

Aida Domínguez Blanco
Mercedes Nieto Carbajo

Conocimiento enfermero y uso de planes de cuidados en la persona con úlcera venosa en Atención Primaria

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. M. Alba Roca Biosca

ENFERMERÍA



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultad de Enfermería

TARRAGONA, 2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nos gustaría empezar dando las gracias a nuestra tutora, la Dra. Alba Roca Biosca, por guiarnos en este proyecto y por su implicación y cercanía durante estos meses de trabajo. Gracias Alba por tu ayuda y por tu profesionalidad.

En segundo lugar, agradecer el altruismo de algunos de los profesionales que nos ayudaron a conseguir nuestros objetivos. A la Dra. Lourdes Rubio Rico, al Dr. Francesc Valls Fonayet y en especial a Núria Martín Vergara, como componente del Grup d'Infermeres Clíniques Territorials del programa ARES-AP; y por último, a todas las enfermeras de Atención Primaria del Camp de Tarragona que aportaron su granito de arena.

Finalmente, dar las gracias a nuestras familias, por su apoyo incondicional, no sólo durante la realización de este trabajo, sino desde que empezamos nuestro camino como futuras enfermeras.

«Para encontrarlo tienes que mirar más allá de lo que ves»

Rafiki (El Rey León, 1994)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN	8
2. ABSTRACT	9
3. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	10
3.1. <i>Aproximación histórica al cuidado de las úlceras venosas</i>	10
3.2. <i>Epidemiología de las úlceras venosas</i>	12
3.3. <i>Costes económicos derivados del cuidado de la úlcera venosa</i>	12
3.4. <i>Cuidado holístico de la persona con úlcera venosa</i>	13
3.5. <i>Variabilidad en el cuidado integral de la persona con úlcera venosa</i>	14
3.6. <i>Justificación de la importancia y relevancia del tema a investigar</i>	15
3.7. <i>Pregunta de investigación</i>	16
4. OBJETIVOS	17
4.1. <i>Principales</i>	17
4.2. <i>Específicos</i>	17
5. MARCO TEÓRICO	17
5.1. <i>El cuidado transpersonal de Jean Watson</i>	17
5.2. <i>Generalidades de la úlcera venosa</i>	20
5.3. <i>Fisiopatología de la úlcera venosa</i>	21
5.1. <i>Clasificación de la insuficiencia venosa crónica</i>	23
5.1. <i>Diagnóstico de la úlcera venosa</i>	25
5.1. <i>Tratamiento de la úlcera venosa</i>	26
5.1. <i>Prevención de la úlcera venosa</i>	34
5.2. <i>Cuidado integral de la persona con úlcera venosa</i>	34
5.3. <i>Conocimiento de enfermería sobre el manejo de la persona con úlcera venosa</i>	37
6. METODOLOGÍA	38
6.1. <i>Diseño del estudio</i>	38
6.2. <i>Ámbito de estudio</i>	38
6.3. <i>Periodo de estudio</i>	39

6.4. Población y muestra	39
6.5. Criterio de selección	39
6.6. Instrumento de recogida de datos	40
6.7. Criterios de evaluación utilizados	42
6.8. Prueba piloto	42
6.9. Proceso de recogida de datos	42
6.10. Variables de estudio	43
6.11. Análisis estadístico y tratamiento de los datos	44
7. RESULTADOS	45
8. DISCUSIÓN	50
9. CONCLUSIONES	53
10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	54
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	55
12. BIBLIOGRAFÍA	56
13. ANEXOS	71
13.1. Anexo 1. Diseño pregunta de investigación con metodología PICO	71
13.2. Anexo 2. Cronograma del Trabajo Fin de Grado	72
13.3. Anexo 3. Cuestionario on-line	73
13.4. Anexo 4. Nota de presentación y finalización del cuestionario	75
13.5. Anexo 5. Póster informativo	76
13.6. Anexo 6. Mensaje predefinido correo electrónico	77

ÍNDICE DE IMÁGENES

<i>Imagen 1. Kýlix ática Edipo.</i>	11
<i>Imagen 2. Bota compresiva de Wiseman.</i>	11
<i>Imagen 3. Relación enfermera-paciente. Elaboración propia.</i>	19
<i>Imagen 4. Úlcera venosa.</i>	20
<i>Imagen 5. Anatomía vascular venosa.</i>	21
<i>Imagen 6. Fisiopatología de la úlcera venosa. Elaboración propia.</i>	22
<i>Imagen 7. Cambios tróficos en extremidades. Elaboración propia.</i>	23
<i>Imagen 8. Diagnóstico diferencial úlcera venosa. Elaboración propia.</i>	25
<i>Imagen 9. Fases de la formación y madurez del biofilm.</i>	29
<i>Imagen 10. Terapia local de la úlcera venosa. Elaboración propia.</i>	30
<i>Imagen 11. Tipos de terapia compresiva.</i>	32

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<i>Tabla 1. Acrónimos para la evaluación de las heridas. Elaboración propia.</i>	27
<i>Tabla 2. Relación Índice Tobillo-Brazo y compresión. Elaboración propia.</i>	31
<i>Tabla 3. Relación de variables de estudio, definición conceptual y operacional.</i>	44
<i>Tabla 4. Relación resultados datos sociodemográficos.</i>	45
<i>Gráfico 1. Nivel de conocimientos en úlcera venosa y planes de cuidados.</i>	46
<i>Gráfico 2. Porcentajes de preguntas acertadas sobre conocimiento úlcera venosa.</i>	46
<i>Gráfico 3. Porcentajes de respuestas en P23 y P26.</i>	47
<i>Gráfico 4. Distribución de aciertos según la formación recibida.</i>	48
<i>Tabla 5. Respuestas correctas en función de la existencia de formación específica.</i>	49
<i>Tabla 6. Resultados descriptivos de aciertos en función de años de experiencia.</i>	49

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ARES-AP	Programa d'harmonització d'estàndars de cures infermeres en Atenció Primària.
AP	Atención Primaria
CEAP	Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
CAP	Centro/s de Atención Primaria
e-CAP	Estació clínica d'Atenció Primària
EEII	Extremidades inferiores
EVC	Enfermedad venosa crónica
GPC	Guía/s de Práctica Clínica
HTVA	Hipertensión venosa ambulatoria
ICS	Institut Català de la Salut
ITB	Índice tobillo-brazo
IVC	Insuficiencia venosa crónica
IVP	Insuficiencia venosa periférica
NNN	Taxonomía NANDA, NOC, NIC
RV	Reflujo venoso
rVCSS	Venous Clinical Severity Score revisada
PC	Plan/es de cuidados
PCE	Plan/es de cuidados estandarizados
SPT	Síndrome postrombótico
TC	Terapia compresiva
TVP	Trombosis venosa profunda
UEEII	Úlcera/s de extremidad inferior
UV	Úlcera/s venosa
VCSS	Venous Clinical Severity Score
VDS	Venous Disability Score
VSDS	Venous Segmental Disease Score

1. RESUMEN

Introducción: La úlcera venosa (UV) es la herida crónica en extremidades inferiores más prevalente suponiendo un reto en salud por su cronicidad, las afectaciones a nivel biopsicosocial y los costes derivados. El conocimiento de enfermería sobre el cuidado integral de la persona con UV interviene en el éxito del tratamiento.

Objetivos: Determinar el conocimiento actual sobre el cuidado integral de la persona con UV de las enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria Camp de Tarragona, así como analizar el uso y conocimiento actual de los planes de cuidados estandarizados (PCE) relacionados con el manejo de la UV del programa ARES-AP.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, transversal, con metodología cuantitativa de encuesta del 17-01 al 29-03 del 2022. Muestreo accidental de enfermeras que atendieron a personas con UV en Centros de Atención Primaria (CAP) del Institut Català de la Salut del Camp de Tarragona y CAP Muralles. Se utilizó un cuestionario *ad-hoc* on-line con 26 ítems relacionados con UV y PCE, cuyos resultados fueron analizados con Jamovi®.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 86 enfermeras. El nivel de conocimiento fue bajo (33,7%), medio (61,6%) y alto (4,7%), y tuvo asociación significativa con los años de experiencia trabajados ($p=0,008$). Las preguntas menos acertadas fueron sobre calidad de vida y valoración nutricional. Utilizan tanto vendaje multicapa (64%) como venda crepé (31,4%). Un 72,1% no emplean los PCE por la carga asistencial y/o falta de tiempo.

Conclusiones: El nivel de conocimiento sobre UV y PCE fue medio, destacando en conocimiento general, pero con resultados deficientes en valoración integral, justificando una formación más apropiada a las necesidades de conocimiento. Los resultados sugieren que el uso de los PCE no es el idóneo para garantizar el cuidado integral.

Palabras clave: Úlcera Varicosa, Calidad de Vida, Enfermería, Conocimiento, Proceso de Enfermería, Atención Primaria de Salud

2. ABSTRACT

Introduction: Venous ulcer (VU) is the most prevalent chronic lower limb injury and poses a health challenge due to its chronicity, biopsychosocial effects, and costs. Nursing knowledge of the integral care of the person with VU plays a role in the success of the treatment

Aims: To determine the current knowledge of Primary Care nurses in the Camp de Tarragona Health Region on the comprehensive care of people with UV, as well as to analyse the current use and knowledge of the Nursing Standard Care Plans (NSCP) related to the management of UV in the ARES-AP programme.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, observational study, with quantitative survey methodology from 17-01 to 29-03 of 2022. An accidental sampling of nurses who attended people with UV in Primary Care Centres (PCC) of the Institut Català de la Salut of Camp de Tarragona and PCC Muralles was carried out. An ad-hoc online questionnaire with 26 items related to UV and NSCP was used, the results of which were analysed with Jamovi®.

Results: A sample of 86 nurses was selected. The level of knowledge was low (33.7%), medium (61.6%) and high (4.7%), and was significantly associated with years of experience ($p=0,008$). The least correct questions were on quality of life and nutritional assessment. They use both multilayer bandages (64%) and crepe bandages (31.4%). The 72.1% did not use NSCP due to the burden of care and/or lack of time.

Conclusions: The level of knowledge of UV and NSCP was medium, with an outstanding level of general knowledge, but with poor results in comprehensive assessment, which justifies a more appropriate training to meet knowledge needs. The results suggests that the current use of NSCP is not ideal for guaranteeing comprehensive care.

Keywords: Varicose Ulcer, Quality of Life, Nursing, Knowledge, Nursing Process, Primary Care

3. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1. Aproximación histórica al cuidado de las úlceras venosas

“Venous leg ulcers have plagued humanity ever since Homo sapiens learned that the erect position allowed him to have a wider view of his hunting horizon”

J. Leonel Villavicencio (1)

Desde el primer momento en que los primeros homínidos se irguieron (hace aproximadamente 900.000 años), los efectos de la gravedad empezaron a causar cambios en la fisiología y anatomía del cuerpo. Mecanismos de compensación como las válvulas venosas o la activación de la bomba plantar y gemelar obtuvieron un papel principal en el mecanismo de retorno venoso hacia el corazón (1).

