

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO

# INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA





# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

**INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA**



INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA: proceso  
asistencial integrado. -- [Sevilla]:  
Consejería de Salud, [2003]

84 p. ; 24 cm

ISBN 84-8486-118-X

1. Insuficiencia venosa 2. Calidad de la  
atención de salud 3. Andalucía I. Andalucía.  
Consejería de Salud

WG 600

**INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA**

**Edita:** Consejería de Salud

**Depósito Legal:** SE-2518-2003

**ISBN:** 84-8486-118-X

**Maquetación:** Artefacto

**Impresión:** Escandón Impresores

# Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido - y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera  
Director General de Organización de Procesos y Formación





## **EQUIPO DE TRABAJO**

Eduardo Olalla Mercadé (Coordinador); Francisco Ardila Merchán; Juan Guillermo Ferrer García; Francisco Fonta Velasco; Carlos A. Gómez Hernández; Eduardo Ros Die; Ricardo Marín Moya.



# Índice

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL</b> .....	<b>13</b>
<b>3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
Destinatarios y expectativas .....	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad .....	19
<b>4. COMPONENTES</b> .....	<b>23</b>
Descripción general .....	23
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	30
Competencias profesionales .....	41
Recursos. Características de calidad. Requisitos .....	53
Unidades de soporte .....	54
<b>5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA</b> .....	<b>55</b>
Arquitectura de procesos. Nivel 1 .....	56
Arquitectura de procesos. Nivel 2. Atención en AP .....	57
Arquitectura de procesos. Nivel 2. Atención en AE .....	58
Arquitectura de procesos. Nivel 3. Diagnóstico .....	59
Arquitectura de procesos. Nivel 3. Tratamiento .....	60
<b>6. INDICADORES</b> .....	<b>61</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1: Valoración del paciente .....	63
Anexo 2: Factores de riesgo .....	67
Anexo 3: Clasificación de la insuficiencia venosa crónica .....	68
Anexo 4: Tratamiento y seguimiento en función de la clasificación .....	70
Anexo 5: Cuidados de Enfermería en Atención Primaria .....	77
Anexo 6: Procedimientos quirúrgicos .....	80
Anexo 7: Cuidados post-operatorios de Enfermería .....	81
<b>Bibliografía</b> .....	<b>83</b>



# 1 INTRODUCCIÓN

Dentro del Plan de Calidad de la Consejería de Salud, la Dirección General de Organización de Procesos y Formación puso en marcha, a finales del año 2000, un sistema de Gestión por Procesos Asistenciales Integrados. Como continuación de este proyecto, y en el marco del segundo Mapa de Procesos, se incluye el Proceso Insuficiencia Venosa Crónica.

La pretensión es impulsar el abordaje de este proceso, en un intento de ordenar, asignar actividades, racionalizar el uso de los recursos y establecer los mecanismos necesarios de coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) que disminuyan la variabilidad en la práctica clínica y conduzcan a una mejor atención de los pacientes.

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es un estado en el que el retorno venoso se halla dificultado, y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad, desde el sistema venoso profundo al sistema venoso superficial. Su consecuencia, de persistir en el tiempo, es la aparición de alteraciones por la pérdida de elasticidad de la pared venosa y el deterioro del aparato valvular.

Los síntomas (dolor, molestias inespecíficas, hinchazón, pesadez, calambres) y signos (edema) son bien conocidos y los cambios crónicos de la macro y microcirculación que aparecen producen la manifestación más grave: la úlcera venosa (del 0.5% al 1% de la población adulta la presenta en alguna de sus modalidades), que influye desfavo-

rablemente en la calidad de vida de los pacientes afectados, dirigiéndose la demanda social no sólo a la curación sino también a mejorar las cotas de confortabilidad.

La IVC es la enfermedad vascular más frecuente, afectando del 20 al 30% de la población adulta y al 50% de los mayores de 50 años. Es cinco veces más frecuente en la mujer, y es padecida en diversos grados de severidad, constituyendo un problema de salud pública con importantes implicaciones socioeconómicas y laborales; los periodos de incapacidad que provoca varían desde las 2 semanas/año en el 45% de los casos, hasta unas 3 semanas en un 11%. Es la causante en algunos países de nuestro entorno del 2.5% de las bajas y consume en su conjunto un 2% de los presupuestos de la sanidad pública.

La tendencia actual es que la cirugía de varices en el Sistema Sanitario Público grave cada vez más sobre la Angiología y Cirugía vascular, lo que no plantea cambios bruscos a corto plazo. El objetivo que se debe alcanzar es que la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se establezca como el estándar quirúrgico.

# 2

## DEFINICIÓN GLOBAL

**Definición funcional:** Proceso por el cual ante un paciente con síntomas y/o signos de insuficiencia venosa en extremidades inferiores se realizan las exploraciones y pruebas complementarias específicas para llegar al diagnóstico y valorar el grado de afectación que presenta, se efectúa el tratamiento adecuado y se programa el seguimiento, actuando sobre aquellos factores que pueden incidir en una evolución desfavorable.

**Límite de entrada:** Paciente que demanda asistencia por presentar síntomas y/o signos clínicos compatibles con insuficiencia venosa crónica en extremidades inferiores, independientemente del dispositivo asistencial utilizado.

**Límite final:** Por tratarse de un proceso crónico que necesita seguimiento no tiene límite final.

**Límites marginales:**

- Levedad de síntomas y/o signos ortostáticos sin varices.
- Varículas con indicación estética.
- Varices en extremidades superiores y genitales.

**Observaciones:**

Síntomas y/o signos de insuficiencia venosa crónica:

- Signos de dilatación venosa (varices y telangiectasias).
- Edemas de miembros inferiores.
- Alteraciones tróficas en piernas (ulceraciones, dermatitis, atrofia).
- Síntomas subjetivos (dolor, prurito, calambres, pesadez, piernas inquietas).

# 3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

## Destinatarios y expectativas

### PACIENTE

#### Tangibilidad

- Que el centro sanitario disponga de los recursos necesarios (humanos, técnicos y estructurales) para garantizarme una adecuada asistencia.
- Que el centro reúna las condiciones de higiene adecuadas y tenga instalaciones cómodas, amplias y limpias.

#### Accesibilidad

- Que me faciliten un horario adecuado a mis circunstancias personales.
- Que pueda pedir cita por teléfono y éste no comunique constantemente.
- Ser atendido en cualquiera de los niveles asistenciales sin demora y según la cita horaria.
- Que me faciliten una cita única y coordinada para la consulta médica y las pruebas complementarias que necesite.
- Poder elegir al facultativo que me va a atender tanto en el ámbito de AP como de AE.

### **Capacidad de respuesta**

- Que me realicen las pruebas necesarias en el menor tiempo posible.
- Que exista coordinación entre AP y AE.
- Que tenga siempre el mismo médico de referencia y que me comuniquen los cambios que pueda haber.

### **Cortesía**

- Que me trate con amabilidad y cortesía todo el personal encargado de mi asistencia.
- Que los médicos me dediquen suficiente tiempo en la consulta.
- Que el ordenador no sea una barrera que obstaculice la atención.

### **Comunicación/información**

- Que me expliquen en lenguaje comprensible el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de mi enfermedad.
- Que pueda preguntar todo lo que no entienda y disipar los temores que pueda tener sobre mi enfermedad y sobre la realización de pruebas complementarias.
- Que pueda disponer de informes escritos sobre mi historial.

### **Competencia**

- Asistencia integral e individual por parte del personal sanitario capacitado.
- Que se disponga del material necesario.
- Que exista una adecuada comunicación/cooperación entre los médicos de AP y de AE, con el fin de reducir la demora en las citas y de evitar la repetición de pruebas.

### **Seguridad**

- Que me apliquen los tratamientos que hayan demostrado eficacia y seguridad.
- Que me garanticen la confidencialidad de los datos de mi historial clínico.

## **FAMILIARES Y/O CUIDADORES**

### **Accesibilidad**

- Facilidad para acceder a las citas en todos los niveles asistenciales.

### **Comunicación**

- Que nos expliquen de forma comprensible el diagnóstico, la posible evolución de la enfermedad y los cuidados al paciente.

## FACULTATIVOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

### Médico de Familia

#### Accesibilidad

- Que tenga facilidad para consultar a otros especialistas en caso necesario.
- Informes actualizados de los pacientes emitidos por los facultativos de AE, en los que conste: juicio clínico, pautas de actuación, tratamiento y seguimiento.

#### Cortesía

- Consideración por parte del paciente y familiares.

#### Tangibilidad

- Disponer de espacio y tiempo para la asistencia adecuada a los pacientes.
- Disponer de sistemas informáticos en las consultas para la recogida de datos de la historia clínica y la posterior evaluación de los mismos.
- Que pueda tener acceso a formación continua.

#### Capacidad de respuesta

- Que se realicen las pruebas complementarias en el menor tiempo posible.
- Que haya continuidad en la asistencia del paciente.
- Que la primera receta la realice el especialista de AE.

#### Comunicación/información

- Que exista comunicación entre los pacientes/familiares y el médico de familia.
- Que exista uniformidad en los sistemas de registro de todos los profesionales.
- Respuesta adecuada del paciente a las modificaciones de su estilo de vida.

### Enfermera de AP y AE

#### Tangibilidad

- Que exista suficiente personal en relación a las cargas reales de trabajo.
- Que exista material e instrumentos suficientes para el desarrollo de mi actividad.

#### Comunicación

- Que se me aporten datos clínicos sobre alergias medicamentosas, enfermedades crónicas y otros datos que permitan individualizar los cuidados.
- Adecuada coordinación interniveles.
- Colaboración del paciente y/o cuidador en la educación sanitaria sobre estilo de vida y cuidados.

## Médico de Atención Especializada

### Comunicación/coordinación

- Que el paciente llegue con un informe en el que conste: historia clínica, exploración, pruebas complementarias, tratamientos administrados y diagnóstico de presunción.
- Que el estudio y las derivaciones realizadas por el médico de familia estén basados en guías clínicas/protocolos consensuados.
- Coordinación interniveles.
- Comprensión por el paciente de la naturaleza de su enfermedad y limitaciones del tratamiento.

### Tangibilidad

- Disponer de un espacio físico confortable y funcional.
- Que exista suficiente personal en relación a las cargas reales de trabajo.
- Disponer de sistemas informáticos en las consultas para la recogida de datos en la historia clínica y la posterior evaluación de los mismos.
- Que la relación con otras especialidades sea fluida a nivel institucional.
- Acceso a formación continuada.

## Unidad de Atención al Usuario

### Tangibilidad

- Que exista suficiente personal en relación a las cargas de trabajo.

### Capacidad de respuesta

- Disponer de circuitos claramente establecidos y con información actualizada para el paciente respecto a la demora y realización de pruebas.
- Disponer de circuitos para pruebas preferentes, gestionándolas el mismo día de la solicitud.

### Cortesía

- Recibir trato cortés por parte del paciente y los familiares.

### Comunicación

- Comunicación con los profesionales de forma periódica para el conocimiento de los circuitos y la actualización de los cambios.
- Recibir la solicitud de consulta con los datos administrativos y clínicos completos e indicación del tipo de asistencia: normal o preferente.



## Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

### DESTINATARIO: **PACIENTES**

#### FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

##### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Historia clínica completa
- Exploración exhaustiva.
- Realización de las pruebas complementarias necesarias.
- Tratamiento según la mejor evidencia disponible.
- Coordinación/cooperación entre niveles asistenciales.
- Seguimiento.

#### FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN**

##### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información sobre el proceso asistencial en lenguaje comprensible.
- Información detallada sobre las pruebas complementarias, sus resultados y tratamientos prescritos.
- Atención personalizada y cordial por parte de todo el personal que interviene en el proceso.
- Conocimiento sobre complicaciones en caso de enfermedades crónicas asociadas.
- Información sobre revisiones.

#### FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

##### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Educación sanitaria orientada a la adopción de hábitos de vida saludables.
- Enseñanza sobre autocuidados (curas...).

## FLUJOS DE SALIDA: APOYO PSICOLÓGICO

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Dar apoyo psicológico según las circunstancias individuales del paciente.

## DESTINATARIO: FAMILIARES Y/O CUIDADORES

### FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato respetuoso por parte de todo el personal.
- Información sobre el proceso asistencial.
- Información sobre las pruebas complementarias solicitadas.
- Importancia de los cambios en los estilos de vida y prevención de complicaciones.

