

Quality of life related with chronic wounds

Renata Virginia González-Consuegra Doctoranda. Maestría en docencia universitaria. Licenciada en Enfermería. Profesor Titular. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

José Verdú PhD, MScN, BScN, DUE. Profesor Titular. Escuela Universitaria. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Miembro del Comité Director del GNEAUPP, EPUAP, EWMA y CONUEI.

Correspondencia:

Renata V. González-Consuegra
C/ Mayor 102, 4º-1- 03690-San Vicente del Raspeig (Alicante)
E-mail: rvgonzalezc@unal.edu.co

RESUMEN

El presente artículo hace una revisión bibliográfica que se inicia con un recorrido de la evolución del concepto de calidad de vida (CV) y su aplicación en salud, el cual debe su importancia a la forma más amplia en que es concebido el estado de salud personal, al contener implícito el bienestar social, lo que ha generado el desarrollo de medidas que permiten captar la salud en sus dimensiones múltiples y también positivas, como las de salud percibida o de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La medición de la CVRS ha mostrado su utilidad en la investigación, en la práctica clínica, en la evaluación de los servicios sanitarios y en salud pública, lo que permite –en gran medida– contribuir a mejorar la gestión del cuidado. Con el paso del tiempo y la evolución tecnológica, la esperanza de vida ha ido en aumento, con el consiguiente envejecimiento de la población, siendo frecuente la presencia de enfermedades crónicas y metabólicas que, en muchos casos, traen consigo la presencia de heridas crónicas (HC) de difícil manejo, que afectan negativa y considerablemente la CVRS de la población mayor de 65 años, especialmente femenina. La literatura reciente, es profusa respecto a los diferentes instrumentos para la medición de CVRS, por lo que se hace necesario conocer de qué disponemos para poder hacer uso de las herramientas adecuadas, según la condición de salud de la persona, a fin de aproximarse a las necesidades reales de las personas a nuestro cuidado. La mayoría de las herramientas de medición de CVRS se han desarrollado en Europa y Estados Unidos, lo que exige que para ser utilizadas en poblaciones distintas a las de su origen se cumpla con la adaptación y validación respectiva, a fin de que sus resultados reflejen la percepción real de la población.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida relacionada con salud CVRS, heridas crónicas, medición de calidad de vida.

SUMMARY

This review begins with a background on the evolution of quality of life (QOL) concept and its application in health care, which owes its importance, as widely as it is conceived personal health status that contains implicitly wellbeing. So, this paradigm has allowed developing measures (instruments) to capture the multiple

INTRODUCCIÓN

Con el paso de los años, los avances científicos y tecnológicos han permitido que las personas aumenten su esperanza de vida, lo cual no siempre es sinónimo de mejor calidad de vida (CV). Por el contrario, ésta va acompañada del envejecimiento de la persona y con la prevalencia de enfermedades crónicas de diferente etiología, algunas de los cuales desembocan en alteraciones circulatorias, alteraciones neurológicas, alteraciones metabólicas, en fin, patologías que tienen como complicaciones, entre otras, la aparición de heridas crónicas (HC) de diversa etiología (úlceras en miembros inferiores, úlceras por presión, úlceras neoplásicas, etc.).

La atención sanitaria, en la actualidad, se centra en la calidad o el valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida. Adicionalmente, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes le ha restado a la relación de ayuda profesional la calidad relacional, lo que ha producido una disminución en el soporte social para los pacientes y en la fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. Por ello, conocer la percepción que tiene el paciente de su salud o del impacto de las intervencio-

dimensions of health, such as perceived health or health related quality of life (HRQOL). The measurement of HRQOL has proven useful in research, in clinical practice, in health services evaluation and in public health, contributing to enhance and improve health care management. With time evolution and technological progress, life expectancy has increased, resulting in an aging population with frequent presence of chronic and metabolic diseases which, in many cases, bring with chronic wounds, very difficult to manage and significantly negatively affecting the HRQOL of aged population, especially women. The recent literature is profuse on several instruments for measuring HRQL, so it's necessary to learn and to use the right tool, in regard to health conditions, in order to approximate to people real needs of care. Most HRQL measurement tools have been developed in Europe and U.S., So, if you would to be used in different population from the original ones it's need adaptation and validation respectively to the new population to reflect the real perception of population.

KEY WORDS

Quality of life health-related QOL, chronic wounds, Measuring quality of life.

nes sanitarias sobre su salud, puede permitir a los profesionales valorar mejor el estado global de sus pacientes y mejorar, además, nuestro rol profesional (1, 2).

CALIDAD DE VIDA

Conceptualización y contextualización

La CV es un concepto subjetivo, la mayoría de las personas parecen tener una idea intuitiva de lo que significa (3). Es un concepto que despierta en las personas distintos sentimientos y respuestas; si interrogáramos sobre éste a un grupo de personas al azar, se obtendrían respuestas que se asemejan al bienestar, felicidad, satisfacción, capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida (4). Se asocia también con sus creencias, sus costumbres, sus hábitos, sus gustos, su proyecto de vida, su estilo de vida, en fin, se asocia con aspectos que están de acuerdo al imaginario de cada cual, según sus propias representaciones sociales (4).

El tema de la CV o de “la buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles) (1). Mucho tiempo después, el concepto “calidad de vida”, se refería exclusivamente a las condiciones del medioambiente y al deterioro de la vida urbana ocasionado por el proceso de industrialización de principios de siglo XX (4).

