comida	3.Adecuada, toma más de la mitad de la mayoría de las comidas o recibe	4.Excelente, ingiere la mayor parte de cada comida, nunca rehúsa una comida, ocasionalmente

	líquidos, o bien esta en ayuno o con dieta líquida o suero más de 5 días.	completa, ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos de la cantidad óptima.	nutrición parenteral.	come entre horas y no requiere suplementos dietéticos.
Fricción y deslizamiento	1.Es un problema, requiere asistencia para ser movilizado, se desliza con frecuencia en la cama o en la silla.	2.Problema potencial, se mueve debilmente y la piel roza con sábanas o silla, en ocasiones se resbala.	3.Sin problema aparente, se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene fuerza muscular para levantarse, manteniendo buena posición.	

2. Clasificación:

Se debe colocar en número de la herida que coincide con la localización y después de la valoración se le da un grado y se debe señalar, es importante recordar que en el caso de las lesiones por presión esta clasificación puede ser progresiva en aumento más no en retrospectiva.

Grado I Eritema no blanqueable de piel intacta.	Piel intacta con un área localizada de eritema no blanqueable, que puede aparecer de manera diferente en la piel con pigmentación oscura. La presencia de eritema blanqueable o cambios en la sensación, la temperatura o la firmeza pueden preceder a los cambios visuales.(17)
Grado II Pérdida de piel de espesor	El lecho de la herida es viable, rosado o rojo, húmedo, y también puede presentarse como una ampolla llena de suero intacta o rota.

<p>parcial con dermis expuesta.</p>	<p>Estas lesiones suelen ser el resultado de microclima adverso y corte en la piel sobre la pelvis y corte en el talón. Esta etapa no debe utilizarse para describir el daño cutáneo asociado a la humedad (DMAE), incluida la dermatitis asociada a la incontinencia (DIA), la dermatitis intertriginosa (DIT), la lesión cutánea relacionada con el adhesivo médico (MARSÍ) o las heridas traumáticas (desgarros, quemaduras, abrasiones).(17)</p>
<p>Grado III Pérdida de piel de espesor total.</p>	<p>Pérdida de la piel de espesor total, en la que se observa tejido adiposo (grasa) en la úlcera y el tejido de granulación Pueden ocurrir daños y túneles. Fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago y / o hueso no están expuestos.(17)</p>
<p>Grado IV Pérdida de tejido y piel de espesor total.</p>	<p>Pérdida de tejido y piel de grosor total con fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso expuestos o palpables directamente en la úlcera.(17)</p>
<p>Daño profundo Persistente decoloración de color rojo oscuro, granate o púrpura persistente.</p>	<p>Piel intacta o no intacta con área localizada de decoloración de color rojo oscuro, granate, púrpura persistente no blanqueable persistente o separación epidérmica que revela una herida oscura o una ampolla llena de sangre. Esta lesión es el resultado de la presión intensa y / o prolongada y las fuerzas de corte en la interfaz hueso-músculo. (17)</p>
<p>No clasificable Pérdida de tejido y piel de grosor total oscurecida</p>	<p>Pérdida de tejido y piel de grosor total en la que no se puede confirmar la extensión del daño tisular dentro de la úlcera debido a que está oculta por la caries o la escara.(17)</p>

3. Dispositivos médicos:

Se deben identificar y marcar para que todo personal que intervenga en el tratamiento del paciente tenga una mayor vigilancia a éstos y evitar posibles complicaciones.

III. Guía para el uso de “Hoja 3: Úlceras de pierna”

1. Exploración del pie:

El personal valora la Circulación, Infección, Neuropatía, Presión y Afección Tisular; tomando en cuenta lo que refiera el paciente, observe y palpe la/el enfermera (o) al momento de la revisión del miembro inferior afectado marcando dentro del paréntesis una (x) y tomar en cuenta las recomendaciones de interconsultas.