## DESTINATARIO: MÉDICO DE FAMILIA

### FLUJOS DE SALIDA: COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Las pruebas complementarias se realizarán en el menor tiempo posible.
- Informe que incluya pruebas diagnósticas, juicio clínico, tratamiento y seguimiento para continuidad asistencial indicando si el paciente va a ser seguido en AP o en AE.
- Derivación de los pacientes a AE según protocolos consensuados.

## DESTINATARIO: ENFERMEROS DE AP Y AE

### FLUJOS DE SALIDA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Registro de toda actividad (curas, tratamiento compresivo, administración de fármacos, etc..) durante el tratamiento y el seguimiento del proceso.

## FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Modificación de estilos de vida y prevención de complicaciones.

## DESTINATARIO: **FACULTATIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

## FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN/COORDINACIÓN**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Los informes enviados a AE han de contener diagnóstico de presunción y resultados de pruebas complementarias.
- Realización de la primera receta.

## DESTINATARIO: **UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO**

## FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD DEL USUARIO**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Tener un trato personalizado y respetuoso con el usuario y resolver la solicitud en un solo contacto.
- Gestión administrativa coordinada entre niveles asistenciales.



# 4 COMPONENTES

## Descripción general

### QUÉ

#### GESTIÓN DE CITA PARA:

- Médico de Familia
- DCCU-AP
- SCCU-H

### QUIÉN

Unidad de Atención al Usuario de AP/AE

### CUÁNDO

1°

### DÓNDE

Centro de Salud/Hospital

### CÓMO

Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>1ª CONSULTA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración médica</li> <li>• Solicitud de pruebas complementarias</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Médico de Familia/Médico del DCCU-AP/Facultativo del SCCU-H
<b>CUÁNDO</b>	2º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud/Hospital
<b>CÓMO</b>	Guías clínicas

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas complementarias</li> <li>• Cuidados de Enfermería</li> <li>• 2ª consulta Médico de Familia</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	3º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analítica</li> <li>• ECG Y Rx de toráx (si procede)</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	ENFERMERÍA/TER
<b>CUÁNDO</b>	4º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud: Consulta de Enfermería/Rx
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

QUÉ	VALORACIÓN POR MÉDICO FAMILIA: 2ª CONSULTA
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	5º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía clínica

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de Enfermería</li> <li>• Atención Especializada</li> </ul>
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	6º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
QUIÉN	Enfermería de AP
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>1ª CONSULTA DE AE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración</li> <li>• Solicitud de pruebas complementarias</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Especialista
<b>CUÁNDO</b>	8º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas complementarias</li> <li>• 2ª Consulta de AE</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	9º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doppler convencional</li> <li>• Eco-doppler</li> <li>• Pletismografía</li> <li>• Flebografía convencional</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Radiología/Angiología
<b>CUÁNDO</b>	10º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos y guía clínica

QUÉ	2ª CONSULTA AE: VALORACIÓN
QUIÉN	Especialista
CUÁNDO	11º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía clínica

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión en Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ)</li> <li>• Consulta de anestesia, si procede</li> <li>• Intervención quirúrgica y/o escleroterapia</li> </ul>
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	12ª
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: CMA/HOSPITALIZACIÓN
QUIÉN	Angiólogo, Cirugía Cardiovascular, C. General
CUÁNDO	13º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías clínicas

<b>QUÉ</b>	<b>CUIDADOS POST-OPERATORIOS DE ENFERMERÍA</b>
<b>QUIÉN</b>	Enfermería de AP/AE
<b>CUÁNDO</b>	14°
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud/Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA AP/AE</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario AP/AE
<b>CUÁNDO</b>	15°
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud/Hospital
<b>CÓMO</b>	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>3ª CONSULTA: REVISIÓN POSTQUIRÚRGICA AP/AE</b>
<b>QUIÉN</b>	Médico de Familia/Especialista
<b>CUÁNDO</b>	16°
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud/Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA AP:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de Familia</li> <li>• Enfermera</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	17°
<b>DÓNDE</b>	Centro Salud
<b>CÓMO</b>	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>SEGUIMIENTO EN AP:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de Familia</li> <li>• Enfermera</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Médico de Familia/Enfermera
<b>CUÁNDO</b>	18°
<b>DÓNDE</b>	Centro Salud
<b>CÓMO</b>	Guía clínica



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Unidad de Atención al Usuario de AP/AE

Actividades	Características de calidad
<p><b>1ª.</b> Gestión de cita para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico de Familia</li> <li>- DCCU-AP</li> <li>- SCCU-H</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Ubicación accesible con buena señalización y sin barreras arquitectónicas.</li> <li>1.2. Atención personalizada, amable y correcta.</li> <li>1.3. Posibilidad de acceder a ella por vía telefónica e internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> <li>1.4. Demanda por urgencias: Registro de datos de filiación y comunicación al médico responsable en ese momento.</li> <li>1.5. Registro informatizado de datos sin errores.</li> <li>1.6. Demora inferior a 24 horas en las citas con el Médico de Familia.</li> </ol>

### Médico de Familia/Médico del DCCU-AP/Facultativo del SCCU-H

Actividades	Características de calidad
<p><b>2ª.</b> Valoración médica (1ª consulta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Historia clínica protocolizada que incluirá en todos los casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis, que incluya la sintomatología subjetiva del paciente, factores de riesgo (Anexo II), antecedentes personales y familiares de patología venosa, cardiovascular, neurológica, articular, extraarticular, y otras.</li> <li>- Exploración de signos de insuficiencia venosa tanto en ortostatismo como en decúbito. (Anexo I)</li> </ul> </li> <li>2.2. Solicitud de pruebas complementarias: Aun cuando el diagnóstico y la caracterización de la insuficiencia venosa en AP son fundamentalmente clínicos, en los casos más severos es razonable contar con una analítica básica que incluya hemograma, perfil lipídico, glucemia, función renal y coagulación. En caso de riesgo cardiovascular, se realizará ECG y Rx de tórax.</li> <li>2.3. Valoración médica inicial en función del estado de la enfermedad venosa y factores asociados. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando la valoración clínica inicial del paciente se realice por los dispositivos de urgencia de AP o AE</li> </ul> </li> </ol>

	<p>se procederá al diagnóstico e instauración de las medidas terapéuticas oportunas. Una vez controlado el paciente, se procederá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remisión al Médico de Familia.</li> <li>- Ingreso hospitalario del paciente (enlaza con la Actividad 13).</li> </ul> <p>2.4. Definir la estrategia de seguimiento en la Consulta de Enfermería.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>3ª.</b> Gestión de cita para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas complementarias</li> <li>- Cuidados de enfermería</li> <li>- 2ª consulta de Médico de Familia</li> </ul>	<p>3.1. La cita para la consulta de enfermería (cura de lesiones) no se demorará más de 24 horas, desde la 1ª visita de su Médico de Familia o de su solicitud.</p> <p>3.2. La cita para extracciones no se demorará más de 3 días desde la 1ª visita de su Médico de Familia o de su solicitud, informando claramente de las condiciones especiales de cada analítica.</p> <p>3.3. La cita para la 2ª consulta de su Médico de Familia nunca se dará antes de la llegada estimada de los resultados de las pruebas solicitadas para su valoración y nunca más tarde de 10 días hábiles desde la 1ª visita.</p>

Consulta de Enfermería/Radiología	
Actividades	Características de calidad
<p><b>4ª.</b> Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analítica</li> <li>- ECG</li> <li>- Rx de tórax</li> </ul>	<p>4.1. Las extracciones de sangre y ECG deberán ser realizadas por el personal de enfermería en las consultas destinadas para ello.</p> <p>4.2. Las muestras para análisis quedarán perfectamente identificadas.</p> <p>4.3. Registro diario de todas las extracciones realizadas por el laboratorio y de todas las muestras recibidas.</p> <p>4.4. El transporte de las muestras se hará en condiciones idóneas de temperatura e inmovilidad y llegarán al laboratorio lo antes posible acompañadas del formato de petición del Médico de Familia.</p>

- 4.5. Las Rx de tórax se realizarán en los distritos sanitarios o en el hospital de referencia lo antes posible, siendo imprescindible la petición correspondiente del Médico de Familia.
- 4.6. Todos los resultados llegarán al Centro de Salud a través de un enlace efectivo y serán distribuidos a cada facultativo. En un futuro se realizará a través de Intranet.

## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;"><b>5ª</b></p> <p>Valoración de Médico Familia (2ª consulta)</p>	<p>5.1. Valoración médica en función del estado de la enfermedad venosa (anamnesis y exploración), factores asociados y resultados de las pruebas complementarias. Para disminuir la variabilidad clínica se definirán grupos de pacientes que permitan terapias similares y se prescribirá el tratamiento en función del grupo en que se incluya (Anexo III).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos I y IIa, con pocos síntomas, serán tratados en AP.</li> <li>- Grupos IIb y III, pacientes con síntomas permanentes o signos de sufrimiento cutáneo, serán derivados a AE con un informe que incluya la historia clínica actualizada.</li> <li>- Grupo IV, pacientes con úlceras venosas, serán derivados a AE de forma preferente.</li> </ul> <p>En los grupos derivados a AE se incluirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes con sintomatología permanente que no responden a medidas conservadoras.</li> <li>- Los que hayan presentado o presenten alguna de las complicaciones de la IVC (tromboflebitis superficial o profunda, varicorragia, úlceras venosas con evolución desfavorable y síndrome postflebitico). (Anexo IV).</li> </ul> <p>5.2. Tratamiento y seguimiento en AP de los pacientes incluidos en los grupos I y IIa. En estos pacientes lo fundamental es prevenir o retrasar el agravamiento de la IVC, y tratar los síntomas en los periodos en que aparezcan mediante (Anexo IV):</p>

- Medidas higiénico-dietéticas.
- Tratamiento farmacológico temporal, cuando se exacerben los síntomas.

5.3. Definir la estrategia de curas en caso de lesiones cutáneas y seguir al paciente en la Consulta de Enfermería (Anexo V).

### Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>6ª.</b> Gestión de cita para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención Especializada</li> <li>- Cuidados de Enfermería</li> </ul>	<p>6.1. Ubicación accesible con buena señalización y sin barreras arquitectónicas.</p> <p>6.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>6.3. Posibilidad de acceder a ella vía telefónica e Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y la información necesaria para poder elegir con criterio.</p> <p>6.4. Registro informatizado de datos sin errores.</p> <p>6.5. Demora inferior a 15 días en las citas con médico especialista.</p>

### Enfermería de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>7ª.</b> Cuidados de Enfermería (Anexo V)</p>	<p>7.1. Historia de enfermería.</p> <p>7.2. Plan de cuidados individualizado e integral.</p> <p>7.3. Atención en úlceras venosas.</p> <p>7.4. Terapia compresiva.</p> <p>7.5. Educación para la salud.</p> <p>7.6. Medidas preventivas, diatéticas y posturales.</p>

## Facultativo de Atención Especializada

Actividades	Características de calidad
<p><b>8<sup>a</sup>.</b> Valoración (1<sup>a</sup> consulta)</p>	<p>8.1. El especialista realizará una historia clínica completa del paciente, que incluirá una exploración física, dejando constancia del informe emitido por el Médico de Familia y de las pruebas complementarias realizadas hasta el momento.</p> <p>8.2. Solicitud de pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler convencional en todos los casos.</li> <li>- Determinar el índice tobillo/brazo, ya que el tratamiento compresivo está contraindicado si es menor de 0,8.</li> <li>- Pletismografía en todos los casos de insuficiencia venosa profunda.</li> <li>- Eco-doppler en pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente de varices para cuantificar reflujo, visualización de válvulas, identificación de trombos, localización de venas perforantes y sospecha de síndrome post-trombótico.</li> <li>- Flebografía convencional, indicado cuando el estudio Eco-doppler no es concluyente, en sospecha de anomalías congénitas y en varices recidivadas y postflebiticas.</li> <li>- Otras: arteriografía, volumetría, RM y venografía isotópica.</li> </ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p><b>9<sup>a</sup>.</b> Gestión de cita para: - Pruebas complementarias - 2<sup>a</sup> consulta AE</p>	<p>9.1. Ubicación accesible con buena señalización y sin barreras arquitectónicas.</p> <p>9.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>9.3. Posibilidad de acceder a ella por vía telefónica, con posibilidad de acceso a Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y la información necesaria para poder elegir con criterio.</p>

	<p>9.4. Registro informatizado de datos sin errores.</p> <p>9.5. No deberá existir una demora para el especialista de más de 30 días hábiles, desde la primera consulta de Atención Especializada.</p> <p>9.6. Asignación simultánea de cita para pruebas complementarias y 2ª consulta de AE.</p> <p>9.7. A la hora de asignar las citas para pruebas complementarias, éstas deben seguir un orden razonable que permita en todos los casos que los informes de las pruebas realizadas estén disponibles el día de la 2ª consulta en AE.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Radiólogos/Angiólogos