Por lo tanto, no es de extrañar que las recomendaciones sobre las heridas crónicas en la extremidad inferior, así como su tratamiento se remonten a tiempos antiguos. Los egipcios mencionaron en el “Papyrus Ebers” (1559 a.C.) la no recomendación de cirugía para el tratamiento de las venas varicosas. En el mismo papiro se explica cómo utilizaban sustancias como la mirra, el aceite caliente o las resinas de los árboles en forma de emplastos, cuyas propiedades absorbentes y modificadoras de pH limitaban el sangrado y disminuían el edema (2). El uso de estas sustancias se podría considerar el inicio de la cura en ambiente húmedo. Además, los egipcios fueron los primeros en indicar los tres principios básicos del cuidado de las heridas: lavar, cubrir e inmovilizar (3).

Desde un punto de vista religioso, la Biblia cita como, a sugerencia de Dios, las úlceras del rey Ezequías (800 a.C.) fueron cicatrizadas con emplastos de higos, ácido bórico, la utilización de vendajes de lino en la extremidad y el debido reposo. Además, las UV se asocian en el Antiguo Testamento con una larga vida y como prueba de lealtad y paciencia (3).

Hipócrates (460-377 a.C.), a través de su obra “De ulceribus” estableció la primera referencia científica sobre las úlceras venosas y su asociación con las venas varicosas, aconsejando no permanecer de pie si las llagas se situaban en la pierna, así como limpiar la úlcera mediante agua templada, vinagre o vino (2) y aplicar una tela limpia y seca ya que advertía que una úlcera no empezaría a sanar hasta que no estuviera realmente limpia, y tampoco lo haría si aparecía inflamación o gangrena alrededor (1).

Siguiendo la línea temporal, en India (200 a.C.), Sushruta Samhita recomendaba la aplicación de gusanos en las úlceras venosas para eliminar el tejido necrótico, y el uso de vendajes con tela china (2).

El poeta griego Sófocles ya narraba en su obra maestra “Edipo rey”, escrita en los años posteriores a 430 a.C. la historia del mítico rey de Tebas, Edipo, cuyo significado en griego antiguo Οἰδίπους significa pies hinchados. Esta condición le fue causada por su propio padre (quien le perforó la fíbula y le ató los tobillos) y le acompañaría durante toda su vida en forma de heridas en los pies y vendajes como los que se representan en el Kýlix ática del pintor de Edipo (Imagen 1) (4).

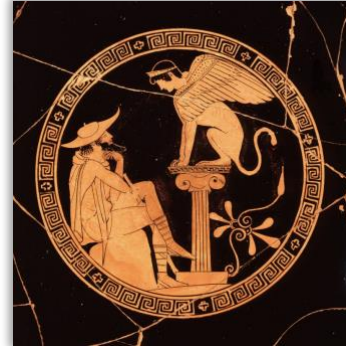


Imagen 1. Kýlix ática Edipo.
Fuente: Oficina web y multimedia Museos del Vaticano.

Continuando en la era d.C, Aurelius Cornelius Celso junto con Claudio Galeno escribieron sobre lo que hoy podríamos considerar los inicios del uso de técnicas mínimamente invasivas mediante su “técnica del gancho venoso” para eliminar las venas varicosas. Siglos después, fue Richard Wiseman (1622-1672) quien acuñó por primera vez el término úlcera varicosa, y describió la importante diferencia entre realizar

curas reales (o perfectas) y las curas paliativas a las úlceras de origen venoso. La cura real consistía en utilizar un método invasivo mediante el cual se intentaba atar la vena causante de la úlcera venosa, aunque él mismo dudaba de los resultados curativos de esta técnica, prefiriendo el uso de la cura paliativa. Esta cura consistía en aplicar varios ungüentos dependiendo del tipo de úlcera, así como un buen vendaje alrededor de la pierna, sistema que el mismo ideó y que consistía en una bota de piel con cordones (Imagen 2) que proveía diferentes grados de compresión, cuyo objetivo era mejorar la cicatrización de la úlcera venosa (1). A partir de ese momento, el rol esencial que hoy otorgamos a la compresión, como piedra angular de la cura de úlceras venosas también fue respaldado por otros investigadores como John Bell, quien definió la importancia de aplicar presión a diferentes gradientes como manera de acelerar la cura de la úlcera venosa (1).

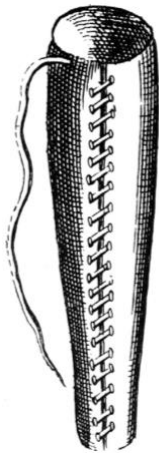


Imagen 2. Bota compresiva de Wiseman.
Fuente: Villavicencio, 2013.

Por otro lado, fue Thomas Bynton en 1797 quien describió un nuevo método para tratar las úlceras de la pierna, el cual consistía en; por un lado, aplicar una cataplasma en la úlcera y rodearla de tiras adhesivas húmedas y entrecruzadas en espiral, y por el otro, promover la movilización precoz de la extremidad (2).

Llegando a la historia más actual, se destacan las aportaciones de John Gay (1812-1885) quien observó que quizás las úlceras no siempre eran causadas por problemas venosos, sino que también podían haber compromisos de tipo arterial, describiendo por primera vez la diferencia entre las úlceras venosas y las arteriales. Por otro lado, Sir. Norman Browse en 1988, quien aportó información sobre la etiología de la úlcera venosa, haciendo hincapié en el mecanismo de bombeo de la pantorrilla. Finalmente, una de las grandes contribuciones en el cuidado de la úlcera venosa se debe a George Winger quien en 1962 desarrolló el método de la cura en ambiente húmedo (2).

Desde entonces, se ha ido adquirido un mayor conocimiento en fisiopatología y se ha avanzado en la creación de nuevas tecnologías que permitan un mejor tratamiento de la úlcera, así como una mejor prevención de la aparición de esta.

3.2. Epidemiología de las úlceras venosas

La prevalencia de las úlceras de extremidad inferior (UEEI) es de 0,10 a 0,30%, con 3 a 5 casos nuevos por 1000 habitantes y año. Los datos se duplican en la población mayor de 65 años pudiendo llegar al 5% de prevalencia, la cual es mayor en mujeres con una proporción 7:10. En el estudio DETECT-IV (5) se determinó una relación directa entre el aumento en la edad y la prevalencia de desarrollar una UEI. Si se mantienen las tendencias actuales epidemiológicas y se tiene en cuenta el rápido aumento de la esperanza de vida y su tendencia al alza, los estudios de proyección apuntan a que las personas mayores de 65 años supondrán el 26,5% del total de la población (6), por lo que la magnitud de la prevalencia de UEEI se intensificaría, haciendo aún más evidente el problema de salud actual (7).

De todas las UEEI, aquellas con etiología venosa son las más prevalentes, suponiendo entre un 75 y 80% del total de úlceras y una prevalencia del 0,5 al 0,8%, seguidas por las isquémicas, con una prevalencia del 0,2 al 2% y por último las neuropáticas, con un 0-5 a 1% de prevalencia (7).

3.3. Costes económicos derivados del cuidado de la úlcera venosa

Las UEEI suponen importantes repercusiones socioeconómicas debido a su larga evolución, que repercute en la calidad de vida del paciente, por ejemplo, creando absentismo laboral que implica consecuencias tanto materiales como personales (8).

La úlcera venosa (UV) es la que más recursos consume. Se estima un coste anual de 9000 euros por úlcera, de los cuales el 90% serían costes directos (recursos humanos sanitarios, materiales de cura y fármacos, hospitalización, consultas de enfermería...) y el 10% restante corresponde a gastos indirectos, como por ejemplo los derivados de las bajas laborales (8). En cuanto a la evolución, entre el 40 y el 50% de las UEEII tardaron en cicatrizar entre 6 meses, otro porcentaje similar tardaron unos 12 meses y un 10% superaron los 5 años. A pesar de ello, al año de la cicatrización, 1/3 de dichas heridas presentaron una recidiva (9).

Los costes para una úlcera de cicatrización inferior a 12 semanas varían entre los 400 y 500 euros. Para periodos mayores a 12 semanas y menores a 6 meses los costes se incrementan de 900 a 1000 euros (7).

Como se mencionaba anteriormente, uno de los costes directos es el relacionado con el ingreso hospitalario. Para todas las etiologías, la estancia media hospitalaria es de 44-49 días (7). En cuanto a la carga asistencial, son las UEEII las que generan una mayor carga de trabajo efectiva ya que implican tratamientos y vendajes más complejos (10).

3.4. Cuidado holístico de la persona con úlcera venosa

Durante las últimas décadas se ha evidenciado el avance de la enfermería hacia un enfoque más holístico, donde se reconoce a los individuos en su globalidad, como seres biopsicosociales, espirituales, culturales (entre otros) y en continua relación con su entorno. Si percibimos el holismo como un paradigma (11), éste debería proporcionar a toda la disciplina de enfermería una filosofía y un planteamiento común, por lo que la investigación, la docencia, la teoría y por supuesto la práctica deberían tener como objetivo el cuidado íntegro de a la persona, en todas sus esferas y teniendo en cuenta todas sus relaciones.

Concretando el tema del presente trabajo, el cuidado holístico en las personas con UV ya no iría solamente enfocado a ofrecer un tratamiento local que garantice la cicatrización de la úlcera, sino a ofrecer un cuidado integral, que tenga en cuenta todos los factores que puedan estar influyendo en la evolución de esta.

Conociendo que la teoría y la práctica siempre deben ir acompañadas de la evidencia científica, cabría esperar que las Guías de Práctica Clínica (GPC) ofrecieran pautas que garanticen este cuidado holístico. Sin embargo, históricamente nos encontramos que la holística ha ido más de la mano de la voluntad individual de aplicar ese enfoque por

parte del profesional y que no ha sido, hasta los últimos años, en que ante la aparición de úlceras cada vez más costosas de cicatrizar, que se han implementado otros métodos de evaluación y tratamiento basados en la evidencia. Estos tienen en cuenta factores que garantizan un cuidado holístico como son el impacto de los denominados factores “no clínicos” incluyendo factores psicosociales, educacionales, creencias, apoyo social, objetivos y elecciones personales del paciente, experiencias previas de tratamiento, entre otros (12,13).

Ahondando en el cuidado integral de la persona con UV, nos encontramos con la alteración de la calidad de vida que presentan una gran parte de los pacientes con dicha afección. Los factores denominados anteriormente “no clínicos” así como otros factores clínicos (por ejemplo, los problemas de salud mental) pueden ser a la vez, causa y efecto en la relación recíproca que se da entre la calidad de vida y la UV. El estrés psicológico puede afectar de manera negativa hasta el punto de suponer un retraso en la curación de la úlcera, así mismo, la recidiva de una úlcera o su presencia durante años pueden crear nuevos problemas de salud mental (14).