Posteriormente, el concepto de CV sobrepasa la barrera del aspecto eco-

nómico y social, y comienza a definirse desde diferentes enfoques que, de una u otra forma, hacen parte del entorno propio del individuo e influyen notablemente en sus condiciones de vida. Así, este concepto pasa de ser unidimensional a global y multidimensional, pues toma como referencia las condiciones objetivas y subjetivas teniendo en cuenta factores como la calidad en la condición de vida del individuo, el grado de satisfacción personal o sus valores, aspiraciones y expectativas personales (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que desempeña un papel decisivo en el fomento de los estudios para la CV, definió la salud en 1948 como un “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de la enfermedad” (6). Así, en la misma dirección, la evaluación de la salud de una persona, más allá de su capacidad física, considera importante su contexto social y su salud mental.

Esta idea fue evolucionado a lo largo del tiempo y generó el concepto-guía por parte del Grupo de Calidad de Vida de la OMS que, en 1994, definió la CV como: “La percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (7).

Entonces, la CV es un juicio de valores, individual, influido por el en-

torno en el que se vive, en que se ha crecido, asimilado y evaluado por la propia percepción que el individuo tiene de sí mismo, en el que se incluyen elementos positivos y negativos (8).

En muchos casos, el concepto de CV se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo; sin embargo, para los profesionales de la salud, el concepto encierra una importancia trascendental en virtud de su interrelación con el bienestar de los pacientes y se convierte en un parámetro importante para el ejercicio profesional. Por lo cual, desde hace unos treinta años, comienza a considerarse que dichos factores deberían ser objeto de medición. Cuando dicha preocupación ha nacido, lo ha hecho con extremada fuerza, como lo demuestra la gran cantidad de publicaciones científicas al respecto que encontramos en los últimos años.

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) se entiende como: “el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (1, 9) y constituye una percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (1). Concepto que, actualmente, en su esencia comparten un gran número de autores (10-13). Adicionalmente, Hagberg añade que la CVRS incluye la satisfacción con la vida y bienestar social (14).

HERIDAS CRÓNICAS

Conceptualización y contextualización

Las HC, en España, constituyen un importante problema de salud, en virtud de su impacto epidemiológico, económico y social (15). Representan para los profesionales de la salud un desafío, por su etiología y por su curso, en tanto que ellas, por lo general, son consecuencia de otra comorbilidad y su evolución depende, en gran medida, del estilo de vida de las personas que las padecen.



Las úlceras por presión (UPP) y las úlceras de pierna (UP) son HC que vulneran de manera importante la CVRS de la persona que las padecen. Se sabe que la cicatrización definitiva de estas lesiones es lenta, difícil, en ocasiones limitada, cuando no es recidivante en su aparición, especialmente en las UP independientemente de su etiología.

Si la situación a la que nos enfrentamos es el cuidado de una persona con una herida de difícil manejo: crónica, dolorosa, con limitación de la movilidad, con molestias tales como el exudado abundante, mal olor, la posibilidad de infección, el aislamiento, la depresión y muchos otros trastornos emocionales (no siempre menores) derivados de la presencia de la herida, entonces es muy importante centrar el cuidado no sólo en el manejo profesional de la curación, considerando la elección más conveniente para el caso concreto, sino que además se debe ir mucho más allá de los síntomas para abordar los aspectos que hacen referencia a la CVRS, partiendo de la promoción de las medidas sanitarias que eviten la reaparición de las úlceras.

Esa intervención hacia el fortalecimiento de la CVRS se refiere a que atendamos aquellas molestias relacionadas con la herida y que la literatura científica ha venido publicando cada día, referentes al bienestar general y a la satisfacción de la persona con su propia condición de salud, a la limitación del daño, a la minimización de secuelas y a la pronta rehabilitación e inserción social; sin perder de vista la racionalización del gasto que se ve alterado por las enfermedades crónicas (EC) y, por consiguiente, por las HC.

El buen manejo local de la herida, es decir, la utilización de los productos adecuados según su estado y estado, disminuirán el mal olor, la secreción y, en ocasiones, el dolor que con óptima gestión es posible que conduzca a la pronta cicatrización de la herida. Al tiempo, es importante establecer que el manejo del dolor sólo se logra si mantenemos unos niveles terapéuticos del analgésico prescrito según los protocolos de la CONUEI,

EWMA y otros (16-19) y no como en algunos casos se ha descrito “a necesidad o según dolor” (20). Por tanto, es mandatario proveer de las medidas eficaces para disminuir el dolor, con intervenciones convencionales (medicamentos analgésicos) o alternativas (relajación, ejercicios, acupuntura u otros, etc.) (21) que garanticen la CVRS.

Úlceras por presión

Han sido definidas, según la reciente guía internacional de la EPUAP-NPUAP, como: “Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado” (22).

Normalmente, las UPP se asocian como un problema de salud que acompaña al envejecimiento y a las dolencias que requieren tiempos prolongados de inmovilidad y se han banalizado y asumido como algo natural cuando en realidad no lo son, ya que son prevenibles en el 95% de los casos. Así pues, no tratar estas lesiones y a las personas que las sufren como se merecen genera sufrimiento callado, con secuelas dolorosas, alteraciones el estado de ánimo, sin mencionar el gran impacto familiar, social, laboral, económico y legal.

A través de los estudios nacionales de prevalencia de las UPP en España, realizados por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en UPP (GNEAUPP) en 2006, se conoce que las UPP son las heridas crónicas que se presentan con mayor frecuencia en todos los niveles asistenciales y afectan al 84,7% de personas mayores de 65 años (23), de las cuales el 60,6% es mujer (15). En coste suponen, aproximadamente, el 5,2% del gasto sanitario total en España (23, 24).

La estimación de la prevalencia media de UPP está entre 8,25% y 8,34% en atención domiciliaria, 8,81% en los hospitales y 7,60% en

centros de salud (15). Sin embargo, es conocido que el 95% de estas úlceras bien podría haberse evitado (25). Por lo anterior, y con justa razón, las UPP han sido definidas como una “epidemia bajo las sábanas” por Pam Hibbs, citada por Soldevilla (24).