Actividades	Características de calidad
<p><b>10ª.</b> Realización de pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler convencional</li> <li>- Eco-doppler</li> <li>- Pletismografía</li> <li>- Flebografía convencional</li> </ul>	<p>10.1. Para confirmar la sospecha clínica de IVC, se valorará la conveniencia de realizar alguna de las pruebas diagnósticas previamente mencionadas en el apartado octavo.</p> <p>10.2. La selección de cada prueba se realizará teniendo en cuenta las particularidades de cada caso clínico, así como la experiencia y su disponibilidad.</p> <p>10.3. Una vez confirmada la IVC con alguna de las pruebas mencionadas, no debe perderse tiempo realizando otras técnicas adicionales, salvo que persistan dudas diagnósticas.</p>

### Facultativo de Atención Especializada

Actividades	Características de calidad
<p><b>11ª.</b> Valoración (2ª consulta)</p>	<p>11.1. En principio, todos los pacientes incluidos en los grupos IIb, III y IV son tributarios de cirugía si no presentan contraindicaciones, siendo condición previa a la intervención en los grupos III y IV la comprobación de perforante insuficiente y la permeabilidad del sistema venoso profundo.</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>11<sup>a</sup>.</b> Valoración (2<sup>a</sup> consulta)</p>	<p>Los criterios de intervención quirúrgica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varices con sintomatología de IVC con afectación de venas safenas y/o perforantes.</li> <li>- Varices poco sintomáticas pero muy evidentes, con potencial riesgo de complicaciones (varicoflebitis y varicorragia).</li> <li>- Varices recidivantes. (Anexo IV)</li> </ul> <p>11.2. Si existen contraindicaciones a la cirugía, o no se espera una relación riesgo/beneficio favorable, estos pacientes deberán ser tratados de forma conservadora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejos sobre régimen de vida y medidas higiénico-dietéticas, así como tratamiento postural.</li> <li>- Medidas de compresión de forma permanente, indicadas cuando los pacientes presenten Sintomatología de IVC o varices y el Índice tobillo/brazo sea superior a 0,9. (Anexo IV).</li> <li>- Tratamiento farmacológico, indicado en periodos de exacerbación de síntomas o en los meses estivales. Sólo indicado como tratamiento paliativo en ciclos temporales de duración limitada, no existiendo evidencia de utilidad en el empleo sistemático y mantenido. (Anexo IV).</li> </ul> <p>Se consideran contraindicaciones para la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad superior a 70 años.</li> <li>- El linfedema.</li> <li>- Varices secundarias a angiodisplasias o fistulas arteriovenosas postraumáticas.</li> <li>- Pacientes cuya clínica pueda ser atribuida a otra patología coadyuvante: osteoarticular, radicular.</li> <li>- Obesidad mórbida.</li> <li>- Varices secundarias a síndrome postflebitico.</li> </ul> <p>Con criterio general, todos aquellos pacientes con riesgo quirúrgico importante derivado de otra patología asociada.</p>

## Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p><b>12ª.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión en RDQ</li> <li>- Gestionar cita para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Anestesia si procede</li> <li>• Intervención quirúrgica</li> </ul> </li> </ul>	<p>12.1. Ubicación accesible con buena señalización y sin barreras arquitectónicas.</p> <p>12.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>12.3. Posibilidad de acceder a ella por vía telefónica e Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y la información necesaria para poder elegir con criterio.</p> <p>12.4. Registro informatizado de datos sin errores.</p> <p>12.5. No deberá existir una demora para la intervención quirúrgica mayor a lo estipulado en el Decreto de Garantía de Listas de Espera.</p> <p>12.6. Los pacientes incluidos en el Grupo IV serán incluidos en RDQ de forma preferente.</p> <p>12.7. Si la intervención quirúrgica requiere anestesia, las pruebas complementarias solicitadas por el Anestesiólogo deben seguir un orden que permita en todos los casos que su informe esté disponible antes de la fecha establecida para la intervención quirúrgica.</p>

## Cirugía CMA/Hospitalización

Actividades	Características de calidad
<p><b>13ª.</b></p> <p>Intervención quirúrgica</p>	<p>13.1. Intervención quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer como estándar la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).</li> <li>- Se realizará anticoagulación profiláctica siempre y profilaxis antibiótica en función de las características del paciente.</li> <li>- Al alta del paciente se emitirá un informe para su Médico de Familia, que incluirá como mínimo: diagnóstico, tratamiento que se prescribe a partir de este momento, cuidados necesarios, y la fecha de la próxima revisión por el médico especialista (si procede), la cual no deberá ser posterior a un mes a partir del alta.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>13<sup>a</sup>.</b> Intervención quirúrgica</p>	<p>13.2. Procedimientos quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En varices esenciales está indicada la supresión del reflujo del sistema venoso profundo al sistema venoso superficial.</li> <li>- En varices postflebíticas, serán aplicables los mismos principios, con restricciones importantes derivadas de la fisiopatología del proceso. (Anexo VI).</li> </ul>

Enfermería de AP/AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>14<sup>a</sup>.</b> Cuidados post-operatorios de enfermería  (Anexo VII)</p>	<p>14.1. Exploración y valoración de la herida quirúrgica. 14.2. Aplicar tratamiento prescrito. 14.3. Retirada de puntos de sutura. 14.4. Aplicar terapia compresiva (vendas). 14.5. Informar al paciente y/o familia sobre la posible aparición de signos de alarma. 14.6. Educación para la salud. 14.7. Registro de todas la actividades.</p>

Unidad de Atención al Usuario de AP/AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>15<sup>a</sup>.</b> Gestión de cita para: - Atención primaria (Médico de Familia/Enfermera) - Atención especializada</p>	<p>15.1. Gestionar cita para Médico de Familia 15.2. Gestión de cita para Médico Especialista si procede. 15.3. Gestión de cita para Consulta de Enfermería. 15.4. Idénticos criterios a los descritos en el punto 1.1</p>

## Médico de Familia/Facultativo de Atención Especializada

Actividades	Características de calidad
<p><b>16ª.</b> 3ª Consulta: Valoración AP/AE (revisión post-quirúrgica)</p>	<p>16.1. La revisión post-operatoria por parte del Médico de Familia incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis de los síntomas surgidos desde la intervención quirúrgica.</li> <li>- Exploración de la herida operatoria.</li> <li>- Derivación a la Consulta de Médico especialista, ante cualquier problema derivado de la intervención quirúrgica, y no solucionable en AP.</li> </ul> <p>16.2. En la Consulta del especialista se procederá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de aquella IVC más compleja en cuanto a su etiología o curso post-operatorio.</li> <li>- Revisión de pacientes derivados desde AP, por complicaciones en el post-operatorio no resueltas por el Médico de Familia.</li> <li>- Prescripción de terapia compresiva (medias elásticas).</li> </ul>

## Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>17ª.</b> Gestión de cita para AP: - Médico de Familia - Enfermera</p>	<p>17.1. Ubicación accesible con buena señalización y sin barreras arquitectónicas.</p> <p>17.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>17.3. Posibilidad de acceder a ella por vía telefónica e Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y la información necesaria para poder elegir con criterio.</p> <p>17.4. Registro informatizado de datos sin errores.</p>

Médico de Familia/Enfermera	
Actividades	Características de calidad
<p><b>18<sup>a</sup>.</b> 4<sup>a</sup> Consulta: Seguimiento</p>	<p>18.1. Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación para la salud.</li> <li>- Terapia compresiva (medias elásticas).</li> <li>- Medidas higiénico-dietéticas.</li> </ul> <p>18.2. Médico de Familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento de los pacientes incluidos en los grupos I y IIa, así como de los incluidos en otros grupos pero con contraindicación quirúrgica (seguir las pautas de tratamiento conservador que aparecen en la actividad nº 11.2).</li> <li>- Prescripción de tratamiento.</li> <li>- Seguimiento.</li> </ul>

## Competencias Profesionales

### Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- **Conocimientos:** el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- **Habilidades:** capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- **Actitudes:** características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificativas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

## Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempleo de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

**COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS**

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA).	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0545	Semiología clínica "según proceso"	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0098	Epidemiología	D	I	I				
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	D	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	D	I	I				
C-0610	Indicaciones y técnicas quirúrgicas "según proceso"	D	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica	I	I	I				
H-0411	Técnicas de exploración física específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I				
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	I	I	I				
H-0123	Procesos quirúrgicos sobre insuficiencia arterial y venosa de las extremidades inferiores	I	I	I				
H-0395	Detectar los signos de alarma	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	D	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusonar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	D	D	I				

**COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS**

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	I	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	D	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	D	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0420	Cuidados específicos "según proceso"	I	I	I				
H-0362	Preparación prequirúrgica	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, informe de alta, recomendaciones cuidados,...)	D	I	I				
H-0419	Elaboración de planes de cuidados "según proceso"	D	I	I				
H-0370	Manejo de emociones	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/lineas de la organización	D	I	I				
H-0243	Manejo de sistemas informáticos específicos del área	D	I	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	D	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	D	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

## COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

### CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	Conocimientos básicos de calidad
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	SopORTE Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en SopORTE Vital Avanzado
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo
C-0098	Epidemiología	El/la profesional tiene conocimientos específicos sobre epidemiología
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	Técnica específica
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	Técnicas específicas
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	Técnicas específicas
C-0545	Semiología clínica "según proceso"	Técnicas específicas
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización.	Técnicas específicas
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	Técnicas específicas
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	Técnicas específicas
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	El/la profesional posee conocimientos sobre el desarrollo de contenidos, orientaciones y estrategias que facilitan a los individuos (pacientes y entorno familiar) aprender a adaptarse y a vivir con mayor calidad de vida
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías "según proceso"	Técnicas específicas
C-0610	Indicaciones y técnicas quirúrgicas "según proceso"	Técnicas específicas
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	El/la profesional conoce la guía del proceso asistencial específico y sus componentes (técnicas específicas de aplicación en el proceso, guías de práctica clínica, indicadores, etc.

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, sin resistencia
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarias para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones sobre la base de su responsabilidad, asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, y no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y para encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo
H-0078	Afrontamiento del estrés	El/ la profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0123	Procesos quirúrgicos sobre insuficiencia arterial y venosa de las extremidades inferiores	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0243	Manejo de sistemas informáticos específicos del área	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico "según proceso". Medidas generales y específicas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0362	Preparación quirúrgica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0370	Manejo de emociones	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, informe de alta, recomendaciones cuidados,...)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente incluye técnicas de contención elástica
H-0395	Detectar los signos de alarma	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0411	Técnicas de exploración física específicas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	El/la profesional manifiesta la habilidad de realizar su actividad diaria garantizando las condiciones de asepsia, limpieza y esterilidad en todas las situaciones relacionadas con su actividad diaria: aseo personal, comportamiento, utilización de instrumental.
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación, fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/lineas de la organización	El/la profesional manifiesta la capacidad de establecer una relación óptima entre las distintas áreas y líneas de trabajo dentro de la institución
H-0419	Elaboración de planes de cuidados "según proceso"	El/la profesional es capaz de diseñar planes de cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y según el proceso específico, según las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) oficialmente reconocidos
H-0420	Cuidados específicos "según proceso"	El/la profesional lleva a cabo en su quehacer diario todos los cuidados que recoge el proceso de forma genérica adecuándolos al plan personalizado del paciente.