Se ha demostrado que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) está relacionada con la presencia de heridas y sus consecuencias (dolor, dependencia, disminución de la autoestima), además, se ha puesto de manifiesto, por un lado, la asociación entre la CVRS y la cicatrización y, por otro, la relación directa entre la gravedad de la úlcera y la pérdida de CVRS (14).

Resulta lógico, que ante tales conclusiones se haga evidente la importancia de incluir aspectos psicosociales en la valoración de las personas con UV, sin embargo, existe escasez de estudios fenomenológicos al respecto (15).

Pese a que no es objeto de este estudio evaluar si las guías aplicadas en nuestro entorno siguen un paradigma holístico, sí pretendemos conocer la percepción de las enfermeras sobre si las herramientas que usan como apoyo a su práctica clínica les permiten ofrecen un cuidado holístico.

3.5. Variabilidad en el cuidado integral de la persona con úlcera venosa

Las úlceras venosas padecen el efecto de la existencia de variabilidad en la práctica clínica. Pese a la existencia de guías clínicas, protocolos y planes de cuidados estandarizados, la variabilidad es un fenómeno que existe pero que en muchos casos se desconoce su procedencia (16), siendo el déficit de formación y el estilo de práctica profesional algunas de sus causas (17).

En referencia a la formación, según Pardo Vitorero y González Fernández (18) se ha evidenciado la importancia de ésta como pieza clave para el manejo de la UV, ya que dos tercios de los enfermeros encuestados mostraron un nivel bajo de conocimiento. Otros estudios concuerdan con los resultados mencionados, manifestando la necesidad de desarrollar programas de formación dirigidos a la atención de personas con UEEII (19,20).

Sobre el estilo de práctica profesional, Granados Matute, Cejudo López. et al (21) mostraron que alrededor del 73% de enfermeras preferían preguntar a otras compañeras en caso de duda, antes que consultar guías de práctica clínica. Estudios como el de Estabrooks et al (22) refuerzan esta conclusión, evidenciando que el personal de enfermería no contempla la consulta y el uso de procedimientos basados en la evidencia como primera opción en la toma de decisiones.

En sí misma, la elevada cantidad de guías y protocolos podría favorecer la variabilidad en la práctica clínica, siendo necesario utilizar aquellas que estén actualizadas y respaldadas con mayor evidencia (23,24), así como emplear registros clínicos estandarizados. A mediados del 2019, el Institut Català de la Salut (ICS) puso en marcha en el Camp de Tarragona, el Programa d'harmonització d'estàndars de cures infermeres en Atenció Primària (ARES-AP), uno de los objetivos del cual es garantizar la prestación de curas con evidencia y rigor científico minimizando de este modo la variabilidad en la práctica enfermera (25).

3.6. Justificación de la importancia y relevancia del tema a investigar

Con una población cada vez más longeva, el **reto en salud** es la calidad de vida y las heridas crónicas influyen negativamente, no solo en el plano físico, sino también en el plano mental y social de la persona. Una asistencia sanitaria integradora puede contribuir a mejorar el bienestar de los pacientes con heridas crónicas (14,15,26).

Pese al conocimiento general de las enfermeras sobre la importancia de tener en cuenta la calidad de vida en personas con UEEII, la mayoría no conocen o no utilizan ningún cuestionario para valorar la afectación biopsicosocial que las heridas crónicas producen, a través de una herramienta validada o un plan estandarizado. Además, es importante reducir la variabilidad en la práctica y los cuidados en pacientes con UEEII para garantizar mejores resultados y una atención de calidad. La creación de planes de cuidados estandarizados es una herramienta útil para el logro de este objetivo (27).

El colectivo de enfermería ha presentado déficits en conocimientos del cuidado de heridas crónicas, como las úlceras venosas. El desconocimiento interviene directamente en el fracaso del tratamiento, en la seguridad del paciente y en el gasto sanitario (26). Asimismo, cada vez hay una mayor demanda de enfermeras expertas en práctica clínica, ya que las enfermeras referentes han demostrado mayores conocimientos en el manejo de UEEII basados en recomendaciones científicas, tal y como demuestra el estudio EDIPO (19).

Desde un matiz más personal, durante las prácticas clínicas hemos podido observar el impacto en la calidad de vida de las personas que tienen heridas crónicas y la importancia de un cuidado integral para la mejora de su estado de salud. Nos atrae la complejidad que subyace al manejo global de la UV. Creemos necesaria la formación especializada relacionada con el manejo de las heridas crónicas, para aportar habilidades en la práctica clínica basada en criterios científicos y dentro de un marco holístico. Nos gustaría aprovechar la oportunidad que ofrece el Trabajo Fin de Grado (TFG) para ahondar más en la temática y poder darle un sentido a aquello que vemos en la práctica enfermera. Observamos discrepancias entre la práctica asistencial actual y nuestro aprendizaje a lo largo del grado y la evidencia científica.

Consideramos que el plan de cuidados estandarizado (PCE) actual de "Úlcera venosa" de ARES-AP, no contempla todas las dimensiones que constituyen un manejo integral de la afección cuando se utiliza de manera exclusiva y no se le añade el PCE de la etiología de la UV, "Insuficiencia Venosa Crónica". El aplicativo ARES-AP es conocedor de esta situación, tal y como describe el PCE de "Úlcera venosa" sobre la población diana al que va dirigido: "...aquest pla de cures s'ha de complementar amb el de la patologia causal (insuficiència venosa)", el cual incluye intervenciones más allá del plano biofísico (25).

3.7. Pregunta de investigación

Para estructurar la pregunta de investigación se utilizó la metodología PICO (Anexo 1). Su uso permitirá, en un segundo paso, seleccionar una combinación de términos apropiados (descriptores) para buscar la respuesta a la pregunta en las bases de datos (28). Finalmente, la pregunta de investigación fue la siguiente:

¿El conocimiento de enfermería sobre úlceras venosas en el ámbito comunitario y el uso de los planes de cuidados que ofrece el programa ARES-AP, influyen en el cuidado integral de la persona con úlcera de etiología venosa?

4. OBJETIVOS

4.1. Principales

- Determinar el conocimiento actual sobre el cuidado integral de la persona con úlcera de etiología venosa de las enfermeras de Atención Primaria que prestan servicio en la Región Sanitaria Camp de Tarragona.
- Analizar el uso y conocimiento actual de los planes de cuidados relacionados con el manejo de la úlcera de etiología venosa que propone el programa ARES-AP, por parte de las enfermeras de Atención Primaria que prestan sus servicios en la Región Sanitaria Camp de Tarragona.

4.2. Específicos

- Determinar el conocimiento de la enfermera/o sobre insuficiencia venosa crónica, el manejo y el tratamiento de la úlcera venosa, así como su prevención en términos de educación sanitaria.
- Identificar si existe asociación entre el nivel de conocimientos de la población que compone la muestra y el uso adecuado de planes de cuidados de ARES-AP relacionados con el ámbito de estudio.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. El cuidado transpersonal de Jean Watson

Los modelos y teorías de enfermería ayudan a orientar la práctica enfermera, elevan y desarrollan su base para poder mejorar la calidad de los cuidados prestados (29). La revisión de las teorías nos inspira en el presente trabajo e incita a investigar sobre la mejora de los cuidados tratando temas significativos de la práctica clínica actual. Lo que se espera de la enfermera es un cuidado humano de alta calidad, pero en ocasiones, el cuidado se convierte en un simple mensaje entre emisor y receptor, con cierta falta de presencia y genuinidad, que es lo que caracteriza al cuidado transpersonal (29,30).

La teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson puede guiar a la enfermera en la práctica para el cuidado de la persona con UV. Los conceptos principales de su teoría son los diez factores de cuidado, que junto a la "caridad", desarrolló los procesos de

caridad, con el beneficio de la conciencia y la intencionalidad en los cuidados caritativos al incluir el amor en la práctica (30).

Otro concepto esencial, es la relación de curación y cuidado transpersonal como base de su teoría. Se define como la unión especial entre dos personas, espíritu-espíritu, dándole importancia al ser completo y su estar en el universo. Es una conexión intencionada del cuidado-curación por medio de movimientos, gestos, expresiones, contactos y sonidos, para centrarse/concienciarse del momento del cuidado e ir más allá de los procedimientos o técnicas en base a la evidencia científica. El enfoque principal es el cuidado holístico dándole especial importancia a la dimensión psicosocial de la persona (30).

Cuando se reconoce la relación transpersonal y se aplican los procesos de caridad clínica en la práctica, los cuidados persiguen conseguir la unión entre mente-cuerpo-alma que, para Watson, es la definición de salud en un plano más espiritual/metafísico. Los humanos no solo están sanos o no en un plano biofísico, de ahí el enfoque integral en la teoría de los cuidados transpersonales (30).

Algunos de los procesos de caridad de la teoría hacen reflexionar en el contexto del cuidado de la persona con UV (30):

- **Proceso de caridad N.º 2:** Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno. Procurar el cuidado holístico, a través de una relación enfermera-paciente fructífera y ayudando a la persona a adquirir conductas que persigan la salud.
- **Proceso de caridad N.º 4:** Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza. Relacionado con el anterior, sin la conexión entre ambas partes, los cuidados transpersonales no tienen cabida. La relación de confianza ayuda a promover y aceptar la expresión de sentimientos negativos y positivos. Las cualidades de la enfermera deben ser la congruencia, siendo legítima y real; la empatía, sintiendo, comprendiendo y expresando esta visión; la calidez no posesiva, actuando coherente a lo que se dice, con el tono, los gestos o la postura.
- **Proceso de caridad N.º 5:** Uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; implicación en el arte de la enfermería de la caridad. Evidentemente, la práctica clínica tiene una base teórica científica, pero hay otros tipos de conocimiento que deben aplicarse, el creativo, estético, personal, intuitivo, ético y el espiritual, necesarios para el proceso de enfermería. En el cuidado

de la persona con heridas crónicas, la creatividad es esencial para el abordaje de estas, según nuestra percepción tras la práctica clínica en Atención Primaria (AP).

- **Proceso de caridad N.º 7:** Implicación en una experiencia de enseñanza - aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro. Lejos de la medicalización y cerca de potenciar la autonomía y la autodeterminación de la persona con heridas que pueden cronificarse por largos periodos, este proceso es importante para la práctica y mejorar los cuidados prestados, no solo se busca la curación de la herida, sino que la enfermera deriva la responsabilidad sobre el bienestar y la salud hacia la persona, facilitándole información necesaria para ello. Se potencia el autocuidado, que la persona identifique sus propias necesidades y se genere la ocasión de desarrollo personal.
- **Proceso de caridad N.º 9:** Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas. Siguiendo la línea del enfoque holístico, Watson enseña que las necesidades básicas siempre deben estar cubiertas para acceder a las necesidades de orden superior como las psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de la persona.