Úlceras de miembros inferiores o úlceras de pierna

En el caso de las UP, la denominación, comúnmente utilizada, de origen vascular no es correcta por cuanto existen diferentes etiologías y su causa no se limita exclusivamente a la alteración del sistema vascular.

La denominación correcta sería *úlceras*, que incluyen en su definición “la cronicidad” y se entiende como “lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología puede referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado” (16).

La estimación de la prevalencia de las UP en pacientes mayores de 14 años es del 0,16% (0,09% en las úlceras venosas, el 0,06% en las úlceras mixtas, 0,013% de las úlceras arteriales y el 0,53% de las úlceras del pie diabético). Según este mismo estudio, las heridas de origen venoso y arterial tienen un predominio, principalmente femenino, en personas mayores de 75 años. En cuanto al pie diabético, el 58,9% de las úlceras se presenta en hombres y el 41,1% restante en mujeres, en edades mayores a los 70 años (15).

Respecto al impacto económico, la UP de todas las etiologías implica costes directos e indirectos y supone entre el 1,5% y el 3% del presupuesto total de los sistemas nacionales de salud en Europa. La estancia media hospitalaria es de 44-49 días para todas las etiologías (24).

Así pues y como ya se planteó, las HC son, en ocasiones, inciertas en su curso, lo que las hace complejas en el manejo por parte de los profesionales sanitarios, y en desafortunadas desde las expectativas y vivencias de quienes las padecen, muchos de los cuales manifiestan con frecuencia desesperanza y desconsuelo (27). Es por ello que conocer la percepción del efecto de la

enfermedad, de la intervención o del tratamiento sobre la vida de las personas, es decir, medir su CVRS, se hace importante para direccionar con certeza el abordaje más idóneo a seguir. Y la mejor manera de hacerlo es pedirle al paciente que nos cuente cómo se siente o cuál es su experiencia a través de un cuestionario estructurado para tal fin, diseñado para conocer cómo perciben su CVRS.

MEDICIÓN DE LA CVRS Medidas de calidad de vida (cualitativas y cuantitativas)

Para la evaluación de la CVRS se han planteado dos enfoques fundamentales: uno que podríamos considerar más “objetivo” y otro “subjetivo”.

La perspectiva objetiva se centra más en medidas de CVRS asociadas a los aspectos físicos, que para muchos autores tienen la ventaja de ser elementos medibles y objetivables por terceros. La perspectiva subjetiva tiene más que ver con los sentimientos y las percepciones del paciente, relacionados con su salud. Dichos elementos son igualmente importantes, incluso más en algún aspecto, pero su medida y cuantificación es también más difícil (9).

De hecho, algunos aspectos importantes en lo que concierne a la CVRS son inherentemente subjetivos. En realidad, la distinción entre ambos grupos de medidas no es categórica, ya que muchos aspectos físicos influyen nuestra percepción subjetiva y viceversa. Además, el estado de ánimo, el humor, la personalidad y los niveles previos de funcionamiento influyen decisivamente tanto en uno como en otro aspecto. Aunque por mucho tiempo el modelo biomédico ha excluido este hecho y es evidente que son estos aspectos los que cobran importancia a la hora de evaluar la CVRS (1).

En atención a la complejidad del tema, y con el ánimo de llegar a acuerdos, se necesitó establecer puntos de consenso para la medición de CVRS (8), los cuales deben estar contenidos en las herramientas a utilizar (1):

a.) Subjetiva: a partir de la percepción de la persona involucrada.

b) Multidimensionales: que incluya diversos aspectos de la vida del individuo en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.

c) Que considere sentimientos positivos y negativos.

d) Enmarcando el ciclo vital y el momento de la enfermedad.

Es claro, entonces, que la CVRS –al ser tan amplia y multidimensional– requiere para su medición descomponerla en partes más sencillas, identificadas como aspectos o dominios y así lograr evaluarla en su real dimensión. Dichos componentes, considerados esenciales, se deben reflejar en los instrumentos de medición y se relacionan con la satisfacción con la vida, la autoestima, la salud y su funcionamiento, su posición socioeconómica, el bienestar físico, psicológico, actividades, libertad y realización de ambiciones, estado físico, estado emocional, interacción social y sensación somática, salud-funcionamiento, socioeconómico, psicológico-espiritual y familiar (9).

En España, un estudio de 2005 (29) informa que:

- La CVRS se asocia con las EC y difiere según cuáles sean éstas: enfermedades como la diabetes, la enfermedad crónica del corazón, el asma, la úlcera de estómago y la depresión están asociadas a una CVRS inferior que enfermedades como la hipertensión, la hipercolesterolemia y las alergias.

- Las dolencias, limitaciones y enfermedades en los últimos 12 meses disminuyen más la CVRS que las EC, probablemente porque en ese período de tiempo las personas todavía no se han adaptado a sus expectativas.

- La CVRS disminuye a medida que aumenta la edad, hecho presumiblemente relacionado con la mayor prevalencia de enfermedades en las edades más avanzadas.

- La CVRS aumenta a medida que aumenta el nivel de estudios, tal vez por el mayor uso de servicios sanitarios preventivos y de los excluidos de la cobertura sanitaria pública que realiza la población con mayor nivel socioeconómico, aunque más probablemente se deba al impacto de sus mejores condiciones de vida generales.

- Para una misma enfermedad, y ajustando por edad, sexo y nivel de estudios, la CVRS en el año 2001 es mayor que en los años 1987 y 1993, aspecto que sugiere la contribución positiva de los servicios sanitarios y la influencia de las mejoras en las condiciones de vida y sociales en la CVRS de la población, y que vendría reforzado por el aumento, en los años estudiados, del porcentaje de población que declara tener un estado de salud bueno o muy bueno. No obstante, también es posible que este cambio se deba a un incremento en el diagnóstico de EC y la consiguiente incorporación de pacientes más leves en las cohortes más recientes.