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0018	Honestidad, sinceridad	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa, y hace lo que piensa y dice
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y como lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más a lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	El/la profesional manifiesta una especial sensibilidad por las expectativas de los pacientes que convierte en objetivos que debe satisfacer
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	El/la profesional establece una relación con el paciente buscando su autonomía, y no sólo apoyar sus necesidades



## Recursos. Características de calidad. Requisitos

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
<b>Papelería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hoja de exploración vascular</li><li>- Folleto informativo venoso</li><li>- Consentimiento informado específico</li></ul>	
<b>Instrumental</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cajas de instrumental quirúrgico</li></ul>	
<b>Aparataje</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eco-doppler</li><li>- Doppler portátil</li><li>- Pletismógrafo</li><li>- Electrocardiógrafo</li><li>- Flebógrafo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Al menos uno por Hospital. Accesibilidad por parte de la Unidad.</li></ul>
<b>Material fungible</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fleboextractores de un solo uso</li><li>- Medias elásticas</li><li>- Vendas elásticas</li><li>- Material de cura</li></ul>	
<b>Personal</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>- El necesario para asegurar un servicio sanitario eficiente.</li></ul>

## Unidades de soporte

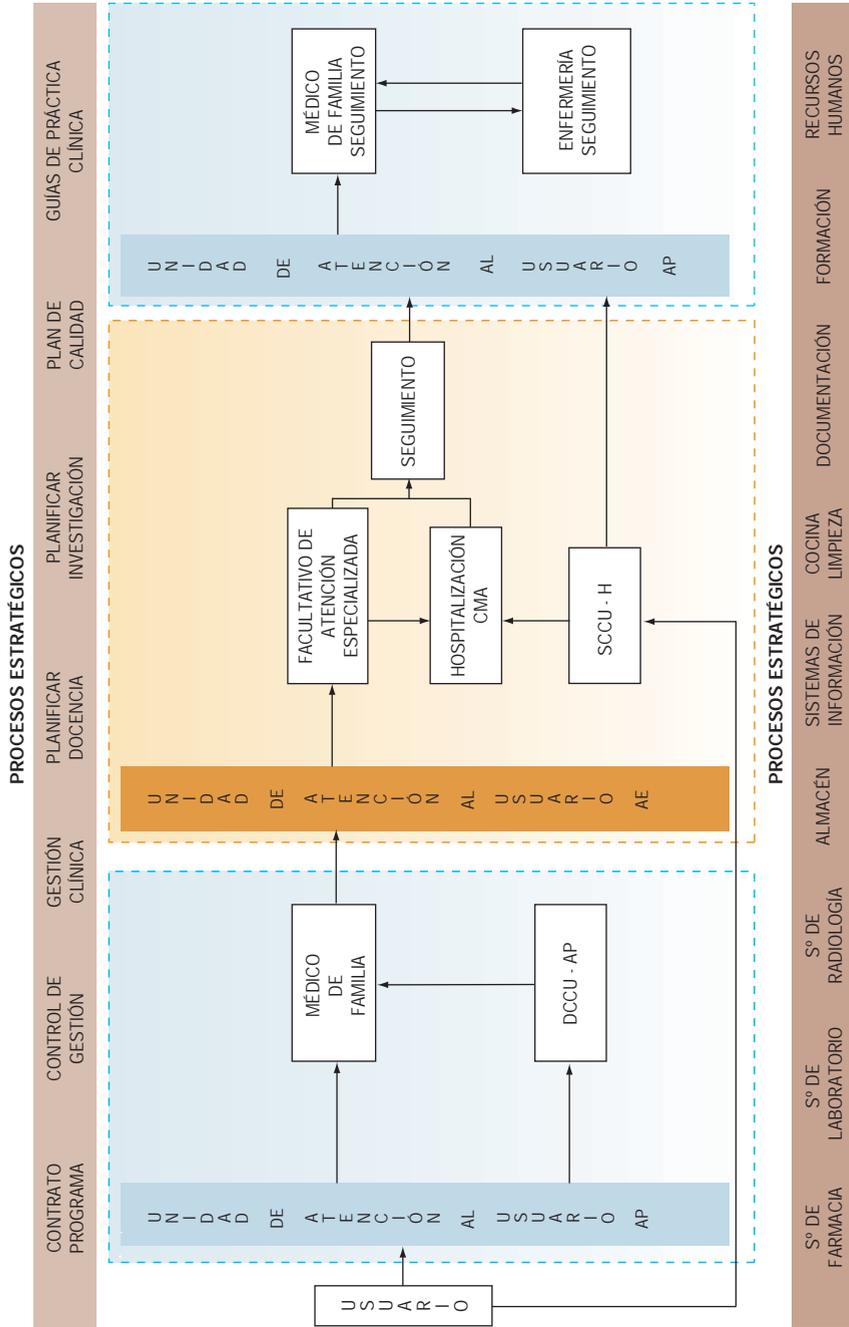
UNIDADES DE SOPORTE	
<b>Unidad de Atención al Usuario de AP y AE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de citas para Médico de Familia.</li> <li>- Gestión de cita para Enfermera.</li> <li>- Gestión de cita para especialista.</li> <li>- Gestión de cita para pruebas complementarias.</li> <li>- Gestión para la inclusión en el Registro de Demanda Quirúrgica.</li> </ul>
<b>Laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas diagnósticas analíticas: hemograma, glucosa, urea, iones, creatinina. Estudio de coagulación.</li> </ul>
<b>S° de Radiodiagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de imagen que se consideren necesarias.</li> </ul>
<b>S° de Farmacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía farmacoterapéutica.</li> </ul>
<b>Personal y recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales sanitarios.</li> <li>- Apoyo administrativo.</li> </ul>
<b>Servicio de mantenimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión y control reglamentario de estructuras y aparataje.</li> </ul>
<b>Servicio de limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimiento de la limpieza del centro.</li> </ul>
<b>Servicio de suministros y almacén</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material fungible.</li> </ul>
<b>Esterilización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esterilización del material usado.</li> </ul>
<b>S° de Documentación y Archivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historias clínicas.</li> </ul>
<b>S° de Microbiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio microbiológico.</li> </ul>
<b>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de dietas.</li> <li>- Control alimentario.</li> </ul>
<b>S° de Medicina preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud laboral.</li> <li>- Control y vigilancia de la infección nosocomial.</li> </ul>
<b>Cocina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad y elaboración de las dietas prescritas.</li> </ul>
<b>Peluquería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasurado eficiente del campo quirúrgico.</li> </ul>
<b>Lavandería y lencería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aporte de ropa y mantenimiento de la misma.</li> </ul>
<b>Seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Velar por la seguridad del centro.</li> </ul>
<b>Unidad de Informática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soporte informático.</li> </ul>