Estudios sobre sintomatología en personas con UV (31,32), describen de una forma cualitativa la relación entre la enfermera y el paciente, destacando que en términos generales es buena, pero mejorable en ciertos aspectos, como se puede observar en la Imagen 3. Cultivar una relación transpersonal dirigiendo la práctica con los procesos de caridad, es una forma de cuidar holísticamente en un plano más psicosocial.

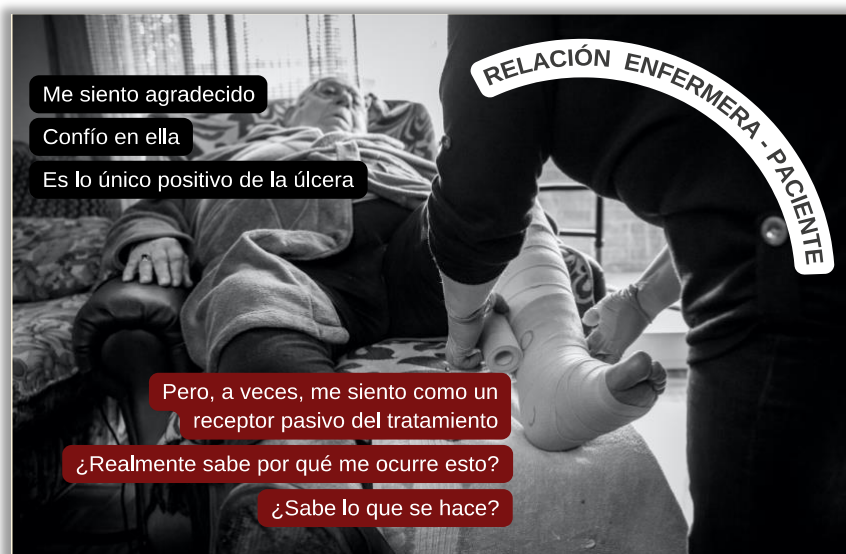


Imagen 3. Relación enfermera-paciente. Elaboración propia.
Fuente: Leren et al, 2020; Phillips et al, 2018. Fotografía del Banc d'Imatges Infermeres.

5.2. Generalidades de la úlcera venosa

La UV es la causa más frecuente de ulceración en extremidades inferiores (EEII) y la que se trata con más regularidad en la práctica clínica enfermera (9,19,33). Se presenta como una lesión en la piel (Imagen 4), ya sea espontánea o por consecuencia de un traumatismo, derivada de una hipertensión venosa ambulatoria (HTVA) mantenida en el tiempo como base etiopatogénica (7,34).

Su localización suele ser en el tercio distal de las EEII, en la zona medial supra maleolar sobre las venas perforantes o siguiendo el recorrido cutáneo de las venas safenas (9,33,35,36).

Muestra una clínica heterogénea, aislada o múltiple; de extensión variable; de poca profundidad; redondeada; de borde irregular, excavado, eritematoso y bien definido; exudativa con presencia o no de fibrina; con tejido de granulación húmedo en el lecho y ligeramente dolorosa dependiendo de la presencia o no de infección. La piel perilesional puede mostrar lesiones propias de la enfermedad venosa crónica (EVC) como pigmentación, eccema, lipodermatoesclerosis y/o atrofia blanca y corona flebectásica (9,33,35,36).



Imagen 4. Úlcera venosa.
Fuente: Murphy et al, 2019.

Los factores de riesgo asociados a la UV son de gran interés para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos venosos. Los factores de riesgo más significativos de carácter agravante son:

- **Edad:** es el factor más importante, los estudios San Diego (37) y el Bonn Vein Study (38) revelan que la edad avanzada influye en las varices y la progresión de la insuficiencia venosa crónica (IVC).
- **Género:** los dos estudios anteriores (37,38) y el de Carpentier et al (39) en Francia refieren que los síntomas venosos y las varices C2 son más prevalentes en el género femenino en edad adulta. Coincidiendo con otro estudio internacional, el Vein Consult Program (40), en las fases iniciales de la ECV son más prevalentes en hombres pero C2-C3 más en mujeres, siendo las clínicas C4 a C6 similares en ambos géneros.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** un IMC de 25 a 40 kg/m² aumenta la gravedad clínica de la EVC con riesgo de aparición de IVC. El sobrepeso y la obesidad afectan a los resultados terapéuticos del tratamiento de EVC (38,41–44).
- **Historia familiar:** hay componentes genéticos que afectan a las paredes venosas y sus válvulas, demostrando la heredabilidad de la EVC (41). Escudero et al (45) en su

estudio de prevalencia en población española con EVC, descubrieron que un 40% tenía antecedentes familiares y en Zöller et al (46), los antecedentes familiares de tratamiento por varices se asociaron a un aumento del riesgo de tratamiento similar entre sus familiares.

- **Etnia:** el Vein Consult Program (40) revela que la zona geográfica más afectada por la IVC es Europa del Este (29,9%) y la prevalencia más baja se presenta en la etnia asiática (19,84%), quedando la prevalencia de España entre las dos zonas (24,88%).

La bibliografía actual menciona otros factores de riesgo como los antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP), profesiones con tiempos prolongados de sedestación o bipedestación, el sedentarismo, hábitos intestinales, la gestación y el tratamiento hormonal, entre otros (7,9,35,47).

5.3. Fisiopatología de la úlcera venosa

El conocimiento general sobre anatomía y fisiología del sistema venoso es necesario para entender la fisiopatología de la UV. Para sintetizar el concepto anatómico, el sistema venoso de las EEII está compuesto por tres tipos de venas (Imagen 5), las venas profundas, las venas superficiales y las venas perforantes, encargadas de conectar las dos anteriores. Las venas superficiales, safenas mayor y menor, transportan la sangre a través de las perforantes hacia las venas profundas, dorsal, tibiales, poplítea y así sucesivamente hasta cava inferior (48,49).

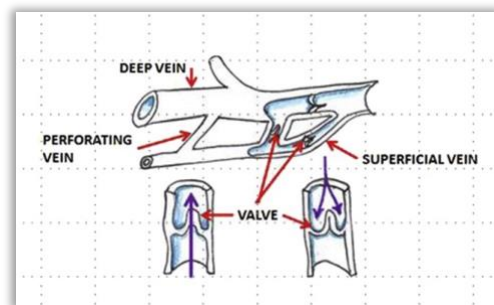


Imagen 5. Anatomía vascular venosa.
Fuente: Gordon et al, 2015.

Las venas están caracterizadas por válvulas bicúspides que se encargan de dirigir la sangre en sentido central y contra gravedad (Imagen 5), el denominado retorno venoso. Las EEII, comparadas con el resto del cuerpo, presentan una gran cantidad de válvulas y en mayor número por debajo de la rodilla. Por tanto, respecto a la UV, se debe tener en cuenta que la estructura vascular venosa influye directamente en el retorno venoso, el cual se encuentra alterado en la EVC (48), como se detalla a continuación.

La EVC es el origen de la UV, se trata de un espectro patológico que engloba clínicamente a las personas que presentan telangiectasias o varices (venas varicosas, reticulares, colaterales o tronculares), alteraciones tróficas de la piel, edema y la úlcera, siendo estas últimas características de la fase final de la EVC. Cuando la clínica es del

tipo más avanzada, cambios en la piel, edema y úlcera, se hace mención al término IVC el cual se relaciona con un incremento de la presión venosa ambulatoria, la HTVA (34).

El aumento de presión prolongado en el tiempo se presenta por un retorno venoso alterado, el reflujo venoso (RV) propio de la EVC, ya sea por etiología primaria como las varices, definidas por anomalías a nivel estructural y funcional de las paredes venosas o sus válvulas, o por etiología secundaria, donde hay una incapacidad u obstrucción valvular por una TVP previa, siendo la primaria la más frecuente. El fallo de la bomba muscular del pie o gemelar y los factores de riesgo también pueden causar HTVA y ésta de igual modo, puede ser la causa del agravamiento de la etiología de la EVC. La HTVA promueve la acumulación de la sangre en EEII y un edema crónico, dando paso a un proceso inflamatorio a nivel microcirculatorio y una lesión endotelial, fomentando la isquemia tisular y la consecuente aparición de la UV (7,34,35,49–51).

A modo de resumen, la fisiopatología de la úlcera venosa se puede comprender en la Imagen 6 como un algoritmo adaptado de Conde (52):

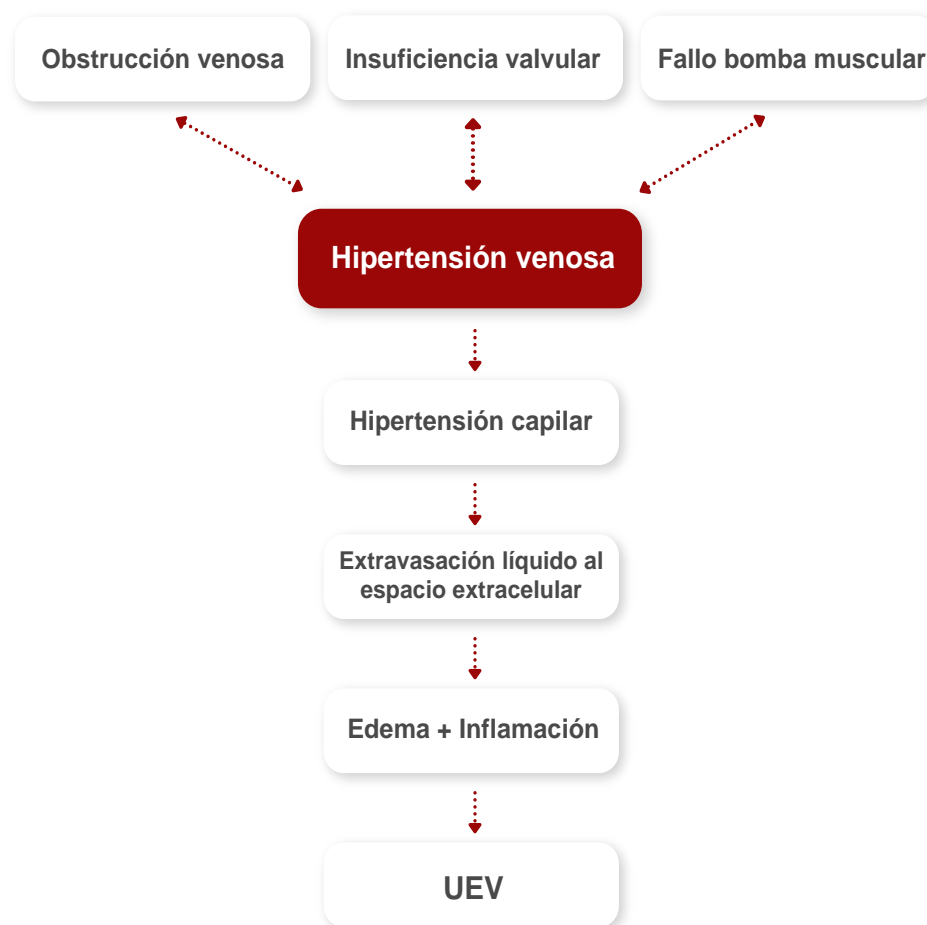


Imagen 6. Fisiopatología de la úlcera venosa. Elaboración propia.
Fuente: página web Elena Conde Moreno, 2018.