La CVRS y su relación con las HC se puso de manifiesto en el Congreso del GNEAUPP y *European Wound Management Association* (EWMA) celebrado en 2002 en Granada, España (29), abordándolo como tema central, momento a partir del cual ha ido en aumento la motivación y las investigaciones del tema, las que sin duda han contribuido y contribuyen a la construcción del conocimiento y a mejorar el entorno actual de la atención sanitaria, a un mayor control por el gasto, a la búsqueda de la efectividad en el cuidado, a una mayor seguridad de las prácticas sanitarias y a la existencia de un abordaje multidisciplinar del cuidado como garante de una óptica integral de la persona objeto del cuidado, todo ello teniendo como referente central la propia percepción del individuo (30).

Instrumentos de Medición de CVRS que se han utilizado en HC

Guyatt y Cols., citados por Ramírez (9), proponen una clasificación en cuanto a categorías de instrumentos para evaluar la CVRS, dividiéndolos en genéricos y específicos (30). En las Tablas 1-3 se presentan los instrumentos que con mayor frecuencia se utilizan en la medición de CVRS y se relacionan con las HC.

Instrumentos genéricos

Son herramientas de medición de CVRS útiles para comparar diferen-


Tabla 1. Instrumentos genéricos de medición de CVRS relacionados con HC: UP y UPP

Autor/año	Instrumento	Evalúa
Kellner, 1973	Symptom Rating Test (SRT)	Ansiedad, depresión, síntomas somáticos, hostilidad
Gilson Bergener, 1976 EE.UU.	Sickness Impact Profile (SIP-68)	Mide disfunción física y social
Hunt, 1980 Reino Unido	Nottingham Health Profile (NHP)	Síntomas emocionales, aislamiento social, energía
Holbrook, 1983 EE.UU.	Frenchay Activities Index (FAI)	Funciones sociales e instrumentales de la vida diaria
Melzack, 1987 EE.UU.	McGill Short form Pain Questionnaire (SF-MPQ)	Dolor
EuroQol, 1990	EuroQol (EQ5)	243 estados de salud excluyentes. Opciones: sin problemas, moderados y leves.
Ware, 1992	Short-Form-36 (SF-36) Versiones simplificadas: SF-12, SF-8	Capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de salud, aspectos sociales, emocionales y de salud mental

Tabla 2. Instrumentos específicos de medición de CVRS relacionados con HC: UP y UPP

Autor/año	Instrumento	Tema
Hyland, 1994 Reino Unido	Hyland Ulcer Specific Toll	Úlceras de pierna
Price, 2000 Reino Unido	Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS)	Heridas crónicas
Smith, 2000 Reino Unido	Charing Cross Venous Leg Ulcer (CCVUQ)	Úlcera venosa de pierna
Bann C, 2003 EE.UU.	Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form (DFS-SF)	Pie diabético
Vileikyte L, 2003 Reino Unido/EE.UU.	The Neuropaty –and foot ulcer– Specific Quality of Life Instrument (NeuroQol)	Pie diabético
Hareendran, 2007-2008 Reino Unido	VLU-Qol (Skindex-29)	Úlcera venosa de pierna
Palfreyman, 2008 Reino Unido	Sheffield Preference –based Venous Ulcer– 5D (SPVU-5D)	Úlcera venosa de pierna

Tabla 3. Instrumentos específicos de medición de CVRS relacionados con enfermedad venosa y de piel

Autor/año	Instrumento específico	Tema
Garratt, 1993	CVVQ	Varices
Launois, 1996 Francia	Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CVIQ)	Insuficiencia venosa de miembros inferiores. Validado en 18 países, dentro de ellos España, y en 11 idiomas
Lamping, 1998	Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study	Enfermedad venosa. Inglés, francés, italiano y francés canadiense
Mathias, 1999	H-QL-DVT	Trombosis venosa periférica
Enfermedad de la piel		
Agustin, 1997 Alemania	Freiburge Lebensqualitics Assessment Questionnaire (FLQA)	Enfermedades de la piel. Alemán. Sin validar en ningún otro idioma
Mary-Margaret Chren, 1996 EE.UU.	Dermatology Quality of Life Scales, and Dermatology-Specific Quality of Life (Skindex: Skindex-29, -16 and -17)	Enfermedades de la piel. EE.UU.

tes poblaciones y padecimientos pero que tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es sólo descriptiva. De igual forma, permiten la aplicación a una amplia variedad de poblaciones ya que evalúan aspectos relativos en función, disfunción y discomfort físico y emocional. Para su utilización, es importante, conocer si el instrumento ha sido validado y si es fiable en el contexto a evaluar (Tabla 1).

En general, los instrumentos genéricos se dividen en subescalas denominadas “dominios”, poseen un sistema de valoración de puntos que, sumados, generan una nota final o un índice. Los instrumentos más conocidos y comúnmente utilizados en estudios clínicos son: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Nottingham Health Profile* (NHP), *Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36). SF-36 y NHP son los dos cuestionarios que más se utilizan. A pesar de ser largos, sus preguntas son cortas y de fácil comprensión, lo que facilita su aplicación (1, 2, 9, 11, 29, 31). A continuación de presenta un breve resumen de los instrumentos genéricos:

- **SIP:** se centra en la percepción de la enfermedad que se padece (31) y fue uno de los primeros cuestionarios genéricos aplicados en ensayos clínicos. Se desarrolló en 1976 en EE.UU. y su intención inicial fue aplicarse a diferentes tipos de personas con alguna disfunción, no para población en general.

Consiste en 136 ítems divididos en dos partes: función física (que engloba limitaciones de morbilidad, cuidados personales y de movimiento) y función psicosocial (comprende interacción social, comunicación y comportamiento emocional) (31).