# 5

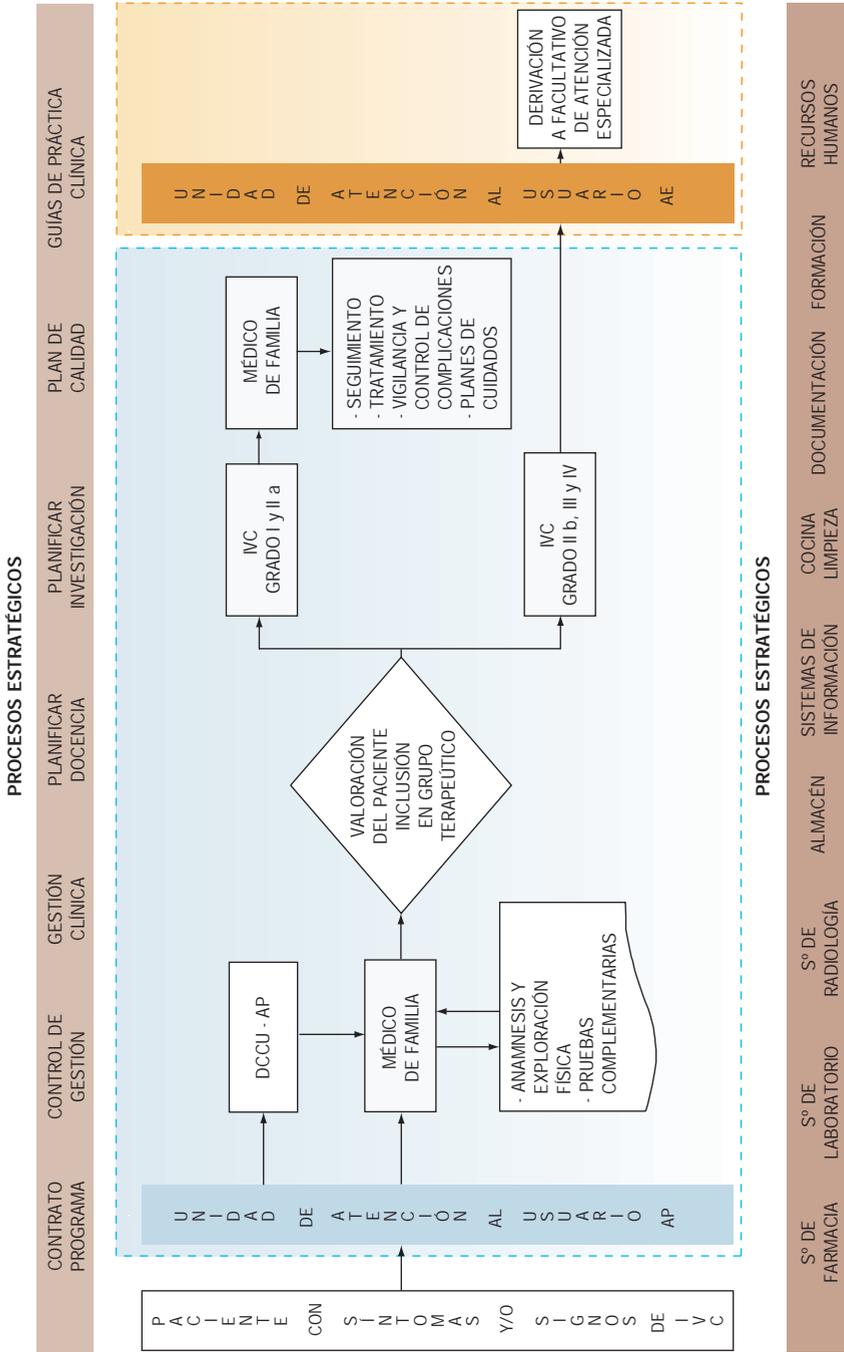
## REPRESENTACIÓN GRÁFICA



# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

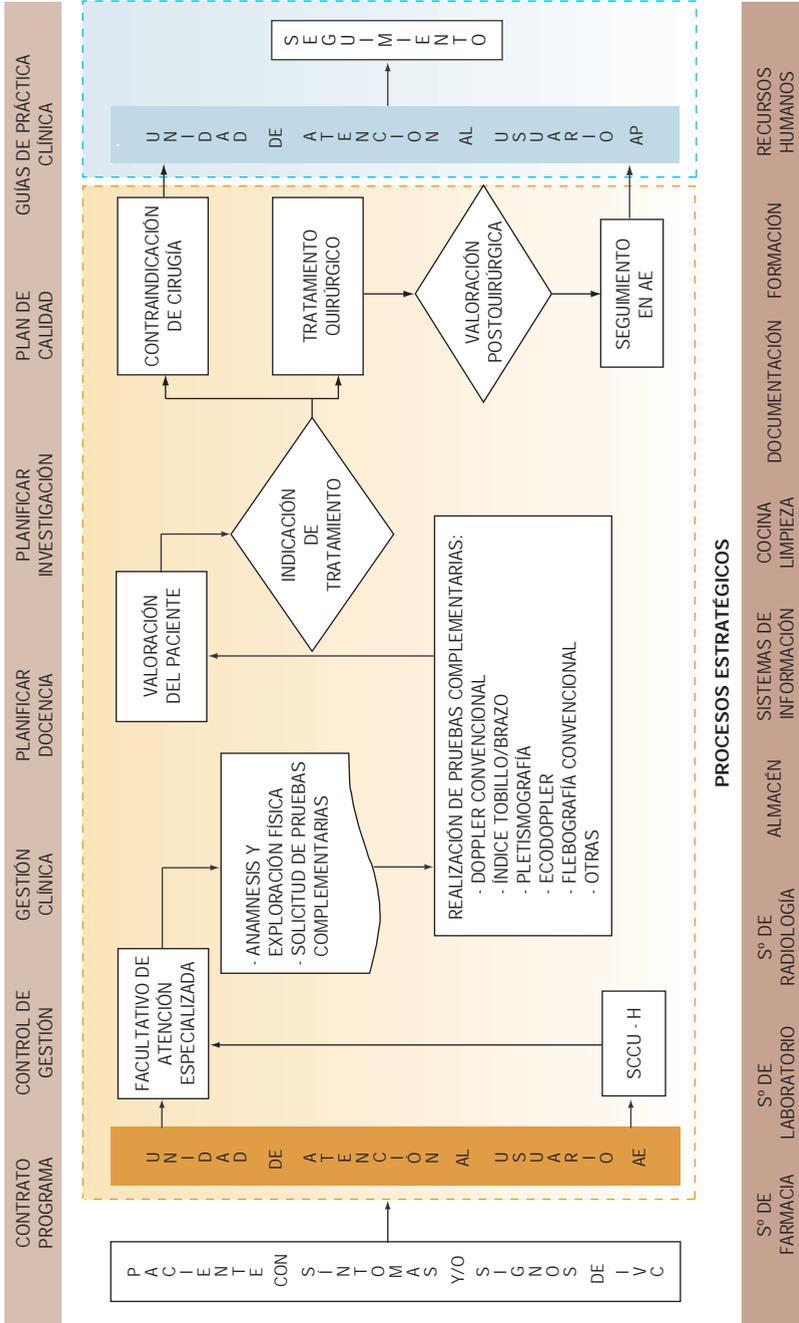


# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. ATENCIÓN EN AP

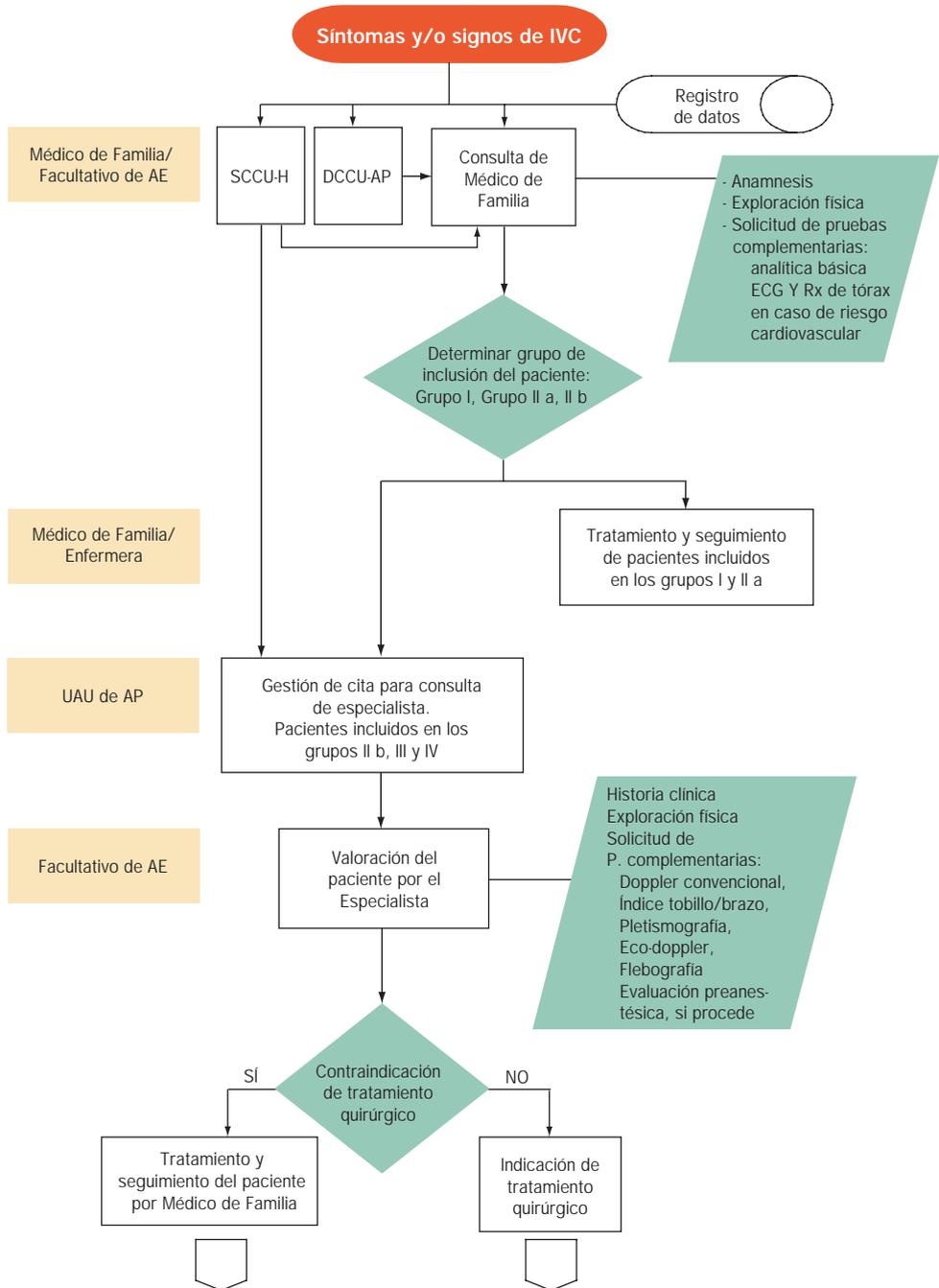


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. ATENCIÓN EN AE.

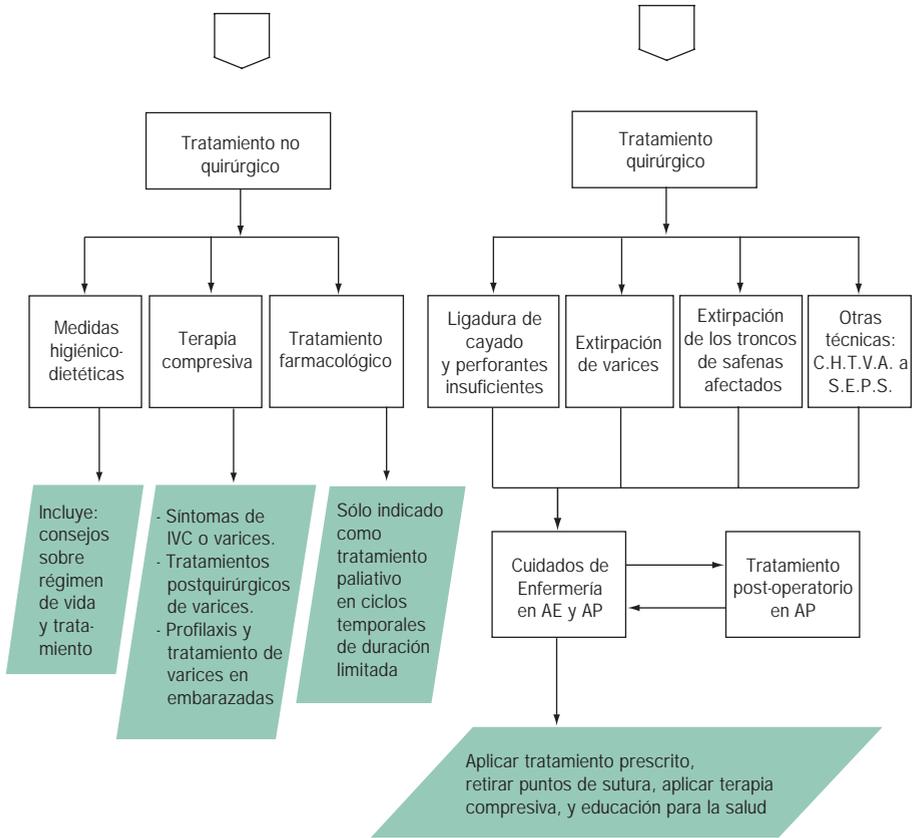
PROCESOS ESTRATÉGICOS



## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. DIAGNÓSTICO



## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. TRATAMIENTO



# 6 INDICADORES

## PROPUESTA DE INDICADORES DEL PROCESO INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

### 1. Indicador de demora

- Demora de la 1ª consulta para Atención Especializada tras solicitud desde AP
- Demora quirúrgica: desde la 1ª visita del paciente en AE hasta la fecha de intervención

### 2. Indicador de calidad diagnóstica

- Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado el mapa de lesiones
- Porcentaje de pacientes con tratamiento compresivo a los que se les ha realizado índice tobillo/brazo
- Porcentaje de estudio con eco-doppler en pacientes con indicación quirúrgica

### 3. Indicador de cirugía

- Porcentaje de pacientes intervenidos mediante CMA

### 4. Indicador de resultados

- Tasa de recidiva en 5 años
- Porcentaje de altas de pacientes con lesiones tróficas en la Consulta de Enfermería



# VALORACIÓN DEL PACIENTE

## 1. ANAMNESIS

La anamnesis deberá recoger la sintomatología subjetiva del paciente, sus quejas actuales, la evolución y ritmo de sus trastornos y el resultado de los tratamientos que haya realizado.

Además de la sintomatología, la anamnesis debe recoger los factores de riesgo para las varices (edad, antecedentes familiares de varices, sexo, talla, obesidad, embarazos múltiples, píldora anticonceptiva, alteraciones estáticas de los pies, hábitos de vida. Además de estos factores, existe disparidad de criterios acerca de otros factores como el tabaquismo, la clase social, la alimentación, el estreñimiento, la hernia inguinal, la hipertensión arterial, que, no obstante, deberán también ser reflejados.

También debe incluir los factores de riesgo de trombosis venosa profunda: traumatismos (accidentes, intervenciones quirúrgicas), viajes prolongados, embarazo, hormonas anticonceptivas o sustitutivas en la menopausia, estatus varicoso previo, esfuerzos (más en miembros superiores), tumores malignos (s. paraneoplásico), alteraciones hematológicas (policitemia, déficit de antitrombina III o de proteína C o S... o plasminógeno), edad (6º decenio), sexo (más en mujeres).

Será necesaria una anamnesis complementaria acerca de patología arterial (claudicación intermitente), neurológica (claudicación por estenosis del canal lumbar, disestesias, ciatalgia), articular (trastornos estáticos plantares, quiste de Baker, artrosis) y extraarticular (miositis, tendinitis).

Se deberá interrogar al paciente acerca de otras enfermedades cardiovasculares, hepáticas, renales, neoplásicas, abdominales, y otras que puedan influir o ser los principales factores de los síntomas del paciente.

## 2. EXPLORACIÓN

**2.1.** Se iniciará con una exploración general que incluirá la toma de constantes. La exploración de las extremidades inferiores se llevará a cabo en dos fases: la primera con el paciente en ortostatismo (preferiblemente sobre un taburete o plataforma para mayor comodidad) y la segunda en decúbito en la camilla de exploración. Además, se realizarán algunas sencillas pruebas específicas (oleada de Schwartz, prueba de la tos, prueba de Trendelenburg, pruebas de Perthes o de Linton). Se debe observar la indumentaria (prendas ajustadas, calzado, colocación de medias elásticas si las lleva).

En ortostatismo, la red venosa superficial está turgente y las varices se ven fácilmente. El paciente girará 360° sobre sí mismo y se apoyará en una y otra extremidad, y así se evaluará:

- Tipo, gravedad y extensión de las varices. Tronculares (principales o accesorias), reticulares, telangiectasias, perforantes incontinentes, profundidad, extensión.
- Edema maleolar (empastamiento del tendón de Aquiles). Conviene anotar la hora de la exploración.
- Alteraciones tróficas de la piel, que pueden acompañar los trayectos varicosos o la salida de las perforantes incontinentes.
- Presencia de varices suprapúbicas (muy sugestiva de trombosis iliaca).

En decúbito la exploración permite detectar signos de insuficiencia venosa crónica (corona phlebectática, dermatitis ocre, edema maleolar, dermatofibroesclerosis, atrofia blanca, úlceras o cicatrices de úlceras), alteraciones linfáticas (edema del antepie, papilomatosis cutánea, alteraciones de la estática (*hallux valgus*, pie plano, callosidades...)). Vascularización arterial (temperatura cutánea, pulsos periféricos, alteraciones tróficas).

Explorar la simetría de las extremidades, midiendo y anotando sistemáticamente el perímetro de tobillos, pantorrillas y muslos. Una asimetría puede poner de manifiesto una trombosis reciente o un síndrome posttrombótico, así como una alteración en el trofismo muscular. Se deben explorar también los tejidos blandos, con la pierna elevada y luego flexionada, se detectan dermatofibroesclerosis, posibles celulitis, cordones superficiales indurados (tromboflebitis superficial antigua o reciente). Deben explorarse también las articulaciones (artritis, artrosis, anquilosis, que en el tobillo o la rodilla pueden ser responsables de estasis).

## 2.2. Pruebas venosas

- Prueba de Schwartz (signo de la oleada): con el paciente de pie, el explorador palpa la variz con la punta de los dedos de una mano, mientras los de la otra percuten sobre el trayecto venoso o varicoso proximal. La percepción de una onda de choque permite confirmar la presencia de reflujo venoso.
- Prueba de la tos (Vasalva): produce un aumento de la presión en la cava, que en caso de insuficiencia de la válvula ostial, permite detectar un reflujo en el cayado de la safena por palpación.
- Prueba de Trendelenburg: sirve para detectar asimismo la insuficiencia del cayado. Con el paciente tendido se le coloca un torniquete en la raíz del muslo (a veces es más fácil comprimir con el dedo el cayado de la safena si está visible) y el paciente se pone de pie, la variz sólo se llena si las perforantes son insuficientes. Por el contrario, la safena interna sólo se dilata bruscamente al soltar el dedo o el torniquete si el cayado es incontinente. Se puede aplicar también a la safena externa.