5.1. Clasificación de la insuficiencia venosa crónica

El uso de herramientas validadas para la clasificación de la IVC permite catalogar el grado de severidad, las etapas clínicas y la efectividad terapéutica, con el objetivo de asistir e investigar convenientemente ante la variabilidad clínica en la EVC. La última recomendación de la CONUEI (7) para clasificar la UV es utilizar los siguientes instrumentos: la Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological (CEAP), la Venous Clinical Severity Score revisada (rVCSS) y la Escala Villalta para el síndrome postrombótico (SPT) (7).

El sistema de clasificación más extendido mundialmente es la CEAP, creada en 1994 y revisada por American Venous Forum (10) en 2004, para unificar criterios y facilitar la comunicación sobre la EVC permitiendo describir la situación clínica y funcional del paciente(54). Las siglas corresponden a cuatro apartados de clasificación en mayúsculas y los subgrupos en minúsculas o números.

Se detalla a continuación, teniendo en cuenta la última revisión en 2020 (36) y las especificidades de cada GPC referenciadas (8,35,36,49,51,53):

- **C de clasificación clínica** (Imagen 7): describe síntomas y signos de C0 a C6 de menor a mayor gravedad, siendo C6 la ulceración venosa activa. Los síntomas se denotan con (s) si son sintomáticos o (a) si son asintomáticos (Ej.: C5a). Cambios tróficos en la piel (C4) se subdivide en C4a, C4b y C4c para diferenciar entre pigmentación o eccema, lipodermatoesclerosis o atrofia blanca y corona flebectásica respectivamente. Para designar la recurrencia en C2 (varices) y en C6 se le añade (r) (Ej.: C2r).

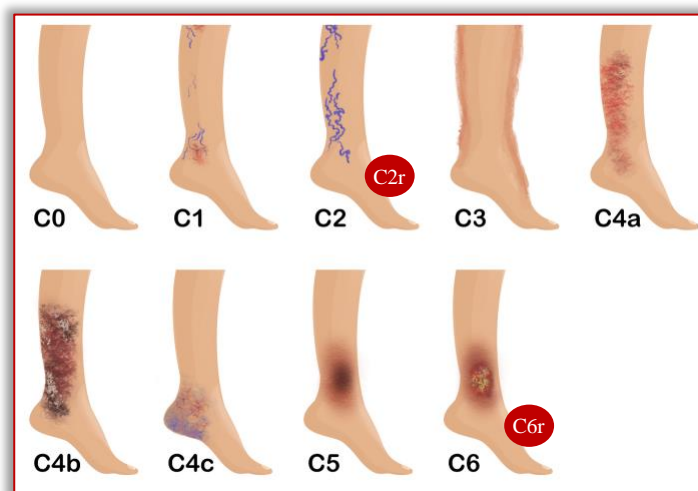


Imagen 7. Cambios tróficos en extremidades. Elaboración propia.
Fuente: Lurie et al, 2020.

- **E de clasificación etiológica:** congénita (Ec), primaria (Ep) o secundaria (Es), además de etiología desconocida (En / Sin causa justificada). La etiología secundaria se subcategoriza en intravenosa como el SPT y extravenosa como la obesidad (Esi - Ese).
- **A de clasificación anatómica:** identifica el lugar de la incompetencia venosa en venas superficiales (As), venas profundas (Ad de "deep" en inglés) o venas perforantes (Ap), cuando no se identifican (An / Sin identificar) y es preciso de pruebas clínicas para su correcta localización.
- **P de clasificación fisiopatológica:** por reflujo (Pr), obstrucción (Po), ambas (Pr/o) o ninguna (Pn).

En AP cobra especial importancia la clasificación clínica de la CEAP (Imagen 7), siendo útil y recomendada para el diagnóstico de la IVC, mediante la exploración física y la clasificación de la presentación clínica de la enfermedad, cediendo la etiología, anatomía y fisiopatología a los especialistas en angiología y cirugía vascular (9,47,55).

Se debe tener en cuenta que la CEAP no permite conocer el impacto de la IVC en la persona, como la calidad de vida, no clasifica la severidad de la enfermedad ni tampoco se puede observar la mejoría de los síntomas, la Venous Clinical Severity Score (VCSS) complementa a la CEAP en este contexto (34,47,51,54).

La Venous Severity Score (VSS) se diseñó en el 2000 por el American Venous Forum (56) para cuantificar la gravedad del trastorno venoso y el grado de afectación sobre las actividades cotidianas de la persona con IVC. Tiene tres componentes diferenciados (34):

- **Venous Disability Score (VDS):** escala de discapacidad venosa.
- **Venous Segmental Disease Score (VS DS):** puntuación dependiendo del segmento anatómico afectado y la fisiopatología.
- **Venous Clinical Severity Score (VCSS):** escala de medición de la gravedad clínica de la IVC revisada en 2010 (57). Útil para la evaluación de la efectividad terapéutica además de estar estrechamente correlacionada con la puntuación de la CEAP, a mayor CEAP, mayor VCSS. Se valoran un total de 10 atributos clínicos y se califican de 0 a 3 (ausente, leve, moderado y grave), con un total de 30 puntos resultantes, siendo más grave conforme la puntuación es más alta (8,47,51).

Por último, para el SPT como sintomatología secundaria tras una TVP, se diseñó la **Escala Villalta** (58) para diagnosticar y clasificar su gravedad, siendo específica para la extremidad postrombótica por su importancia y complejidad clínica. Permite valorar cinco síntomas y seis signos, puntuándose de 3 en 3 con un total de 33. Una SPT grave viene definida por una puntuación superior a 14 o cuando hay presencia de UV activa (con el inconveniente de no tener en cuenta la gravedad de la UV) (51).

5.1. Diagnóstico de la úlcera venosa

El diagnóstico orientativo de la UV es fundamentalmente clínico, se debe considerar la anamnesis completa de la persona con los factores de riesgo y antecedentes personales, la exploración física en bipedestación y en decúbito para detectar signos y síntomas de IVC y la palpación de pulsos periféricos. Durante la exploración física la clasificación clínica de la CEAP puede ayudar al profesional en el diagnóstico de la IVC. Además de la anamnesis y la exploración, se debe realizar una evaluación clínica de la úlcera enfatizando en su localización, morfología, piel perilesional y el grado de dolor. Es conveniente un diagnóstico diferencial (Imagen 8) ante los síntomas en EEII para distinguir si la etiología es venosa y la posible existencia de patologías alternativas y/o concomitantes (7,9,33,35,47,51).

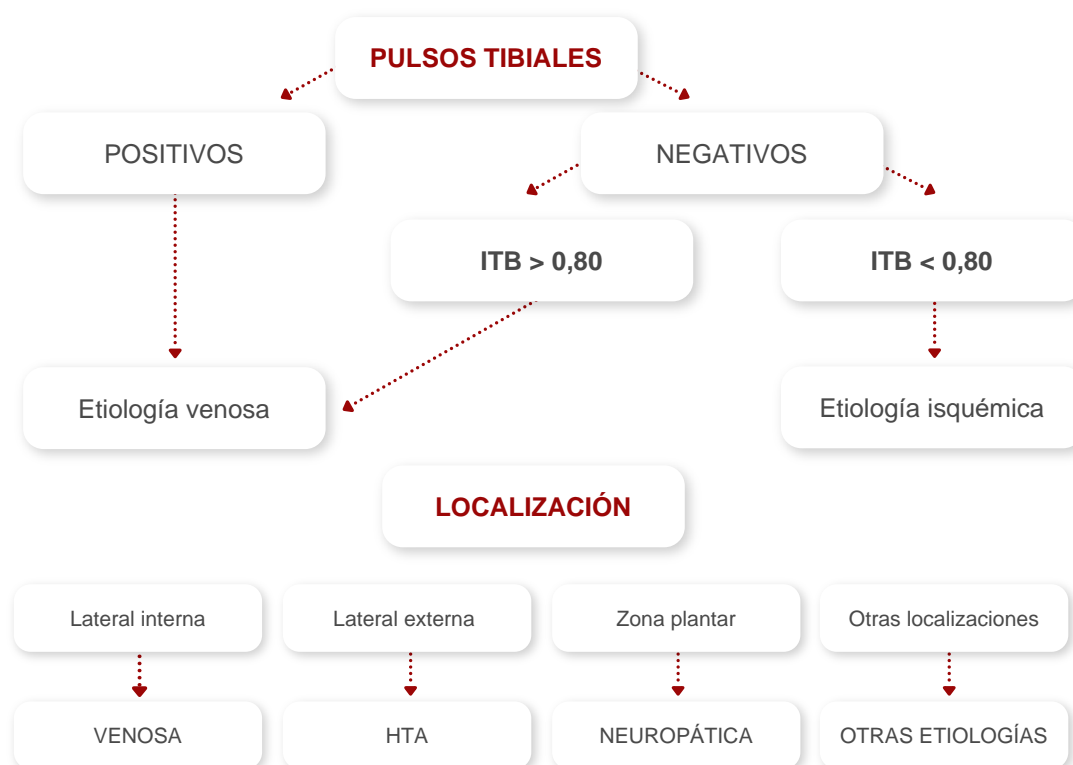


Imagen 8. Diagnóstico diferencial úlcera venosa. Elaboración propia. Fuente: Marinello y Soriano, 2018 (C.O.N.U.E.I).

Asimismo, son también importantes las pruebas complementarias que ayuden al criterio clínico obtenido en el diagnóstico inicial. Actualmente la herramienta diagnóstica más utilizada es el eco-Doppler, eficaz para valorar la existencia de RV cuando hay sospecha de UV. Si hay dudas durante la palpación de pulsos o sobre la etiología de la UV, la prueba de Índice tobillo-brazo (ITB) es útil para descartar la afectación de la perfusión a nivel arterial (7,9,33,35,47,51,55).

Otra prueba es la pletismografía aérea, adecuada para medir el volumen basal de las EEII cuando no hay alteraciones en la eco-Doppler y el paciente presenta estadios C3-C6. En casos no concluyentes, el diagnóstico inicial se puede complementar con estudios de imagen como el angio TAC, angio RMN o la flebografía (7,9,33,35,47,51,55).