- **NHP:** es un instrumento genérico que mide el sufrimiento, se desarrolló al final de la década de los setenta del siglo pasado en Reino Unido y ha sido muy difundido en Europa.

Es auto administrable y contiene 38 ítems que evalúan el estado de salud subjetivo en seis áreas: física, dolor, sueño, reacciones emocionales, aislamiento social y energía. Se evalúa del 0 al 100, siendo la mayor puntuación

equivalente a la peor percepción del estado de salud (11, 31).

- **SF-36:** es un cuestionario originalmente diseñado a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el *Medical Outcomes Study* (Estudio de los Resultados Médicos, MOS). Está diseñado para ser aplicable a población en general, así como a personas con alguna enfermedad (9, 31).

Consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dominios: capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de salud, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental (9, 30). Se valora de 0 a 100, donde 0 corresponde a un peor estado de salud y 100 a la salud perfecta. Su primera versión fue desarrollada en EE.UU. en 1992 y la segunda se creó cuatro años más tarde, en 1996, con el objetivo de mejorar las características métricas de dos dimensiones de rol del cuestionario. Está validado en España y cuenta, además, con resultados de población sana de ambos países, que permiten tener grupo de control para diferentes estudios (2, 30).

También se dispone de una versión breve o simplificada del SF-36, cuyos ítems hacen referencia sólo a la última semana; ésta se conoce como SF-12 y SF-8. La versión estándar se refiere a las cuatro últimas semanas. La principal ventaja del SF-36 es su amplia aplicación en varias enfermedades y una amplia validación en varias poblaciones del mundo (11).

- **EuroQol (EQ-5D):** es una medida genérica del estado de salud, donde ésta se caracteriza en cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, la capacidad para llevar a cabo actividades habituales, el dolor, la ansiedad-depresión. Las personas describen su salud en cada dimensión utilizando uno de los tres niveles: sin problemas, moderados y graves. Las respuestas localizan a la persona en uno de los 243 posibles estados de salud y que se excluyen mutuamente (11, 12, 30).

- **Short Form McGill (SF-MPQ):** es una medida genérica, utilizada para evaluar el dolor, en personas con HC (12).

- **Actividades Frenchay Índice (FAI):** medida genérica utilizada

para evaluar CVRS en personas con HC en miembros inferiores de etiología venosa, considerando funciones sociales y actividades de la vida diaria (12).

- **Prueba de Evaluación de Síntomas (SRT):** medida de evaluación de CVRS, enfocada en el estado mental de las personas con HC específicamente: depresión y ansiedad (12).

Instrumentos específicos

Son instrumentos que centran sus valoraciones en aspectos determinados para cierta área de interés. Así:

- Para una enfermedad (úlceras, insuficiencia venosa, cáncer, SIDA, asma, cardiopatías, diabetes, etc.).

- Para función (actividad física, función sexual, sueño).

- Para cierta población (personas mayores, adolescentes e infantes). Esta especificidad posibilita una sensibilidad grande en la detección de los matices no contemplados en los instrumentos genéricos.

Los instrumentos específicos más recientes son medidas que se han elaborado sobre la base de la opinión de los expertos clínicos médicos y enfermeras, de los propios pacientes y que, además, incorporan aspectos positivos, ya validados de otros cuestionarios anteriores.

Los estudios han demostrado que los pacientes con HC difieren de la población en general sobre la percepción de su salud (11, 30).

En el caso de la medición de CVRS en HC, específicamente UP y UPP, el instrumento debe considerar los aspectos clave de la enfermedad relativos a sus molestias y sintomatología propia, que hacen referencia a la cronicidad, a la limitación de la movilidad, al dolor, a la pérdida o aumento de la sensibilidad, a la apariencia física, a los aspectos emocionales y sociales.

En la literatura no se encuentran instrumentos específicos para evaluar la CVRS en personas con UPP, pero se cuenta con una importante variedad de instrumentos específicos para medición de CVRS en personas con HC, especialmente en personas con UP, con pruebas psicométricas óptimas en cuanto a validez y fiabilidad



que bien pudieran ser utilizados para tal fin. A continuación se presentan los instrumentos de uso más frecuente.

Instrumentos específico para medición de CVRS en personas con HC

- **Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS)** (32): instrumento específico para medición de CVRS en personas con HC. Consta de 28 preguntas relativas a los datos personales y CVRS, además de las dimensiones respecto a los síntomas físicos y de vida diaria, vida social y bienestar. Con pruebas psicométricas positivas que confirman su validez y fiabilidad. Además, ha sido traducido y validado en Portugal (33), Alemania, Francia y al inglés de EE.UU. (34).

Instrumentos de CVRS específicos para úlceras de etiología venosa

- **Hyland** (35): instrumento específico de medición de CVRS en personas con UP de origen venoso, consta de 34 preguntas en tres secciones que incluyen:

- En la primera: aspectos de salud que requieren hospitalización o cuidados especiales en casa a causa úlcera de la pierna y describen el progreso actual de su úlcera en una escala visual.

- La segunda sección comprende cuatro temas: dolor de la UP, la incomodidad, aspectos relativos al sueño y la UP, el tiempo dedicado a pensar en la úlcera y el tiempo invertido en el cuidado de la úlcera.

- La tercera sección comprende una lista de 29 temas relativos a la CVRS: limitación funcional, el estado de ánimo y el tratamiento asociados con la presencia de una UP.

La validación del Hyland como instrumento específico para personas con UP, ajustado en la tercera sección, ha sido confirmado con una muestra de 387 personas (36).