- Prueba de Perthes: con el paciente de pie se coloca una ligadura por debajo de la rodilla, después de ejercicio constante (deambulación, flexiones) si la red profunda es permeable y no hay incontinencia de las perforantes las varices se vacían.
- Prueba de Linton. Tras colocar el torniquete bajo la rodilla el paciente se tiende rápidamente y eleva la pierna, las varices se vacían rápidamente si la red profunda es permeable.

Para detallar la exploración, puede ser conveniente hacer un esquema de los hallazgos (mapa de las varices y de alteraciones cutáneas).

### 2.3. Dificultades en la valoración de los hallazgos:

Algunas entidades pueden prestarse a confusión con los hallazgos típicos de la insuficiencia venosa:

- Varices: las hernias piezogénicas (hernias musculares por orificios fasciales de la pierna) pueden a veces confundirse con perforantes, pero suelen ser simétricas, sin fluctuación y aumentan durante la contracción muscular. Una red venosa superficial muy visible (pieles finas y claras) o muy desarrollada (deportistas, fistulas arterio-venosas) puede confundirse con una red dilatada.
- Edema: aparte del edema de la insuficiencia venosa crónica o de la trombosis venosa profunda, que aquí nos ocupa, el edema puede producirse por múltiples causas:
  - Edema estático. Aparece en individuos sanos (sobre todo mujeres) en situaciones de bipedestación o sedestación prolongadas en tiempo caluroso, con prendas ajustadas...
  - Edema cíclico ligado a los periodos premenstruales en algunas mujeres. Suele acompañarse de otros síntomas (síndrome premenstrual).
  - Edema por compresión pélvico-abdominal. Asimétrico si es en el nivel de la iliaca, simétrico si es en el nivel de la cava. La compresión puede ser por embarazo, adenopatías (benignas o malignas), tumores, fibrosis retroperitoneal.
  - Edema linfático. Linfedema primario (por agenesia o malformaciones de la red linfática). Suele ser duro, pálido y no doloroso. Según el tipo se manifiesta en la niñez, adolescencia o juventud. Algunos evolucionan hacia formas paquidérmicas. Las formas adquiridas se dan por tumoraciones, filarías, adenopatías.
  - Lipoedema. La "columna" adiposa se interrumpe bruscamente al nivel de los maleolos, es doloroso y asimétrico, respeta el pie.
  - El edema cardiogénico, blando e indoloro, cuya disminución nocturna se acompaña de diuresis aumentada, suele acompañarse de crepitantes basales a la auscultación, hepatomegalia...
  - Mixedema. Es un pseudoedema por depósito de mucopolisacáridos, es duro y fijo.

- Otros edemas: hipoproteinéimicos, nefróticos, por medicamentos... deben descartarse con una anamnesis dirigida.
- Eritema: es un signo frecuente en la insuficiencia venosa, pero puede deberse a otras causas:
  - Infecciones (celulitis, erisipela, fascitis) se acompañan de fiebre.
  - Eritromelalgia, idiopática o por trombocitemia, el eritema (y el dolor) aparecen cuando se supera una temperatura crítica.
  - Eritema nodoso y eritema indurado de Bazin. Suelen estar precedidos de síntomas generales, pueden ser idiopáticos o asociados a infecciones o colagenosis.
  - Eritema reticulado por exposición al calor, por uso de braseros...
- Dolor:
  - Claudicación intermitente. Puede ser: venosa (sobre todo en las trombosis ilíacas, los pulsos arteriales están conservados y el dolor desaparece mucho más rápido con las piernas elevadas que de pie). Arterial (aparece típicamente al andar, con un perímetro determinado de marcha, más si es subiendo cuestras, desaparece en pocos minutos tras pararse). Neurógena, por estenosis del canal lumbar, puede aparecer simplemente por estar de pie, y no desaparece tan fácilmente al detenerse.
  - Dolores neurológicos (mono o polineuritis, cialgias, causalgias).
  - Dolores osteomusculares (artrosis, artritis, mialgias).

#### 2.4. Pruebas complementarias:

Aun cuando el diagnóstico y la caracterización de la insuficiencia venosa en la Atención Primaria son fundamentalmente clínicos y no precisan de muchas pruebas complementarias, en los casos más severos es razonable contar con una analítica básica, que incluya: hemograma, perfil lipídico, glucemia, función renal y coagulación. Si hay más de un factor de riesgo cardiovascular se practicará también ECG y radiografía de tórax. También se precisarán estudios radiológicos cuando haya afectaciones osteoarticulares de los miembros inferiores o la columna.

### FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que favorecen o predisponen la aparición o el agravamiento de la IVC son los siguientes:

- Edad: a partir de la tercera década de la vida, se observa un aumento proporcional a la edad.
- Sexo: casi la totalidad de los estudios muestra predominio del sexo femenino, que llega a ser de 5 a 1. Esto se explica por la mayor longevidad, gestaciones y factores hormonales.
- Procedencia: en los países industrializados, la prevalencia es mayor.
- Actividad: el factor postural y la movilidad influyen de manera importante en la presencia de varices, siendo mayor en las mujeres que trabajan en bipedestación frente a las que trabajan sentadas.
- Obesidad.
- Embarazo.
- Genética.

### CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

#### 1) En función de los grupos terapéuticos:

Existen múltiples clasificaciones de la insuficiencia venosa crónica, algunas más o menos arbitrarias y que se pueden superponer a las de las varices; Así por: mecanismo de producción (primarias y secundarias), etiopatogenia y topografía (Martorell), morfología y CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía, Fisiopatología), muy completa pero de gran complejidad, ya que analiza hasta 60 variables y sus posibles combinaciones. Desde el punto de vista práctico está muy generalizado y el uso de la clasificación por grados clínicos (Cubría, 1983).

Grado I: aumento del relieve y dibujo venoso; a. Discreto b. Intenso.

Grado II: síntomas ortostáticos; a. Esporádicos b. Permanentes.

Grado III: signos de sufrimiento cutáneo: a. Sin atrofia b. Con atrofia.

Grado IV: úlcera flebotásica: a. Superficial b. Profunda.

Es de notar que no siempre existe correlación entre los signos objetivos y los síntomas referidos por los pacientes: muchos de ellos con importante sintomatología tienen escasa evidencia de IVC, mientras que otros, con varices a veces muy desarrolladas, se muestran asintomáticos, lo que constituye una incógnita y plantea serias reflexiones a la hora de elegir el método terapéutico de esta patología.

#### 2) Clasificación CEAP:

Clasificación recomendada por la Sociedad de Angiología y Cirugía Cardiovascular (CEAP):

La letra "C" evalúa los hallazgos clínicos:

- No hay signos visibles o palpables de lesión venosa (0)
- Presencia de telangiectasias o venas reticulares (1)
- Varices (2)
- Edemas (3)
- Cambios relacionados con la patología venosa (p.e.: pigmentación, lipodermatosclerosis,...) sin ulceración (4)
- Cambios cutáneos con úlceras cicatrizadas (5)
- Cambios cutáneos con úlcera activa (6)

Después del número, se escribe la letra **"A"** si el paciente está asintomático y **"S"** si presenta síntomas.

La letra **"E"** se refiere a la etiología

- Enfermedad congénita
- Enfermedad primaria o sin causa conocida
- Enfermedad secundaria o con causa conocida (p.e.: postraumatismo, síndrome post-trombótico,...)

La letra **"A"** describe los hallazgos anatómicos encontrados con el eco-doppler:

- Venas superficiales (As)\*
- Venas profundas (Ap)\*
- Venas perforantes\*
- Se añade un número en función de la vena afectada.

La letra **"P"** hace referencia a la fisiopatología:

- Reflujo
- Obstrucción
- Ambos

Además, ha de usarse una escala que mida la incapacidad causada por la IVC:

- 0: paciente asintomáticos.
- 1: paciente con síntomas, no precisa medidas de compresión.
- 2: paciente que puede trabajar ocho horas con medidas de compresión.
- 3: paciente incapaz de trabajar incluso con medidas de compresión.

### TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN

#### INDICACIONES DE TRATAMIENTO:

Aunque existen clasificaciones actuales más complejas como la CEAP, el grupo cree más funcional y operativo mantener la clasificación clásica de cuatro grupos terapéuticos para disminuir la variabilidad en los tratamientos.

En principio, todo paciente con varices esenciales, e integrado en los grupos IIb, III y IV, son tributarios de cirugía. En los pacientes incluidos en el grupo II, se valorará especialmente: calidad de vida, tolerancia clínica, patología asociada, extensión y localización del cuadro, actividad sociolaboral y/o limitación funcional.

En los pacientes con varices postflebiticas, se podrá establecer la indicación quirúrgica en los grupos III y IV. Siendo condición previa, la comprobación instrumental de "perforante insuficiente y la permeabilidad del sistema venoso profundo".

**1) Pacientes con IVC grado I o grado IIa con pocos síntomas:** en estos pacientes lo fundamental es impedir o retrasar el agravamiento de su enfermedad, y tratar los síntomas en los periodos en que aparezcan:

- Consejos sobre ejercicios, alimentación y estilo de vida.
- Medias de compresión cuando deban permanecer de pie o sentados.
- Periodos de tratamiento con fármacos venosos cuando se exacerben los síntomas, (edema, dolor, calambres nocturnos).

Si no hay antecedentes ni sospecha de afectación del sistema profundo, estos pacientes no precisan evaluación en el nivel especializado.

**2) Pacientes con síntomas permanentes o signos de sufrimiento cutáneo (Grados IIb y III):** Dichos pacientes, además de ser tratados de la misma forma que el grupo anterior, deben ser evaluados de forma sistemática en el nivel especializado:

- Si no presentan contraindicaciones y la cirugía y/o esclerosis previsiblemente mejorará su evolución, éste será el procedimiento de elección.
- Si existen contraindicaciones a la cirugía, o no se espera una relación riesgo/beneficio favorable, estos pacientes deberán ser tratados de forma conservadora:
  - Consejos sobre hábitos de vida.
  - Medias de compresión de forma permanente.

- Fármacos venotónicos en los periodos de exacerbación de síntomas o en los meses estivales.

**3) Pacientes con IVC grado IV (úlceras venosas):** Estos pacientes serán derivados para evaluación en el nivel especializado de forma preferente.

- Si existen perforantes o segmentos venosos circundantes que gravan la evolución, éstos serán tratados sin demora mediante la técnica más apropiada.
- Si la cirugía no está indicada, o es mejor posponerla, el paciente recibirá tratamiento general y local:
  - El tratamiento general será el mismo que para el grado III, añadiendo, si es preciso, antibióticos, vasodilatadores o hemorreológicos, así como analgésicos u otros fármacos.
  - El tratamiento local, que se realizará en la Consulta de Enfermería, tendrá como elementos fundamentales la consecución de un buen tejido de granulación, la prevención de la infección y la terapia compresiva. En otras fases puede ser precisa la realización de otras técnicas por servicios especializados (injertos, oxigenoterapia hiperbárica o revascularización en úlceras mixtas...).

**4) Pacientes con sistema venoso profundo obstruido:** Los pacientes con síndrome postrombótico deben ser evaluados sistemáticamente en el nivel especializado, aun cuando las opciones quirúrgicas son muy limitadas. Una vez valorados, y en su caso intervenidos, estos pacientes deben ser tratados en Atención Primaria preferentemente con medidas preventivas, medias de compresión y fármacos con acción sobre el lecho venoso y, sobre todo, linfático.

**5) Pacientes con complicaciones agudas de las varices:** las complicaciones agudas de las varices deben ser tratadas de forma inmediata. Prestaremos especial atención a las dos complicaciones más frecuentes:

- Varicoflebitis:
  - Vendaje compresivo del segmento trombosado.
  - Heparina de bajo peso molecular en dosis profiláctica de alto nivel (60 mg de enoxaparina o equivalente).
  - Asegurar el mantenimiento de la deambulación o el movimiento de la extremidad.
  - Analgésicos (preferiblemente antiinflamatorios si no hay contraindicación).
  - Derivación preferente al nivel especializado.
- Varicorragia:
  - Hemostasia por el procedimiento elegido eficaz (sutura, ligadura venosa, esclerosis, compresión...)
  - Asegurar la deambulación o movimiento de la extremidad.
  - Vendaje compresivo del segmento varicoso.

- Tratamiento antibiótico o analgésico si es preciso.
- Derivación preferente al nivel especializado.