5.1. Tratamiento de la úlcera venosa

El tratamiento de la UV se puede abordar desde distintas líneas, siendo la conservadora la más eficaz, como la terapia compresiva (TC), el tratamiento a nivel local y los cambios de estilo de vida. Alternativas asociadas o no a la línea anterior, son la farmacológica y la quirúrgica que se abordarán más adelante (3,7,51,55). El objetivo de cualquiera de las estrategias para el tratamiento de la UV es la corrección de la HTVA que será la causa de las alteraciones en EEII (7,9). El cuidado de la UV está íntimamente relacionado con la práctica enfermera y su correcto manejo debe ser multidisciplinar, para tratar la causa subyacente como factor crítico relacionado con la cicatrización de la UV(13,35).

Terapéutica local

El paso previo para conseguir la cicatrización es la evaluación de la lesión, mediante el uso de herramientas intuitivas que se adapten a la situación dinámica del paciente y que permitan desarrollar un plan de cuidados (PC) que aborde la problemática de las heridas crónicas. El tratamiento local se inicia con la observación de la persona y su entorno, valorando primero aspectos generales, como el estado nutricional, en el que se recomienda utilizar instrumentos validados para evaluar el riesgo de malnutrición, como es el MUST en adultos o el MNA® en adultos mayores de 65 años (7,9). En segundo lugar, los aspectos psicosociales, como la actitud ante la enfermedad o la calidad de vida, y por último, también su entorno, como la familia o los recursos que pueda tener a su disposición. Finalmente, se valora la extremidad, la úlcera y la cura (34).

La bibliografía más actual sobre la valoración de las heridas crónicas (12,59–62), apuesta por una visión holística del paciente, reconociendo el impacto en la calidad de vida, tratando sus preocupaciones y estableciendo objetivos de manera conjunta. A continuación, se detallan por orden cronológico algunos de los instrumentos que se utilizan para la evaluación de las heridas, que tienen en común fomentar la cicatrización y que son de interés para las alteraciones que se presentan en la EVC (12,59–62):

ACRÓNIMO	COMPONENTES	FINALIDAD
TIME (59,60)	T: tissue → Tejido no viable o deficiente I: infection or inflammation → Infección/Inflamación M: moisture → Desequilibrio de la humedad E: edge of wound → Bordes de la herida	Conceptos clave para la preparación del lecho de la herida
TWA (61)	Triangle of Wound Assessment → Triángulo de evaluación de heridas, conceptos interconectados: <ul style="list-style-type: none"> - Lecho de la herida - Borde de la herida - Piel perilesional 	Evaluación holística implicando al paciente en su cuidado. Se incluye la piel perilesional ampliando así la toma de decisiones sobre el tratamiento y la gestión de la herida
DOMINATE (12)	D: Debridement → Desbridamiento O: Offloading → Descarga o Presión M: Moisture → Exudado M: Malignant → Malignidad M: Medications → Medicación M: Mental health → Salud mental I: Infection → Infección I: Inflammation → Inflamación N: Nutrition → Nutrición A: Arterial insufficiency → Insuficiencia arterial T: Technical Advance → Técnicas Avanzadas E: Edema → Edema	Preparar el lecho de la herida en un contexto de atención integral . Además de los factores locales se tienen en cuenta los factores más generales
TIME-RS (13)	TIME + RS: R: repair/regeneration → reparación/regeneración S: social factors → factores sociales	Ampliar el TIME con técnicas avanzadas en casos estancados y teniendo en cuenta los factores del paciente

Tabla 1. Acrónimos para la evaluación de las heridas. Elaboración propia.

La actualización TIME-RS consensuada en 2019 es novedosa, por ello, se hace mención del acrónimo TIME ya que se sigue utilizando en la GPC catalana sobre el manejo de heridas de EEII (9), además de estar incluido en el programa ARES-AP de

la Estació Clínica d'Atenció Primària (e-CAP¹) (25,63). Por tanto, es el acrónimo que se emplea en la práctica clínica enfermera de AP de nuestro territorio.

Utilizando una herramienta de valoración de heridas (Tabla 1), se pueden marcar objetivos y un PC para el abordaje de la UV que tengan en cuenta las necesidades holísticas del paciente. Para sistematizar la práctica clínica, se pueden seguir los siguientes pasos de acuerdo con la bibliografía nacional e internacional más actual (13,64,65):

- **Evaluación integral:** del paciente, la herida y el área perilesional.
- **Manejo del dolor**, si precisa.
- **Higiene de la piel perilesional y la herida:** en cada cura se limpia la piel perilesional hasta una articulación para descontaminar la zona, priorizando los 10-20cm del borde de la herida y valorando maceración, excoriación, hiperqueratosis, callos, edema, eritema, eccema o rash. La higiene de la herida busca eliminar el tejido desvitalizado, elementos residuales y el biofilm. El producto adecuado dependerá de la necesidad de la herida, que por norma general, debe mantener la piel sana y a la vez, alterar la carga bacteriana. Se evalúa el aspecto de la piel perilesional, del borde y el lecho de la herida, constatando las características del tejido, del exudado y si se presentan signos de inflamación o infección, pudiendo decidir sobre la necesidad de cultivo.

↳ Las heridas de difícil cicatrización, que presenten exudado, esfacelo y empeoramiento al tercer día, se debería considerar que presentan **biofilm**, el cual supone un inconveniente clave para la cicatrización. Tal y como lo define Murphy, et al. en el Journal of Wound Care (64), el biofilm es una "comunidad compleja de diferentes especies de bacterias y hongos que provoca una infección subclínica prolongada...capaz de protegerse de la respuesta inmunológica del paciente y de tolerar los antibióticos y antisépticos". Las fases de formación pueden ser muy rápidas (Imagen 9), llegando a la madurez en 48-72 horas (64).

¹ El e-CAP, creado en 2001, es un programa de gestión de datos clínicos, donde se registran las historias clínicas de forma informatizada y segura para ofrecer una asistencia de calidad, realizar el seguimiento e identificar los resultados del trabajo clínico por parte de los profesionales de la salud de la red de AP del ICS (63).

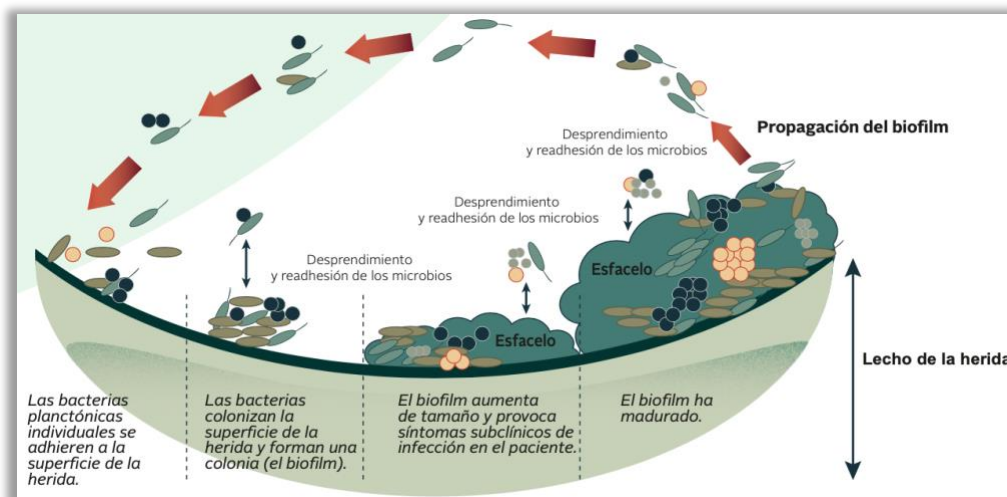


Imagen 9. Fases de la formación y madurez del biofilm.
Fuente: Murphy et al, 2019.

- **Desbridamiento:** procedimiento que forma parte de la higiene. Antes de desbridar, se debe asegurar que la patología de base no sea una contraindicación. El tipo de desbridamiento elegido depende de la tolerancia del paciente y la evaluación de los bordes y el lecho de la herida: mecánico, cortante, autolítico, biológico o químico. Siempre se realiza de forma estéril y se finaliza el proceso con la limpieza de la zona desbridada.
- **Bordes de la herida:** es un indicador predictivo de la correcta evolución de la cicatrización. Evaluar problemas como maceración, cavitación, deshidratación o sobreelevación para la toma de decisiones en el tratamiento. Monitorizar el avance del borde de la herida, midiéndola y comparándola para el seguimiento de la curación.
- **Selección y aplicación de apósito:** va a depender de los protocolos institucionales de la zona y la disponibilidad y preferencias del paciente. Seleccionar un apósito de cura en ambiente húmedo (excepto en heridas que se contraindique) o un apósito antimicrobiano según la evaluación previa. El control de exudado es determinante para la cicatrización, un desequilibrio va a obstaculizar la proliferación celular, va a diseminar el biofilm si está presente y aumentará la frecuencia de cambio de apósito con un aumento de recursos sanitarios. Del mismo modo, debe adherirse lo suficiente para proteger la piel perilesional y el tejido de granulación y epitelización de la herida. Una vez elegido, se aplica en la piel limpia, seca y protegida y se reevalúa la eficacia del tratamiento en 2-4 semanas.

El seguimiento de la valoración y la evolución de la cicatrización de la UV se puede realizar con el Índice de Resultados Esperados de la Valoración y Evolución de la Cicatrización de la heridas crónicas, la **Escala Resvech 2.0**. Monitoriza la dimensión, el exudado, la profundidad y tejidos afectados, la inflamación, la infección, los bordes y el lecho de la herida, pero no tiene en cuenta la piel perilesional. Se puntúa de 0 a 35, siendo 0 la cicatrización completa (7,65,66). La **Escala FEDPALLA-II** podría ser una buena herramienta para la valoración y medición de la piel perilesional en úlceras y heridas. Evalúa 5 ítems, siendo la puntuación más alta un buen pronóstico de epitelización (66,67).

Sintetizando lo expuesto anteriormente, la Imagen 10 representa el manejo de la UV a nivel local, el cual se divide en diferentes fases, la evaluación y acción mediante herramientas de valoración de la herida con pautas de tratamiento y, finalmente, la fase de seguimiento, siendo la monitorización indispensable para su adecuada cicatrización (12,13,60,61,66).