Circulación	Infección	Neuropatía	Presión	Afección Tisular
-Palidez (x) -Zonas púrpuras () -Necrosis () -Claudicación intermitente() -Dolor en reposo (x) -Pulsos (si) (no) -Llenado capilar (seg.) Interconsulta: Cirugía, Vascular o Angiología.	-Cambios en el olor () -Salida de pus () -Tejido necrótico () -Osteomielitis () Interconsulta: Médico tratante para esquema de antibiótico.	<u>Sensitiva:</u> -Calzado inadecuado (x) -Corte incorrecto de uñas () -Marcha (x) <u>Autonómica:</u> -Pies resecos () -Grietas/ fisuras () -Pie de Charcot () <u>Motora:</u> -Pies en garra (x) -Callos ()	-Zonas con eritema () -Ampollas (x) Interconsulta: En caso de NO presentar deformidad con Podólogo. (Neuropatía y presión)	-Sonda Roma (+) (-) Interconsulta: en caso de presentar deformidades con Ortopedia y Baropodometría.

2. Clasificación del pie diabético y úlceras venosas, arteriales o mixtas

Clasifica el pie diabético: (TEXAS)

Esta escala se basa en dos criterios: La profundidad, que se mide de acuerdo al grado que comprende desde el 0 al 3 y la existencia de isquemia e infección se mide por estadios de acuerdo a la severidad que presente en ese momento; comprende las letras de la A a la D.

Estadios	Grados			
	0	I	II	III
A	Lesiones pre o post ulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Herida a tendón o cápsula	Herida penetrante a hueso o articulación
B	Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
C	Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
D	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica

Clasificación de úlceras venosas, arteriales o mixtas: (CEAP)

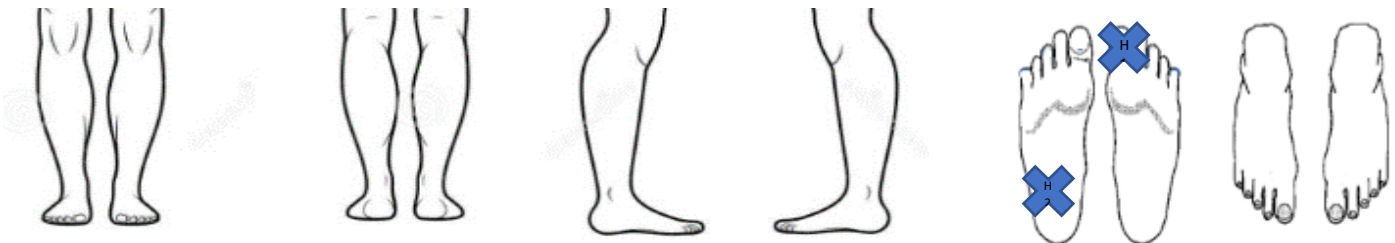
Valora las úlceras venosas tomando en cuenta las siglas CEAP; Clínica (comprende de clase cero a clase seis [Sintomático o Asintomático]), Etiología (congénita, primaria y secundaria), Anatomía (superficial y/o Profunda y/o Perforantes), Patofisiología (Reflujo y/o Obstrucción). La C es la más referida, intuitiva y sencilla.

	C0	C1	C2	C3	C4 a	C4 b	C 5	C6
C	No hay signos visibles o palpables de EV	Telangectasias o venas reticulares	Varices, se distinguen las venas reticulares por tener un diámetro de 3 mm o más	Edema	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios		Úlcera venosa curada	Úlcera Venosa Activa
					Pigmentación o eczema	Lipodermatosclerosis o atrofia blanca		
E	Etiología (congénita [Ec], Primaria [Ep], secundaria[Es], sin causa identificada)							
A	Extensión Anatómica (Sistema venoso Superficial [As], Perforante [A+ no. De las perforantes afectadas], Profundo [Ap], o sin identificar)							
P	Fisiopatología (Reflujo [Fr], Obstrucción [Fo], Ambos [Fr+Fo], sin identificar)							
*Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A C5S. Los síntomas incluyen dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.								

3.Resultado de TEXAS y/o CEAP: se anotará la clasificación que se le al momento de la valoración.