## TRATAMIENTO MÉDICO

### 1) Régimen de vida, medidas higiénico-dietéticas y posturales:

El mayor énfasis de las intervenciones sanitarias, en personas con trastornos venosos crónicos, recae en la educación sanitaria al paciente.

Algunos temas importantes sobre los que se debe insistir son las medidas para aumentar la perfusión sanguínea del tejido evitando el estasis venoso (y, por ende, evitando el dolor) y las medidas para prevenir recidivas.

Entre las medidas preventivas y/o educativas, tanto en los pacientes con trastornos como en los de riesgo, incluiremos las siguientes:

1. En primer lugar, nos aseguraremos de que el Médico de Familia tenga constancia de la situación para valorar medidas (tratamiento, pruebas, contraindicaciones...).
2. Es importante una reducción de peso, pues la obesidad acarrea consecuencias negativas en pacientes con insuficiencia venosa crónica presentando una mayor incidencia de complicaciones (flebitis, trombosis venosa profunda (TVP), alteraciones tróficas...). Un aumento de la actividad física y una limitación de los aportes calóricos, reducirá el peso.
3. Debe intentarse el seguimiento de una dieta equilibrada, aumentando la proporción de alimentos ricos en fibra con el fin de evitar el estreñimiento crónico, pues produce un aumento de la presión abdominal secundaria al esfuerzo evacuatorio que tiende a frenar el retorno venoso a la altura de las grandes venas del abdomen.
4. El calzado debe adaptarse a la bóveda plantar y respetar la dinámica normal del pie, asegurando un buen funcionamiento de la bomba muscular. La deambulación tiene un importante carácter terapéutico en el paciente con IVC por lo que toda alteración de la estática y dinámica de la extremidad inferior debe ser sometida a tratamiento o corrección.
5. Se debe procurar que la vestimenta no produzca, por compresión, fenómenos de obstrucción del flujo venoso (ligaduras apretadas como calcetines y ligas).
6. Los excesos de calor en las piernas (saunas, exposición al sol, depilación con cera caliente, o utilización de agua demasiado caliente) provocan una vasodilatación cutánea que puede incrementar los síntomas de hinchazón especialmente en personas con otros factores favorecedores de la enfermedad venosa. Las duchas de agua fría tienen un importante efecto favorecedor y tónico.
7. El ortostatismo y la posición de sentado crean un importante compromiso en el drenaje de las extremidades inferiores en el paciente con patología venosa. Es importante evitar estas situaciones durante largo tiempo en la medida posible. Tanto de pie como sentado, el paciente debe estar en actividad muscular cíclica, moviendo los dedos de los pies, haciendo funciones de pedaleo, flexiones del pie, poniéndose de puntillas, etc. Resulta perjudicial cruzar las piernas cuando se está sentado.

8. Precaución con las personas encamadas por riesgo de padecer TVP.
9. Es recomendable el uso de medias elásticas.
10. Muy aconsejables son aquellas actividades deportivas cuya dinámica muscular tenga un desarrollo armónico, tales como la natación, bicicleta fija, pasear, etc., mientras que se eliminarán las excesivamente violentas.
11. El reposo con los pies elevados, durante 10-20 minutos varias veces al día representa un beneficio terapéutico indudable. Se complementa con la realización del descanso nocturno en la misma posición, estableciendo una diferencia de altura entre los pies y la cabeza de unos 15 cm (siempre que no esté contraindicado por otras patologías).
12. Las pacientes con ingesta prolongada de anticonceptivos y algunos tratamientos con hormonas femeninas deben tener precauciones, pues se pueden agravar los síntomas de pesadez e hinchazón de las piernas, sobre todo si existen factores pre-disponentes, además de favorecer el desarrollo de trombosis venosas.
13. Se deben tomar precauciones especiales durante el embarazo (debido a la compresión de las venas pelvianas por el útero gestante, que favorece el estasis venoso a nivel de las extremidades inferiores y, por lo tanto, la posibilidad de aparición de varices) y el puerperio.
14. Es aconsejable mantener la piel hidratada para impedir la formación de grietas. Se debe acudir al médico en los casos que aparezcan prurito y eczemas, pues el rascado puede complicar la integridad de la piel.
15. De vital importancia es el correcto seguimiento del tratamiento en el caso de ser prescrito por el facultativo (flebotónicos, tratamiento para el prurito, eczemas, etc.).
16. Hay que tener extrema precaución con los golpes en los miembros inferiores.

Por otro lado, el personal de enfermería debe tener constancia de aquellos cuidados que recibe el paciente en los casos de incapacidad para el autocuidado, para valorar si son correctos por parte de asociaciones de vecinos, asuntos sociales, voluntariado, familiares, amigos.... Si fuera necesario se acudirá al domicilio del paciente para desarrollar la labor educativa.

## **2) Tratamiento antiestático**

### **2.1) Terapia compresiva:**

La terapia compresiva -piedra angular del tratamiento de las patologías venosas- es, probablemente, el tratamiento más antiguo, efectivo y frecuentemente utilizado para el control de la hipertensión y de la insuficiencia venosa.

La terapia compresiva produce un satisfactorio apoyo hemodinámico y comodidad al paciente que le permite continuar su actividad habitual.

Estará indicada en la insuficiencia venosa crónica sintomática, en los tratamientos esclerosantes, en los tratamientos postquirúrgicos de las varices, profilaxis y tratamiento de varices en el embarazo.

La compresión tiene como objetivos reducir el edema (evitando el estasis y la hiperpresión venosa del miembro) y mejorar el retorno venoso.

Antes de iniciar la terapia compresiva, debemos asegurarnos de la no existencia de insuficiencia arterial por la posibilidad de producir daños en los tejidos y, en el peor de los casos, amputación. La presencia de pulsos palpables en los pies por sí solo es insuficiente para descartar una enfermedad arterial (Grado de recomendación B).

Todas las úlceras venosas que no tengan pulsos palpables deberían ser monitorizadas para descartar insuficiencia arterial usando el doppler ultrasonido para determinar el índice tobillo-brazo (I.T./ B). Una simple medida de I.T./ B < 0.8 explica la presencia de enfermedad arterial oclusiva periférica (PAOD) con alta probabilidad (Grado de recomendación A). Las referencias del índice Tobillo-Brazo son:

- I.T./ B < 1 = Insuficiencia arterial.
  - I.T./ B < 0.6 = enfermedad arterial severa.
  - I.T./ B entre 0.6 – 0.8 = alteración venosa y moderada enfermedad arterial.
  - I.T./ B > 0.8 = enfermedad venosa.
- Material usado en terapia compresiva: Para la realización de la terapia compresiva se pueden utilizar medias de compresión elástica o vendas.
  - Media elástica: Quizás el vendaje compresivo más usado sean las medias elásticas. Hay una serie de características y/o situaciones que hay que tener en cuenta cuando queremos iniciar una terapia compresiva con medias elásticas:
    - La elasticidad de la media tiene una duración aproximada de seis meses, pasados los cuales es conveniente renovarlas.
    - Deben colocarse antes de levantarse o, al menos, inmediatamente después de la ducha, y quitarlas por la noche al acostarse.
    - Durante el verano, la sintomatología de la insuficiencia crónica se agrava y, debido al calor, la media es peor tolerada; sin embargo, es conveniente seguir utilizándola, al menos en las primeras horas de la mañana.
    - A los pacientes con insuficiencia venosa crónica se les aconseja usar medias de compresión de por vida. Parece ser una buena práctica volver a valorar el aporte arterial regularmente ya que los pacientes pueden desarrollar enfermedad arterial y de ahí que exista riesgo de isquemia causada por la compresión de la media (Grado de recomendación A).
    - Algunos pacientes al no tolerar las medias de compresión fuerte las abandonan definitivamente en vez de probar las de compresión normal. Mejor éstas que ninguna. Lo mismo ocurre con las medias completas o "leotardos" que, aunque proporcionan una protección muy superior a la que se consigue con el uso de medias parciales, son peor toleradas y se abandonan sin optar por otras. Por eso, es importante educar al paciente al respecto y es aconsejable el uso gradual de compresión; empezando por una media de compresión normal, e ir aumentando progresivamente. Siempre deberemos adecuar la compresión a las características del paciente.

Las indicaciones para la compresión normal o fuerte son las siguientes:

COMPRESIÓN	PRESIÓN	INDICACIONES
<b>NORMAL</b>	20-30 mm. Hg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazos con riesgo.</li> <li>- Prevención de TVP en no encamados.</li> <li>- Riesgo de insuficiencia venosa en profesionales que requieran estar de pie.</li> <li>- Prevención de varices primarias.</li> </ul>
<b>FUERTE</b>	31-40 mm. Hg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia venosa crónica leve.</li> <li>- Tromboflebitis.</li> <li>- Profilaxis de la úlcera cicatrizada.</li> <li>- Varices tronculares o sintomáticas.</li> </ul>

- **Vendas:** La presión terapéutica lograda por la aplicación de vendas de compresión depende de un número de parámetros físicos y de las propiedades de los materiales; además, la técnica del vendaje juega un papel importante.

En el momento de realizar el vendaje compresivo, la presión venosa sobre las paredes de los vasos sanguíneos debe ser la mínima posible. En ortostatismo se calcula que esta presión es  $> 80$  mm. Hg y disminuye a  $< 10$  mm. Hg en posición de Trendelenburg, por lo que es ésta la posición más adecuada para realizar el vendaje compresivo; no debe hacerse con el paciente sentado ni con la pierna en declive.

En enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva o pacientes muy obesos se respetará la postura más confortable para el paciente, evitando en lo posible angulaciones en el pliegue inguinal.

En presencia de edema blando importante, algunos autores desaconsejan el vendaje compresivo, ya que puede originar flictenas. En este caso, se aconsejará reposo absoluto en postura de Trendelenburg y se iniciará el vendaje cuando el edema disminuya.

Todo el vendaje debe seguir un sentido ascendente adaptándolo a las características de la pierna. Se añadirá venda cuando sea preciso y no más de la necesaria, cortándose la sobrante. Se iniciará siempre en la base o raíz de los dedos, debiendo cubrir hasta el hueso popliteo, o bien hasta el pliegue inguinal, según cual sea la zona interesada.

Las vueltas de las vendas pueden realizarse en forma circular o en espiga. Las vueltas circulares mantienen siempre la misma presión y es la manera más aconsejable de efectuar el vendaje. La modalidad en espiga efectúa una vuelta ascendente y otra descendente, por lo que incumple la condición de mantener siempre el sentido. En las superficies cóncavas (canales retromaleolares) puede aumentarse la presión colocando rollos de algodón, gasa o venda.

La presión óptima que debe ejercer el vendaje oscila entre 35 y 40 mm. Hg

debiendo disminuir gradualmente a medida que se asciende por la pierna para favorecer la acción de bombeo que ejercen los músculos de la pantorrilla. Siempre se deberá utilizar el mismo tipo de venda. La presión ideal es aquella que el paciente tolera sin perjuicio de su confortabilidad.

Algunos pacientes no aceptan fácilmente la contención elástica. Por ello, dedicaremos el tiempo necesario a escuchar sus objeciones, experiencias pasadas, problemas estéticos, etc., y a intentar resolver sus recelos.

### **3) Tratamiento farmacológico:**

Flebofármacos: de efecto limitado; efecto sobre todo en reducción de edema. Sólo indicado como tratamiento paliativo en ciclos temporales de duración limitada, no existiendo evidencia de utilidad en el empleo sistemático y mantenido. Estarán indicados como tratamiento de base en pacientes con sintomatología venosa crónica.

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular estima oportuno realizar las siguientes precisiones:

La Resolución de la Agencia Española del Medicamento, tras una reevaluación de la relación beneficio-riesgo de los agentes flebotónicos para la administración por vía oral, concreta la indicación terapéutica de los mismos únicamente para un alivio a corto plazo (de 2 a 3 meses) del edema y síntomas relacionados con la IVC, recomendación que el capítulo sobre flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular comparte absolutamente.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cuidados ante un paciente con insuficiencia venosa crónica. Atención en las úlceras venosas.