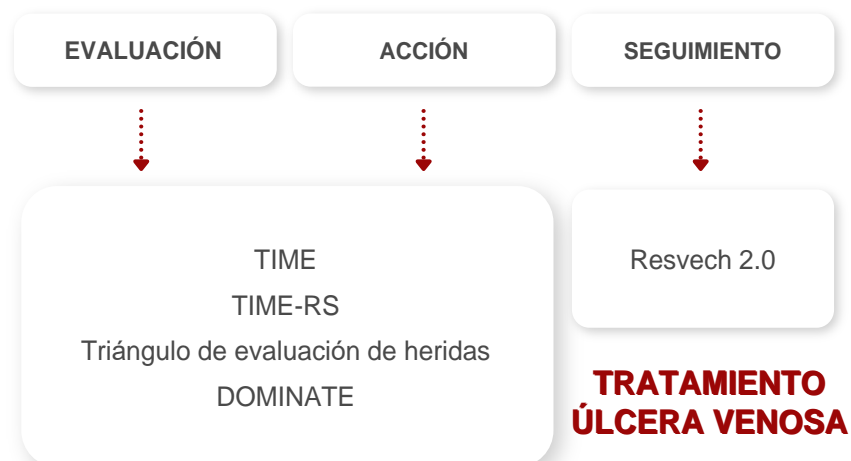


Imagen 10. Terapia local de la úlcera venosa. Elaboración propia.

Terapéutica compresiva

La TC es una de las piedras angulares de la prevención, el tratamiento de la UV y sus recidivas. Reduce la HTVA mejorando el reflujo y retorno venoso, además de optimizar la función de la bomba del músculo de la pantorrilla. Por tanto, su aplicación mejora las alteraciones tróficas de EEII, los síntomas clínicos y la calidad de vida de la persona con EVC (7,9,35,68,69).

El sistema de compresión consiste en la aplicación de presión en una zona del cuerpo concreta, en este caso, las EEII. Su función es compensar la gravedad mediante el uso

de dispositivos que producen un gradiente de presión, siendo mayor a nivel del tobillo y tercio inferior de la extremidad y sin alterar la circulación arterial. Está indicado para la EVC, desde la prevención hasta su estadio más avanzado en CEAP 6 y el abordaje del linfedema (70–72).

Se recomienda realizar la prueba del ITB antes de la TC, para determinar si existe alteración del flujo arterial y así evitar complicaciones futuras. Según el resultado, se establece la presión ejercida en el sistema de TC elegido o la no compresión (Tabla 2) (7,9,35):

ITB	COMPRESIÓN
>0,8 PAS* tobillo >60mmHg	40 mmHg
>0,5 PAS tobillo >60mmHg	Sistema multicomponente 20mmHg
<0,5 PAS tobillo <30mmHg	Contraindicación ABSOLUTA
>0,5 y <0,8 PAS tobillo >30 y <60mmHg	Baja elasticidad 20mmHg

Tabla 2. Relación Índice Tobillo-Brazo y compresión. Elaboración propia.
Fuente: Marinello y Soriano, 2018 (C.O.N.U.E.I.). *Presión arterial sistólica.

No solo la presión es importante en la TC, la elasticidad y la rigidez también son conceptos a tener en cuenta para adaptar el tratamiento al paciente (69). La bibliografía propone los sistemas multicapa; la elasticidad sobre la inelasticidad por su alta presión en trabajo y baja presión en reposo; la compresión alta (>40mmHg) sobre la baja (<20mmHg), pero siempre considerar la compresión a la no compresión garantizando la adherencia al tratamiento (71–74).

Los tipos diferentes de TC son los sistemas elásticos como las vendas o las medias, los sistemas de baja elasticidad con velcros autoajustables y los dispositivos de compresión neumática secuencial (35). Algunos ejemplos en la Imagen 11:



Imagen 11. Tipos de terapia compresiva.

Fuente: Roldán et al, 2017. Guía de Práctica Clínica Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas.

Antes de elegir el tipo de TC y nivel de compresión se determina la capacidad del paciente, la movilidad, las preferencias, la comodidad, el dolor, los costes, los recursos del cuidador y el tamaño y la forma de la extremidad (9,73). Las contraindicaciones para la TC son presentar una ITB $<0,50$, la insuficiencia cardíaca grave, la artritis, la neuropatía periférica avanzada y la alergia confirmada al material de la TC (7,35,75).

Las complicaciones más comunes de la TC son irritación de la piel y el prurito, el dolor y el disconfort (75). Esto hace que la adherencia al tratamiento sea más difícil de conseguir y llegar a los objetivos terapéuticos, se debería reevaluar la extremidad afectada, buscar sintomatología de deterioro del estado arterial y repetir el ITB. Además de revisar la pauta analgésica, considerar niveles de compresión más bajas u otro tipo de TC y explicar de nuevo sin tecnicismos las razones de la TC y sus beneficios (70,73,76).

Algunas de las recomendaciones para la aplicación de la TC con vendajes son (9,35,77):

- Aplicar hidratación en toda la extremidad con ácidos grasos hiperoxigenados.
- Protección de zonas óseas prominentes y el tendón de Aquiles.
- Igualar el perímetro de la extremidad tomando en consideración las extremidades delgadas que son más propensas a las lesiones por la TC.
- La presión la ejerce el profesional, así que su destreza será la clave para el éxito de la terapia (72). Debe seguir las instrucciones del fabricante iniciando el vendaje con el pie de la persona en dorsiflexión.
- Al finalizar el vendaje, evaluar el movimiento articular y hacer caminar a la persona.

Terapèutica farmacològica

La farmacoterapia es útil para la prevención y cicatrización de la UV, teniendo en cuenta en primer lugar la terapia más conservadora, como los cambios de estilo de vida, la terapia local y la TC. El fármaco antitrombótico que está indicado para el tratamiento de la UV es la **Sulodexida**, acelera la cicatrización y tiene mejores resultados junto a la TC (35,47,55,78).

La Pentoxifilina es un reductor de la viscosidad sanguínea que es efectivo en presencia de TC (7,35,55) pero también eficaz en su ausencia cuando no hay buena tolerancia por parte del paciente (79). Un flebotónico del grupo de los flavonoides es la Fracción Flavonoica Purificada y Micronizada (FFPM), que interviene en el tiempo de cicatrización de la UV cuando se usa junto a la TC disminuyendo la agregación plaquetaria y reduciendo el estrés oxidativo, entre otros (7,55,77,78,80).

El ácido acetilsalicílico es un antiagregante plaquetario que se menciona en varias bibliografías para la curación de la UV, pero su grado de evidencia y su recomendación no son tan altos como los fármacos anteriores (47,55,81).

Terapèutica quirúrgica

La terapia intervencionista es el tratamiento de la ECV más invasivo, cuyo objetivo es eliminar el RV para evitar la HTVA. Va a estar sujeta al estado clínico del paciente, sus preferencias, la disponibilidad, el criterio del especialista y el grado de afectación vascular (7,47,78). Existen una gran variedad de técnicas, las clásicas (stripping, flebectomía o CHIVA) o las endovenosas (térmica, química o mecánico-química Clarivein) (78). Respecto a la cicatrización y la prevención de las recidivas de la UV de etiología primaria, las técnicas más efectivas asociadas a la TC son (7):

- La clásica stripping, la CHIVA y la ablación endovenosa, esta última con la ventaja de no lesionar la piel de zonas afectadas por la EVC.
- La escleroterapia, como técnica endovenosa en el sistema venoso superficial y perforantes y en la base de la UV cuando es sangrante.
- El estudio ESCHAR mostró menor recidivas de la UV en el grupo de TC coadyuvado con intervención quirúrgica que el grupo que no estaba intervenido (82).

5.1. Prevención de la úlcera venosa

Prevención primaria de la úlcera venosa

- Ayudar a la persona a entender la IVC, evaluar el autocuidado y su capacidad física y mental. Una comunicación eficaz va a ser la base del cuidado holístico (7,9,76).
- Control de la IVC y los factores de riesgo (7,9).
- Recomendar medidas saludables: actividad física adecuada que estimule la bomba muscular para disminuir la HTVA, evitar periodos largos de sedestación/bipedestación, elevación 15-30° de EEII durante los descansos, baños a temperaturas bajas, tacones de 3-4cm, ropa adecuada que no comprima, evitar el sobrepeso, dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento y evadir fuentes de calor (7,9,35,48,78).
- Uso de TC adaptada a la situación de la persona (35), en CEAP C3-C4 resulta óptimo el uso de medias de 20-30 mmHg (7). Enseñar a colocarlas y a sustituirlas periódicamente, por tanto, la educación sanitaria será esencial para la adherencia a la TC (9,48).
- Cuidado de la piel: hidratación con ácidos grasos hiperoxigenados y uso de jabones con pH neutro y sin perfumes, para evitar la descamación y la sequedad cutánea (35,48,77).

Evitar las recidivas de la úlcera venosa

- La terapia intervencionista con el uso de las técnicas comentadas en el apartado anterior, "Terapéutica quirúrgica", son útiles para evitar las recidivas (7,9,34).
- La TC es el proceso más coste efectivo para evitar las recidivas de la UV. El uso de medias compresivas fuertes evita las recidivas de la UV, pero no siempre son bien toleradas, por lo que lo ideal sería el uso de medias con la compresión que la persona pueda tolerar (7,9,68,69,71).

5.2. Cuidado integral de la persona con úlcera venosa

La persona con UV puede presentar múltiples trastornos derivados de esta dolencia, como dolor, fatiga, falta de movilidad, mal olor, edema, trastornos del sueño, aislamiento social e incluso depresión. Se encuentra alterada la dimensión más biológica, pero también otras como la cognitiva, la emocional o la social, haciendo que impacten

negativamente en su calidad de vida. Del mismo modo, la cicatrización de la herida crónica se ve afectada por la presencia de toda esta sintomatología, la biológica y la más neuropsíquica (83).

La variedad de factores que acompañan a la persona con UV es muy amplia y por tanto, el cuidado que necesitan es complejo (31,32). Como dice Juvé en Ética del cuidado (84), "La salud no puede separarse de la persona, ni la persona del entorno, contexto y situación particular", son elementos interrelacionados que necesitan de una evaluación holística en la que se integren todas las necesidades, no solo las puramente biológicas, para ofrecer un cuidado integral.

El proceso enfermero es un método de pensamiento crítico y sistemático de conocimiento disciplinar que ayuda a la enfermera a tomar decisiones clínicas dirigidas a identificar, resolver y/o prevenir los problemas de la persona de una manera conjunta, implicando a la persona y a la familia. El proceso es circular y tiene diferentes fases, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El PC, que resulta del proceso enfermero, incluye el diagnóstico, derivado de la experiencia y el juicio clínico de la enfermera, la planificación de cuidados y su ejecución, en objetivos y resultados, que se reevaluarán para concluir o seguir con el proceso (85). Al aplicar el proceso de enfermería en los PC, los cuidados son con un enfoque centrado en la persona, holísticos y básicos para mantener o mejorar la salud (86).