Ejem. TEXAS: 0A, 0B, 0C, 0D, IA, IB, IC, ID, IIA, IIB, IIC, IID, IIIA, IIIB, IIIC y IIID.
Ejem. CEAP: C0, C1, C2, C3, C4a, C4b, C5 y C6.

4.Localización anatómica: El evaluador marcará con una “x” los sitios anatómicos donde se encuentre la lesión; si son más de dos lesiones, enumerarlas conforme a las manecillas del reloj.



IV. Guía para el uso de “Hoja 4: Valoración de las heridas”

1.Servicio: Se colocará una “x” dentro del paréntesis; si el paciente corresponde al servicio de Hospitalización o de Consulta Externa.

2.No. De registro: Todos los pacientes que son atendidos por sus heridas; deben de tener un registro para la base de datos del Proyecto Malinalco de la Maestría de Heridas, Estomas y Quemaduras con inicio del formato [0001].

3.Nombre: Anotar el nombre completo del paciente, con letra legible empezando con el apellido paterno, apellido materno y nombre o nombres.

4.Fecha: Con número legible, se anotará la fecha en que se valora en el siguiente formato [DD/MM/AAAA]. Ejemplo: 22/05/2018.

5.No. De herida: Este se anotará en caso de que el paciente cuente con más de dos heridas y se colocarán en los cuadros, el orden que se le da en las imágenes conforme a las manecillas de reloj. Y en caso de que algunas de las heridas epitelice; se continuará con la misma numeración.

6.Localización: Con letra legible, se anotara el sitio anatómico en donde se localiza la herida.

7.Pulsos: Todos los pacientes que tengan la herida en el miembro inferior se le tomara pulsos y se marcará con una “x” si están presentes.

8.Dimensiones: Se anotará con número las mediciones de manera que:

- Largo (L): medir la parte más larga de la herida, el de mayor medida.
- Ancho (A): medir la parte más ancha de la herida.
- Profundidad (P): medir la parte más profunda que presente la herida.

Estas medidas van en centímetros; teniendo referencia únicamente el lecho de la herida.

Las medidas de la herida deben ser tomadas en el mismo sitio, desde la primera valoración.


9.Lecho de la herida: Siendo un total el 100% todo el lecho de la herida; al momento de la valoración, se le dará una cantidad al tipo de tejido que se encuentre en la herida. Los tejidos que podemos encontrar son los siguientes:

- Esfacelo: color amarillo opaco friable de consistencia chiclosa.

- Fibrina: color amarillo como la yema de huevo.
- Necrosis: color café grisáceo, en ocasiones se observa como costra negra
- Granulación: color rojo o rosita y granular.
- Epitelio: color rosa, casi blanco aperlado.
- Hipergranulado: rojo exuberante, sobrepasa el borde y sangra con facilidad.(1)

10.Socavamiento y Tunelización: Se marcará con una “x” si se presenta socavamiento y/o tunelización; esquematizándolo en el reloj hacia donde se encuentra localizado y anotando el más largo. Definiendo:

- Socavamiento: “Es la destrucción tisular alrededor del perímetro de la herida bajo la piel intacta”.(1)
- Tunelización: “Es un canal que se extiende desde cualquier parte de una herida y puede llegar hasta el tejido celular subcutáneo o al mismo musculo “. (1)

Socavamiento (x)		De las 4 -7 hrs.
Tunelización ()		Profundidad: 5hrs=7 cm

11.Exudado: Con una “x” se marcará la cantidad y calidad de este;

Cantidad:

- Nulo: sin exudado (seca).
- Leve: exudado controlado.
- Moderado: cuando se controla con un apósito absorbente con cambio de dos a tres días.
- Abundante: es incontrolable y es necesario utilizar apósito absorbente y se satura en menos de un día.¹

Calidad:

- Seroso: consistencia acuosa (transparente-amarillo).
- Serohemático: consistencia acuosa (rosa a rojo claro).
- Sanguíneo: consistencia sangre, acuosa (rojo brillante).
- Seropurulento: consistencia acuosa-espesa (amarillo-cafe).