El paciente deberá siempre ser evaluado en primer lugar por un facultativo, que tomará las medidas oportunas y nos aportará información necesaria para iniciar nuestro seguimiento (alergias, contraindicaciones...):

1. Iniciar un seguimiento individualizado e integral del paciente.
2. Efectuar una recogida de datos detallada sobre:
  - Historia de la úlcera: duración de la úlcera, mecanismo de lesión, métodos previos de tratamiento, característica de la herida...).
  - Insuficiencia venosa: historia familiar de enfermedad venosa, historia del paciente de trombosis venosa profunda, fractura menor de pierna u otras lesiones mayores, cirugía previa de venas, venas varicosas o historia previa de ulceración con o sin uso de medias de compresión.
  - Insuficiencia arterial: historia de claudicación intermitente, enfermedad isquémica del corazón, diabetes, fumador, hipertensión arterial, pulsos pedios.
3. Informar al paciente de los pasos que vamos a seguir.
4. Valoraremos la situación y el grado de colaboración del paciente. En la medida de lo posible, le haremos partícipe del proceso de cicatrización. Si está incapacitado para ello, esta valoración se hará extensible a los cuidadores que le atiendan (asociaciones, instituciones sociales, familiares, amigos, etc.) facilitándole todos los recursos necesarios.
5. Valorar las medidas higiénico-dietéticas y posturales que sigue el paciente para modificar aquellos hábitos no saludables que contribuyen a mantener la insuficiencia venosa de base (ver apartado de prevención). Mención especial merece el uso de la terapia compresiva tanto para fomentar el proceso de cicatrización de la herida, como para evitar recidivas (Nivel de evidencia I ).
6. Valoraremos en qué estadio se encuentra la herida para proporcionar el tratamiento más adecuado:
  - En líneas generales, debemos fomentar la cura húmeda por las ventajas que aporta: disminución del dolor, eliminación del tejido no viable, migración de células epiteliales para favorecer la cicatrización.
  - Mantener bien limpia e hidratada la piel perilesional. Debemos vigilar en todo momento que esta piel no está macerada. Podemos usar vaselina, emulsión cutánea hidratante, cremas con urea.

Para la limpieza de la herida evitaremos productos limpiadores y/o agentes anti-sépticos, como, por ejemplo, povidona yodada, yodóforos, hipoclorito sódico, peróxido de hidrógeno o ácido acético, todos ellos de reconocida toxicidad y agresividad contra los componentes de la cicatrización, y en algunos casos para el paciente, si el uso es a largo plazo. Utilizaremos una solución salina isotónica a una presión suficiente que no cause trauma en el lecho de la herida pero facilite el arrastre de los restos necróticos.

Si la herida está limpia y nuestro objetivo es la granulación y/o epitelización de la misma, podemos utilizar toda la gama de apósitos absorbentes que existe en el mercado, que, además de proporcionar un medio húmedo idóneo, ayudan a controlar el exudado de la herida. El uso de unos u otros dependerá de las características de la herida y de la respuesta o tolerancia del paciente. Cuando se usen estos apósitos, hay que tener cuidado de no desecar demasiado el lecho de la herida por un lado, y de controlar el exceso de exudado por otro, pues podría macerar la piel perilesional (podemos usar pasta de óxido de zinc para protegerla si es muy exudativa).

La presencia de tejido necrótico o esfacelos en la herida facilita la proliferación bacteriana, la cual entorpece el proceso de curación. Por ello, debemos desbridar la herida. Contamos con varios métodos:

- El método quirúrgico: es un procedimiento cruento que requiere conocimientos, técnica, destreza y material estéril. Hay riesgos de hemorragias e infección. Debemos tener precaución en pacientes con plaquetopenia o en tratamiento con anticoagulantes.
- El método enzimático: consiste en la aplicación de enzimas que degradan la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Las sustancias más comúnmente usadas son la colagenasa, estreptodornasa o estreptokinasa. Su uso prolongado puede macerar la piel perilesional, por lo que, cuando vayan a ser utilizadas, es recomendable proteger esa piel con una pasta de zinc, silicona, etc.
- El desbridamiento autolítico: que actúa a través de la hidratación del lecho de la herida, la fibrinólisis con urokinasa tópica y la acción de enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Para estos casos, contamos con los hidrogeles, que además proporcionan un ambiente húmedo permanente en la herida ideal para la granulación y la epitelización.

Tanto en los casos en los que una herida limpia no evolucione favorablemente y/o continúe produciendo exudado después de 2 a 4 semanas de curas regulares, como en aquellos donde existan signos claros de infección, nos plantearemos el inicio de un tratamiento local antibiótico de 2 semanas de duración. Éste debe ser eficaz contra microorganismos gram +, gram – y aerobios, como la sulfadiacina argéntica. Si, pasado este tiempo, no existe una respuesta positiva, se realizará un cultivo bacteriano para iniciar un tratamiento antibiótico por vía sistémica. Ante la sospecha o confirmación de infección, evitaremos el uso de apósitos oclusivos.

Sólo en el caso de existencia de pus y/o claros signos de infección, usaremos povidona o clorhexidina como antisépticos para limpiar el lecho de la herida, pero luego lo retiraremos con abundante suero para no dejar restos de productos tóxicos para la cicatrización.

Estos pacientes pueden ser sensibilizados a cualquier elemento utilizado en su tratamiento en algún momento del proceso de curación. Los productos que comúnmente causan sensibilidad en la piel son aquellos que contienen lanolina, alcohol o antibióticos tópicos, por lo que es mejor evitarlos si su uso no está realmente indicado (Grado de recomendación B).

La mayoría de las veces, una limpieza adecuada, el desbridamiento para la retirada del tejido no viable y un buen cuidado del paciente para prevenir los traumatismos, así como un aseo óptimo, impedirán la aparición de infección.

7. Asegurar las derivaciones pertinentes al resto de profesionales del equipo, así como las que procedan entre niveles asistenciales, con un informe previo adjunto.
8. Registro de la evolución de la herida, según formato consensuado, desde el inicio del proceso.

### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

#### 1) Varices esenciales.

##### 1.1) Cirugía convencional:

###### - Principios:

1º. Supresión del reflujo del sistema venoso profundo al sistema venoso superficial, es decir reducción de su hipertensión.

2º. Eliminación de varices.

###### - Objetivo:

Extirpación radical y definitiva de las varices y tratamiento de su causa, para la prevención de las complicaciones de la insuficiencia venosa central con el mejor resultado funcional y cosmético.

Objetivos de las variantes técnicas:

1º. Ligadura de cayado y perforantes insuficientes.

2º. Extirpación de varices.

3º. Extirpación en exclusiva de los troncos de safenas afectados.

4º. Otras técnicas, como Cura hemodinámica de la insuficiencia venosa de forma ambulatoria (C.H.I.V.A.) o Cirugía subfacial endoscópica de venas perforantes (S.E.P.S.), serán de aplicación selectiva.

#### 2) Varices postflebiticas.

- Serán aplicables los mismos principios, con restricciones importantes derivadas de la fisiopatología del proceso.
- En los casos de alteraciones tróficas importantes, podrán indicarse ligaduras de comunicantes.
- En casos muy selectivos, puede valorarse la necesidad de realizar intervenciones sobre el sistema venoso profundo.

#### 3) Escleroterapia.

La escleroterapia de las varices puede ser un complemento de tratamiento quirúrgico o una alternativa al mismo en casos seleccionados por el especialista.

### CUIDADOS POST-OPERATORIOS DE ENFERMERÍA

Actuación ante un paciente con una herida postquirúrgica.

1) Limpieza de la herida:

- 1.1) Se levantará el apósito por primera vez según la prescripción médica.
- 1.2) Se informará al paciente del procedimiento que vamos a seguir.
- 1.3) Se preparará al paciente y se organizará el equipo necesario.
- 1.4) Se mantendrá una asepsia adecuada durante todo el proceso.
- 1.5) La limpieza se realizará con suero fisiológico estéril desde la parte superior a la inferior, empezando en el centro y continuando hacia fuera, es decir, desde la zona menos contaminada a la de mayor contaminación.
- 1.6) Se valorará el aspecto de la herida y la situación del paciente:
  - Inspeccionar y palpar la zona por si hubiera inflamación y/o signos de infección (temperatura, color, tumoración...).
  - Preguntar al paciente por la presencia de dolor (localización, intensidad, comienzo...).
  - Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Daremos recomendaciones a él y a los cuidadores sobre los hábitos saludables que debe mantener.
- 1.7) Se aplicará el tratamiento prescrito.
- 1.8) Se colocarán los apósitos estériles (comenzando desde el centro de la herida hacia fuera).
- 1.9) Se registrará el cambio de apósito y todas las apreciaciones de enfermería que consideremos oportunas, las cuales, se las daremos a conocer al facultativo.

2) Retirada de puntos de sutura:

- 2.1) Se comprobará la prescripción médica; se determinará si hay que retirar toda la sutura o puntos alternos.
- 2.2) Se repetirán los pasos 2, 3 y 4 del apartado anterior.
- 2.3) Se levantará el apósito y valorará el aspecto de la herida. Posteriormente, se aplicará un antiséptico antes de la retirada de los puntos.
- 2.4) Se retirarán los puntos; se hará de forma alterna para prevenir que cualquier dehiscencia se haga mayor. Si no aparece ninguna, retirar los puntos restantes; si la dehiscencia hace su aparición, no retiraremos el resto, colocaremos

un esparadrupo en forma de mariposa y avisaremos al médico para que valore la nueva situación. Aplicaremos un antiséptico, cubriremos la incisión y retiraremos el resto de puntos cuando proceda.

- 2.5) Se instruirá al paciente y/o cuidadores acerca del seguimiento de los cuidados de la herida y de la insuficiencia venosa crónica de base en general (medidas higiénicas-dietéticas y posturales).
- 2.6) Se registrará todo el procedimiento efectuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. RAMELET AA., MONTI M.: Manual de Flebología. Masson, Barcelona. (1992)
2. WATTS G T.: Varicose veins are caused by defective valves in the veins. Lancet 1.986; 1: 31-32
3. ROSE SS., AHMED A.: Some thoughts on the aetiology of varicose veins. J Cardiovasc Surg 1.986; 27: 534-543.
4. CUBRIA JM.: Síndrome varicoso, En: Que hacer ante un problema vascular. Flebopatías. Barcelona FAES S.A. (1.993) 20-35.
5. HOBBS JT.: Tratamiento de los trastornos venosos. Barcelona. Ed. JIMS. (1.979).
6. SILVA AD., WIDMER LK., MARTIN H. et al.: Varicose Veins and chronic venous insufficiency. Vasa 1.974; 3: 118.
7. PREZIOSI P., GALAN M., AISSA M. et al.: Prevalence of venous insufficiency in French adults of the SUVIMAX cohort. Int Angiol 1999 18 (2): 171-175.
8. GEROUKAKOS G., NICOLAIDES AN.: Controlled studies of Daflon 500 mg in chronic venous insufficiency. Angiology 1994; 45 (6-2) 549-553.
9. POYNARD T., VALTERIO C.: Meta-analysis of hydroxyethylrutosides in the treatment of chronic venous insufficiency. Vasa 1994; 23 (3): 244-250.
10. SAVIANO M., MALETI O., LIGUORI L.: Double-blind, double-dummy, randomized, multi-centre clinical assessment of the efficacy, tolerability and dose-effect relationship of sulodexide in chronic venous insufficiency. Curr Med Res Opin 1.993; 13 (2): 96-108.
11. PORTER JM., MONETA GL.: International Consensus committee on chronic venous disease.
12. NELSON E, CULLUM N, JONES J. Venous leg ulcers. Clinical Evidence 2000; 3: 987-996.
13. New Zealand Guidelines Group, the Royal New Zealand College of General Practitioners and the College of Nurses Aotearoa. Case of people with Chronic leg ulcers. An evidence based guideline. New Zealand; 1999.
14. LONG B, PHIPPS W. La Enfermería Médico- Quirúrgica. Un planteamiento de los métodos de enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993.
15. KOZIER B, ERB G, OLIVIERI R. Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993.

16. Asociación Española de Enfermería Vascular. (<http://www.aeev.net>). Reporting standart in venous disease. J Vasc Surg 1.995; 21: 635-645.
17. JORDI LATORRE VILALLONGA, Insuficiencia linfovenosa de los miembros inferiores. Edica Médica 1994
18. A.A. RAMALET, M. MONTI, Phlebology the Guide. Ed. Elsevier Sas 1995.
19. EMST STANLEY, Current therapy in vascular surgery. Mosby inc. Ed 2001
20. F. LOZANO, J.A. JIMÉNEZ COSSÍO, J. ULLOA. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. Grupo RELIEF ANGIOLOGÍA 2001; vol 53: 5-16
21. JOHN J. BERGAN, Latest advances in the treatment of chronic venous insufficiency. Phebolymphology 1999 nº 24; pag 3-8
22. E. ESPINOSA GUZMÁN ET ALL, Estudio prospectivo y randomizado sobre la eficacia de la Urocinasa tópica en la curación de las heridas quirúrgicas. Cirugía Española, vol 58, suplemento 1, noviembre 1995