- **Charing Cross Venous Leg Ulcer Questionnaire (CCVUQ)** (37): instrumento específico para medición de CVRS en personas con úlceras venosas. Consta de 20 preguntas en cuatro dimensiones: la interacción social, actividades domésticas, aparien-

cia física y estado emocional. Las puntuaciones más bajas indican una mejor CVRS. Con pruebas psicométricas positivas para validez y fiabilidad. Además, ha sido traducido y validado en China con excelentes resultados psicométricos (38). Varios autores lo califican como la mejor elección para la evaluación de la CVRS en pacientes con UP, ya que cubre todos los aspectos de la CV y tiene una buena validez y coherencia interna (11, 12).

Nuevas propuestas para medición de CVRS en personas con UV

- **Sheffield Preference-based Venous Ulcer-5D (SPVU-5D)** (39): instrumento específico de medición de CVRS en personas con UV en miembros inferiores. Con 16 preguntas que incluyen aspectos físicos, psicológicos y sociales, considerados a partir de revisión literaria, entrevistas semiestructuradas a pacientes, grupos focales y revisión de expertos. El instrumento contempla, además, preguntas sobre aspectos clínicos, de laboratorio, sobre la satisfacción de la vida y demográficos de la persona.

Ha demostrado diferencias en la CVRS entre los que tienen UV y los que no. También ha explorado síntomas, incluso identifica cómo una úlcera anterior puede tener efecto negativo sobre la CV. Las pruebas psicométricas lo muestran como de altamente fiable para la medición de CVRS en pacientes con UV de miembros inferiores. Actualmente, continúa su proceso de validación e investigación.

- **VLU-QoL** (40): a partir del Skundex-29 se diseña una nueva propuesta compuesta por 34 preguntas y tres dominios: limitaciones de las actividades, aspectos psicológicos y otros los síntomas.

La fiabilidad y consistencia interna de cada uno de los tres dominios es alta. La validez discriminante del instrumento se evaluó en términos de su capacidad para diferenciar la situación clínica de los pacientes. Los pacientes que informaron de dolor, exudado, edema y olor en la úlcera mostraron puntuaciones significativamente menores en el VLU-QoL, in-

dicando con ello el deterioro de su CVRS. El aumento de los niveles de dolor y la gravedad de los síntomas fueron estadísticamente significativos con la disminución de la puntuación del VLU-QoL. El mayor diámetro de la úlcera se asoció significativamente con la disminución de CVRS. Actualmente, continúa en investigación.

Instrumentos específico para medición de CVRS en personas con pie diabético

- **The Neuropathy –and Foot Ulcer– Specific Quality of Life Instrument (NeuroQoL)** (41): el instrumento consta de 43 preguntas que permiten evaluar síntomas relacionados con neuropatía diabética periférica y con el funcionamiento psicosocial en varios ámbitos: sensación dolorosa, sensación motora, limitación de actividades cotidianas, problemas interpersonales y de dependencia, carga emocional, uso de medicamentos, alteración del sueño. Por último, incluye un aspecto cualitativo: “Mi calidad de vida en general es (excelente, muy buena, buena, regular, mala)”. Esta respuesta con este formato lo hace único y lo diferencia de todos los demás.

- **Ulcer Scale-Short Form (DFS-SF)** (42): consta de 29 ítems. La escala proporciona la medición del impacto de las úlceras del pie diabético en la CVRS. La pruebas psicométricas muestran buena consistencia interna, con óptimos valores de fiabilidad y validez de constructo. También ha demostrado sensibilidad a la curación de la úlcera.

Instrumentos de medición de CVRS específicos para enfermedades venosas y enfermedades de piel que pueden llevar a HC

- **Freiburger. Cuestionario de Calidad de Vida en las Enfermedades Venosas (FLQA)** (43): instrumento específico para medición de CVRS en personas con insuficiencia venosa crónica (IVC), creado en Alemania. Consta de 83 ítems con pruebas psicométricas que revelan una alta consistencia interna (> 0,70) en todas las subescalas, siendo así una escala fiable y válida (11).

• **VEINES-CDV (44)**: es un instrumento de 26 ítems, diseñado para el uso en pacientes con trastornos vasculares de miembros inferiores, desarrollado y validado en cuatro idiomas (inglés, francés, italiano y francés canadiense) con resultados positivos, que confirman fiabilidad y validez en cada versión (11, 12).

• **CIVIQ (45)**: es el primer cuestionario internacional de medición CVRS específico para personas con insuficiencia venosa crónica. Es un instrumento de 20 ítems y de 4 dimensiones: psicológica, dolor, física y social. Fue desarrollado en francés en 1996 y traducido seguidamente al inglés. En 2001 se tradujo a 11 idiomas y se ha validado en 18 países mediante un estudio multicéntrico internacional con un total de 4.048 pacientes adultos. La evaluación psicométrica demostró que el CIVIQ es una escala sensible, válida, confiable y estable. Esta validada al Español.

CONTRIBUCIÓN DE LA MEDICIÓN DE CVRS EN HC A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Indudablemente el aporte de la medición de la CVRS es de suma im-

portancia, en virtud de los elementos que proporciona desde la óptica de los pacientes (8) para:

1. La toma de decisiones en el sector de la salud, al considerar los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la CVRS y la satisfacción del paciente, las necesidades prioritarias manifestadas por ellos mismos, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costes sanitarios en general.

2. Realizar estudios económicos de una determinada intervención sanitaria (relación coste-beneficio).

3. Analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que se refiere a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido), así como a la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación terapeuta-paciente (valoración de la calidad asistencial prestada).

4. Valorar los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir, el proceso de adaptación a la EC para reconocer los

mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encargar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

5. Mejora del conocimiento de la enfermedad a través de la percepción que el paciente tiene de la misma y valoración de la eficacia de una determinada intervención.