- Purulento: consistencia espesa (amarillo a café o verde traslúcido a opaco). (1)

12.Olor: Marcar con una “x” si presenta o no olor el día de la revisión de la herida.

13.Bordes: Es la zona en donde limita el lecho de la herida con piel perilesional. Se marcará con una “x” al momento de observar los bordes:

- Adheridos: Con efecto al ras de la base de la herida; sin efecto el lecho de la herida más profunda.(1)
- No adheridos: Destrucción del tejido por debajo de la piel.
- Enrollados: se observa engrosado o envueltos hacia el lecho de la herida. (18)
- Macerados: Presencia del exceso de humedad desde el borde hacia el exterior de la herida, se observa un tejido blanco.
- Queratosis: Formación de callos alrededor de la herida.(1)

14.Piel perilesional: Es la zona de tejido que limita el lecho de la herida, este se marcará con una “x” los que se observe en el paciente.

15.Datos de infección: Se marcaran los signos o síntomas que se observe y refiera el paciente con una “x” dentro del paréntesis.

16.Dolor: Se utilizará la Escala Valoración Numérica (EVN) que nos ayudan a cuantificar la percepción subjetiva del dolor que sufre el paciente en el momento de la curación. Enumerada del 0 al 10; como referencia el 0 (sin dolor) y el 10 (el peor dolor imaginable). (19)

17.Cultivo: Marcar con una “x” en caso de que se tome cultivo ese día.

18.Desbridamiento: Marcar con una “x” el tipo de desbridamiento utilizado; tomando en cuenta lo siguiente:

- Autolítico: Activación de enzimas endógenas presentes en el tejido necrótico.(1)
- Mecánico: Utilización de fuerzas físicas para el retiro del tejido necrótico. (1)
- Cortante: Utilización de hoja de bisturí.
- Otro: Enzimático, osmótico, quirúrgico, etc.

19.Tratamiento de la herida: Con letra legible anotar el nombre de la solución de limpieza o antiséptico utilizado, el nombre del apósito especializado ya sea comercial o genérico, en caso de que se utilice otro material que no sea apósitos especializados anotarlo en el apartado de “Otros” y el nombre de la fijación que se utilizó. Ejemplo:

Tratamiento de la herida	Sol. Limpieza: <u>Estericide solución o en gel.</u> Apósitos: <u>Alginato de calcio ó aqua cell (nombre genérico o comercial)</u> Otro: <u>mupirocina u óxido de zinc, protectores cutáneos.</u> Fijación: <u>tela adhesiva, apósito transparente ó hypafix.</u>
--------------------------	---

20.Vendajes de compresión: El sistema de compresión es únicamente para problemas de Insuficiencia Venosa Crónica. Teniendo la referencia el ITB para la aplicación de compresión.

La clasificaremos en:

- Elástica:
 - Compresión alta: son vendajes de máxima presión alrededor de 20 a 80 mm Hg; se obtiene con el vendaje multicapas.
 - Compresión baja: vendajes de un máximo 20 mm Hg; se obtiene con el uso de una o dos capas de venda elástica simple.

- Inelástica:
 - Aplicación de un vendaje de baja o nula elasticidad, pero de alta resistencia alrededor de la pierna.(1)
 - a) Bota de Unna: De acuerdo con Contreras, R. J. (1) consiste en un vendaje de algodón de tejido fino, que contiene óxido de zinc, glicerina, gelatina y agua.
 - b) Bota de Duke: Es la aplicación de un vendaje simple sobre el vendaje de Bota de Unna, que lo hace un sistema mixto.(1)

21. Nota de enfermería: Anotar lo más relevante que se observe en ese momento. Por ejemplo: Paciente que no sigue indicaciones; se retira vendaje; moja los vendajes; entre otros.

22. Próxima cita: Con número legible anotar la cita siguiente de la curación con el siguiente formato [DD/MM/AAAA]. Ejemplo: 22/05/2018.

23. Nombre y firma del personal de salud: Anotar el nombre completo y firma del personal de salud quien valora al paciente.