TENDENCIAS Y CONCLUSIONES

Es positivo contar con la motivación por parte de los profesionales de la salud hacia el estudio e investigación de la CVRS en personas con HC. De la misma forma, es importante considerar que se dispone de instrumentos que, por sus óptimos resultados psicométricos, se constituyen en herramientas seguras e idóneas para su utilización.

Este hecho, seguramente, nos llevará a contribuir en la mejora del cuidado de la salud, ya que al identificar tempranamente las necesidades y requerimientos prioritarios de los usuarios, es más viable establecer planes que optimicen la gestión del cuidado y minimicen los sentimientos de desesperanzas y vulnerabilidad evidenciados en las personas con HC y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm* 2003; 9 (2): 9-21.
2. Martín-Paredero V, Arrébola-López M, Berga-Fauria C, Pañella-Agustí F, Gómez-Moya B. Impacto en la calidad de vida. *Angiología* 2003; 55 (1): 250-9.
3. Palfreyman S, Jonathan M, Brazier J. Development of a tool to examine the effect of venous ulcers on patients quality of life. *Nurs Stand* 2007; 21 (45): 57-69.
4. González Consuegra R. Creencias y calidad de vida. Bogotá: Unibiblos, 2007. pp. 23.
5. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca. Salamanca, 1995. pp. 35.
6. WHO. Basic Documents. WHO, Geneve:1, 1976.
7. WHO. Uses of Epidemiology in ageing, report of scientific group, 1983. Technical report series. WHO, geneve: 706, 1984.
8. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41 (10): 1403-9.
9. Ramírez R. Quality of life as a measure correlated to health outcomes: systematic revision of literature. *Rev Col Cardiol* 2007; 14 (4): 207-22.
10. Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press, 1993: 1-6.
11. Van-Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovill E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. *Thromb-Haemost* 2003; 90 (1): 27-35.
12. Anand SC, Dean C, Nettleton R, Praburaj DV. Health-Related Quality Of Life Tools For Venous-Ulcerated Patients. *Br J Nurs* 2003; 12 (1): 48-59.
13. Wilson AB. Quality of life and leg ulceration from the patient's perspective. *Br J Nurs* 2004; 13 (11): 17-20.
14. Hagberg. Does leg ulcer treatment improve patients' quality of life? (citado por Charles H). *J Wound Care* 2004; 13 (6): 209-13.
15. Soldevilla J, Torra JE, Verdú J, Rueda J, Martínez F, Roche. Epidemiology of Chronic Wounds in Spain: Results of the First National Studies on Pressure and Leg Ulcer Prevalence. 2006; *Wounds* 2006; (18): 213-26.
16. Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la Extremidad Inferior CONUEI 2009. EdiKaMed, S.L. España, 2009.
17. EWMA. European Wound Management Association. Position document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002. Consultado en: junio 2009. Disponible en: www.ewma.org.
18. WUWHS. World Union of Wound Healing Societies Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004. Consultado en: junio 2009. Disponible en: www.wuwhs.org.
19. Reddy M, Kohr R, Queen D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (Suppl 4A): 2-15.
20. Nemeth KA, Harrison MB, Graham ID, Burke S. Understanding venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. *Ostomy/Wound Management* 2004; 50 (1):34-46.



21. Vas J, Modesto M, Méndez C, Perea-Milla E, Aguilar I, Carrasco-Lozano J, Faus V, Martos F. Effectiveness of acupuncture, special dressings and simple, low-adherence dressings for healing venous leg ulcers in primary healthcare: study protocol for a cluster-randomized open-labeled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2008; 8: 29. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6882/8/29.
22. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.
23. Torra JE, Soldevilla J *et al*. Primer Estudio Nacional de Úlceras de pierna en España. Estudio GNEAUPPUIFC-Smith&Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético*. *Gerokomos* 2004; 15 (4): 230-47.
24. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou JE, Posnett J *et al*. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos* 2007; 18 (4): 201-10.
25. Soldevilla J, Navarro S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos* 2006; 17 (4): 203-24.
26. Brown A. Chronic leg ulcers, part 2: Do they affect a patient's social life? *Br J Nur* 2005; 18: 986-9.
27. Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA, Scanlon E, Cullum NA. Quality of life of people with venous leg ulcers: A comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Qual Life Res* 2005; 14: 1705-18.
28. García-Altés Anna, Pinilla Jaime, Peiró Salvador. Aproximación a los pesos de calidad de Vida de los años de vida ajustados por calidad mediante el estado de salud, 2005. Colección de Papeles de Trabajo. Consulta en: abril 2009. Disponible en: www.minhac.es/ief/principal.htm.
29. The EWMA Journal 2002; 2 (1) 1. Consultado en: abril 2009. Disponible en: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/EWMA_JournalVol2No1.pdf.
30. Lozano F. Calidad de vida relacionada con la cirugía vascular. *Angiología* 2008; 60: 377-94.
31. Badia X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de La salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona, 1996.
32. Price P, Harding K. Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J* 2004; (1) 1: 10-3.
33. Acquadro C, Price P, Wollina U. Linguistic validation of the Cardiff Wound Impact Schedule into French, German and US English. *J Wound Care* 2005; 14 (1): 14-7.
34. Ferreira P, Miguéns C, Gouveia J, Furtado K. Medicao da qualidade de vida de docentes como feridas crónicas: a Escala de cicatrizaçao da úlcera de Pressão e o Esquema Cardiff de Impacto da Ferida. *Nursing* 2007; (S): 32-41.
35. Hyland ME, Ley A, Thomson B. Quality of life of leg ulcer patients: questionnaire and preliminary findings. *J Wound Care* 1994; 3: 294-8.
36. Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA, Scanlon E, Cullum NA. Quality of life of people with venous leg ulcers: A comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Qual Life Res* 2005; 14: 1705-18.
37. Smith JJ, Guest MG, Greenhalgh RM, Chir M, Davies AH. Measuring the quality of life in patients with venous ulcers *J Vasc Surg* 2000; 31: 642-9.
38. Wong I, Lee D, Thompson DR. Translation and validation of the Chinese version of the Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire *J Clin Nurs* 2005; 15: 356-7.
39. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nurs Times* 2008; 104 (41): 34-37.
40. Hareendran A, Doll H, Wild DJ, Moffatt CJ, Musgrove E, Wheatley C, Franks PJ. The venous leg ulcer quality of life (VLU-QoL) questionnaire: development and psychometric validation. *Wound Repair Regen* 2007; 15: 465-73.
41. Vileikyte L, Peyrot M, Bundy Ch, Rubin RR, Leventhal H, Mora P, Shaw JE, Baker P, Boulton JMA. The Development and Validation of a Neuropathy- and Foot Ulcer-Specific Quality of Life Instrument. *Diabetes Care* 2003; 26: 2549-55.
42. Bann CM, Fehnel SE, Gagnon DD. Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form (DFS-SF). *Pharmacoeconomics* 2003; 21: 1277-90.
43. Augustin M, Dieterle W, Zschocke I, Brill C *et al*. Development and validation of a disease-specific questionnaire on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *Vasa* 1997; 26 (4): 291-301.
44. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual Life Res* 1996; 5: 539-54.
45. Lamping D, Schroter S, Kurz X, Kahn R, Abenheim L. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of the leg: Development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life *J Vasc Surg* 2003; 37: 410-9.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Las NORMAS DE PUBLICACIÓN para todos los interesados en el envío de artículos a la revista *Gerokomos* pueden encontrarse en las páginas web de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica <http://www.seegg.org>, del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (<http://www.gneaupp.org>) o de la propia revista (<http://www.drugfarma.com/SPA/gerokomos>)

EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



PORQUE LA ORGANIZACIÓN DE UN CONGRESO ES UN
CONJUNTO DE ACTIVIDADES PARA EL QUE
SE PRECISAN EXPERTOS EN ÁREAS COMPLEMENTARIAS
DE CARA A CONSEGUIR EL ÉXITO GLOBAL.

EL GRUPO DRUG FARMA OFRECE UN PLUS ADICIONAL RESPECTO
A LOS ORGANIZADORES CONVENCIONALES DE CONGRESOS,
APOYANDO LA ACTIVIDAD DESDE SUS ÁREAS DE DISEÑO,
EDICIÓN, DISEÑO WEB Y MULTIMEDIA, Y COMUNICACIÓN,
OFRECIENDO UN SERVICIO
INTEGRAL Y DIFERENCIADO.

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º. 28041 Madrid. Tel.: 91 792 13 65 - Fax: 91 500 20 75
Contacto: Lourdes Panizo • dfc@spaeditores.com

Servicio de alquiler INTEGRAL de Superficies bajo demanda Rentaid



La solución, externalizar un servicio que ayuda en la gestión de las superficies, rentabilización de recursos y control de infecciones a los centros asistenciales.



- ArjoHuntleigh, con gran experiencia en la gestión de las UPP y 4 centros de investigación en todo el mundo, presenta en España el servicio de alquiler de superficies RENTAID, del que fue pionero en Europa desde hace más de 20 años.
- El éxito de su propuesta se basa en una externalización de aquellos procesos que son de difícil gestión y de alto coste para los centros hospitalarios, tales como la desinfección, puesta a punto y almacenamiento de superficies.
- El servicio Rentaid ArjoHuntleigh, está auditado y acreditado por BS EN ISO 9001:2000 y cumple con todos los protocolos aprobados por la UE, Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, Infection Prevention Societ. El sistema de software permite una fácil aplicación que se adapta a los programas de gestión y compras de cada centro y permite una comunicación interactiva entre los profesionales, compras, dirección y ArjoHuntleigh, ofreciendo servicios de 24h /48h (dependiendo de las condiciones contractuales), actualización continua de cifra de costes y trazabilidad de los equipos.

Para más información:

T: 902 430702

E: "rentaid@ArjoHuntleigh.com / www.servicio-rentaid.com

ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP



Un Gran Paso en el Equilibrio

Trate simultáneamente la humedad y las bacterias con los apósitos de espuma antimicrobianos AMD de Kendall™, que contienen PHMB

Contiene
PHMB
al 0,5%



PRESENTACIÓN DE LOS NUEVOS APÓSITOS DE ESPUMA ANTIMICROBIANOS AMD DE KENDALL QUE CONTIENEN PHMB

Los apósitos de espuma antimicrobianos AMD de Kendall han sido diseñados con el fin de ayudarle a preparar el entorno de la herida para su curación equilibrando la humedad y las bacterias. Esto se ha logrado gracias a un diseño de espuma de poliuretano de celda abierta que va impregnado con polihexametileno biguanida (PHMB) al 0.5%:

- Eficaces contra bacterias grampositivas, bacterias gramnegativas, hongos y levaduras
- Ofrece un entorno equilibrado hasta 7 días
- No se conocen casos de rechazo

Para solicitar una muestra gratuita del producto, visite: www.kendallamdf foam.com

Covidien, Covidien con el logotipo, el logotipo de Covidien y "positive results for life" son marcas comerciales registradas en EE.UU. o internacionalmente de Covidien AG. Otras marcas que llevan ™ son marcas comerciales de una empresa de Covidien. © 2010 Covidien AG. Todos los derechos reservados. TY0721



COVIDIEN

positive results for life™

COVIDIEN SPAIN, S.L.
FRUCTUÓS GELABERT, 6, 8 PLANTA
08970-SANT JOAN DESPI,
BARCELONA

TEL: +34 91 275 48 54
FAX: +34 91 275 48 55

WWW.COVIDIEN.COM