Los PC utilizan lenguajes estandarizados, en la práctica asistencial enfermera es conocida la taxonomía NANDA, NOC, NIC (NNN), donde se incluyen diagnósticos de enfermería, objetivos y las intervenciones necesarias para conseguirlos. Existen otros, como la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10) o el sistema americano OMAHA (87). El lenguaje que se utiliza en los Centros de Atención Primaria (CAP) del ICS actualmente, es la terminología de interfase ATIC (Arquitectura, Terminología, Interfase-Información-enfermería y Conocimiento) creada por Juvé en 1992 (25). Este vocabulario no es simplemente un sistema de clasificación como los anteriores, sino que se basa en la práctica diaria, con un vocabulario más cercano a la comunicación entre profesionales, más específico y menos abstracto (25).

Los PCE pueden y deben individualizarse y adaptarse a la persona a la que se atiende según las necesidades y problemas que presente en la valoración del proceso enfermero. Es una herramienta dinámica que se irá actualizando según el progreso clínico de la persona (88). Desde 2017, el **proyecto ARES-AP** armoniza los PCE en la e-CAP de los CAP del ICS. Los PCE están sujetos al motivo de consulta más frecuentes, están validados y formulados con la terminología de interfase ATIC, además

de estar basados en la evidencia científica más actual, gracias a las revisiones periódicas a las que se someten por parte del grupo de enfermería clínica territorial y los referentes territoriales de ARES de los equipos de AP y otros, de forma más interna (25).

En los hospitales hace más de diez años que se utiliza ARES y el lenguaje ATIC con buenos resultados, la implantación en AP se debe a la incapacidad de objetivar el efecto de los cuidados de enfermería en AP y de los resultados de la encuesta realizada por el ICS en 2017 a las enfermeras de AP de Cataluña, con 1.814 respuestas, los PCE con NNN no se utilizaban lo suficiente, opinaban que no era un lenguaje entendible ni fácil de utilizar y que debería ser el mismo lenguaje que el del hospital para facilitar la continuidad asistencial (25,85).

En relación a la persona con UV, los objetivos de ARES-AP son (25,89):

- Asegurar la calidad en la asistencia por medio de la evidencia científica, considerando la especificidad del individuo adaptando los PCE según necesidad y utilizando el proceso enfermero.
- Ampliar las etiquetas diagnósticas correspondientes a los diferentes tipos de heridas, incluyendo así las heridas crónicas, asociando indicadores y estimando la prevalencia e incidencia de las personas atendidas con este problema.
- Evitar la variabilidad en la práctica clínica, facilitar el registro y mejorar la seguridad de la historia clínica de la persona que se atiende en AP.
- Aumentar el conocimiento enfermero teniendo a disposición documentos, guías y protocolos en línea, impulsando el desarrollo profesional y ofreciendo material didáctico al paciente.

Dentro de los PCE se pueden encontrar escalas, cuestionarios y otras herramientas validadas para evaluar la CVRS de la persona. En ARES-AP, el PCE de "Úlcera Venosa" no dispone de ningún instrumento de evaluación porque se integra en el PCE de su propia etiología, en la plataforma llamado "Insuficiencia venosa periférica" (IVP) y denominado en la bibliografía "Insuficiencia venosa crónica". En este último PCE, se puede encontrar el **CIVIQ-20** (Cuestionario de Calidad de Vida para la Insuficiencia Venosa Crónica) (25), un cuestionario autoadministrado y adaptado al castellano por Lozano, et al. (90), comprende 20 ítems en cuatro dimensiones, dolor, social, física y psicológica, siendo la puntuación más alta la máxima calidad de vida en la persona que presenta IVC (90).

Otras herramientas útiles para la valoración de la calidad de vida no genéricas en personas con UV son:

- **CCVUQ-e** (Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire versión española): cuestionario autoadministrado de 20 ítems determinando cuatro dimensiones, función social, actividades domésticas, la estética y el estado emocional. A menor puntuación, mejor calidad de vida en personas con UV (91,92).
- **Wound-Qol**: cuestionario autoadministrado específico para pacientes con heridas crónicas, validada al español en 2020 por Conde-Montero, et al. (93). Con 17 preguntas sobre cómo se sienten con la lesión/es, distribuidas en tres subescalas, cuerpo, psique y vida cotidiana. Con puntuaciones de 0 (nada) a 4 (mucho), siendo la más alta una menor calidad de vida (93).

5.3. Conocimiento de enfermería sobre el manejo de la persona con úlcera venosa

Partiendo de la base que la práctica clínica está influenciada en parte por el conocimiento teórico-práctico resulta relevante investigar cuál es el conocimiento actual del personal de enfermería sobre el manejo de la persona con UV. Si se tiene en cuenta la formación específica en la materia y la formación continuada, un gran porcentaje de enfermeras han recibido enseñanza especializada, llegando a cifras que rozan el 92% (19,20). Este dato discrepa de la evidencia mencionada anteriormente, donde casi 2/3 de las enfermeras manifiestan un déficit de conocimiento sobre el manejo de las úlceras venosas (18) y despierta la duda sobre la calidad de la formación recibida.

Con el fin de entender mejor la influencia del conocimiento en la práctica habitual, realizar un análisis de la praxis enfermera puede entenderse como una aproximación a entender el nivel de conocimiento del cuidado de personas con UEEII. Uno de los estudios con mayor impacto a nivel estatal es el Estudio EDIPO, cuyo objetivo es describir la relación entre las características profesionales, así como sociodemográficas del personal de enfermería y las prácticas habituales en la atención de personas con UEEII (19).

En el estudio EDIPO se evidencia que los profesionales acreditados como enfermeras referentes en curas de heridas (en comparación con las enfermeras no referentes) fueron las que habían recibido más formación, utilizaban la palpación de pulsos, el ITB y la observación de la clínica como métodos diagnósticos, y realizaban una mejor selección del apósito en función de la úlcera (19).

En referencia a uno de los pilares claves del tratamiento de las UV, la terapia de compresión, también se encontraron diferencias entre las enfermeras referentes y no referentes. Aun así, ambos grupos optaron por utilizar vendas crepé (las enfermeras no referentes en mayor proporción) en lugar de la técnica Gold Standard, el vendaje multicapa (19).

Como conclusión, se objetivó que la formación específica es clave para asegurar un buen conocimiento del manejo integral de las UEEI ya que fueron las enfermeras referentes las que demostraron un mejor conocimiento y utilizaron menos prácticas no recomendadas en el manejo de las úlceras, en comparación con las enfermeras no referentes. La formación que las enfermeras referentes recibieron consistió en cursos de postgrado o másteres, o bien formación continuada superior a 100 horas, por lo que la cantidad de carga lectiva inferior a 100 horas se consideraría insuficiente a nivel cuantitativo (19).

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con metodología cuantitativa de encuesta.

6.2. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en determinados CAP de la Región Sanitaria Camp de Tarragona que gestiona el ICS y el CAP Muralles no gestionado por el ICS.

Los centros seleccionados para el estudio fueron los siguientes:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. CAP Sant Pere i Sant Pau | 7. CAP Jaume I |
| 2. CAP Constantí | 8. CAP Muralles |
| 3. CAP El Morell | 9. CAP Sant Salvador |
| 4. CAP Salou | 10. CAP Torreforta-La Granja |
| 5. CAP Bonavista-La Canonja | 11. CAP Vila-Rodona |
| 6. CAP Nou Tàrraco | 12. CAP Les Borges del Camp |

13. CAP Cornudella de Montsant

17. CAP Mont-roig del Camp

14. CAP Falset

18. CAP Sant Pere

15. CAP Montblanc

19. CAP Llibertat

16. CAP Valls

20. CAP Horts de Miró

6.3. Periodo de estudio

La duración del estudio fue de 9 meses, en un plazo comprendido entre septiembre de 2021 a mayo de 2022. Constó de 4 fases según el cronograma propuesto (Anexo 2); una fase inicial conceptual, una metodológica, una empírica y una última fase de redacción.

6.4. Población y muestra

La población estudio está constituida por todas las enfermeras/os que trabajan durante el periodo de estudio en un CAP de los seleccionados y mencionados anteriormente y que cumplan con los criterios de inclusión.

Cálculo del tamaño de la muestra y tipo de muestreo

Para elaborar una muestra hipotética, se empleó el tipo de muestreo no probabilístico accidental, partiendo de la información que nos facilitaron los centros sobre el número de enfermeras/os (Población de estudio N=260). El número de personas que se debían seleccionar para la muestra, con el fin de lograr unos resultados representativos con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, fue de 156 enfermeras, calculado con la herramienta on-line de la plataforma SurveyMonkey®.

Sin embargo, fue la cantidad de cuestionarios respondidos la que determinó el tamaño de la muestra (n=86).

6.5. Criterio de selección

- Criterios de inclusión
 - Ser graduado/a o diplomado/a en enfermería.
 - Atender a personas con úlceras de la extremidad inferior en el ejercicio de la profesión.

- Trabajar de manera indefinido o eventual en un CAP gestionado por el ICS de la Región Sanitaria Camp de Tarragona o el CAP Muralles, durante el periodo de estudio.
- Criterio de exclusión: atender a la población pediátrica con úlceras de la extremidad inferior.

6.6. Instrumento de recogida de datos

Se realizó una búsqueda bibliográfica inicial con el fin de encontrar un cuestionario validado que pudiera ser de utilidad para el estudio. Se consultaron diferentes bases de datos (PubMed, Cinhal, Cuiden y Dialnet) utilizando como palabras clave las siguientes: conocimiento enfermero, úlcera venosa, plan de cuidados, cuidado integral y sus correspondientes “mesh terms”.

Se identificó un instrumento validado y adaptado al castellano denominado LUCNAK (Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge) modificado (94), que fue descartado por estar focalizado en los conocimientos sobre la terapia compresiva de las enfermeras de Atención Primaria. Además, la modificación del cuestionario partió de estudios de metodología cualitativa por lo que la utilización del instrumento no permite la generalización de los hallazgos a la población general.

En definitiva, no se encontró ningún cuestionario validado que pudiera servir para el propósito de la investigación, por lo que se elaboró un cuestionario *ad hoc* que constó de dos partes bien diferenciadas: una primera parte de conocimientos sobre la UV y una segunda parte sobre conocimientos y uso de los PC propuestos por el programa ARES-AP.

La elaboración del cuestionario se basó, por un lado, en preguntas de elaboración propia (preguntas 5, 7, 12 a 14, 16 y 20 a 26) basadas en las recomendaciones de la literatura existente sobre el tema de investigación (9,25,35,95). Y por otro lado, se utilizó parcialmente el cuestionario *ad hoc* “Conocimientos y aptitudes sobre las UV y su tratamiento” (96), solicitando formalmente consentimiento a las autoras del cuestionario, obteniendo su aquiescencia. Dicho cuestionario ha sido utilizado anteriormente en investigación, con resultados publicados en el estudio “Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento” (18) y sus preguntas están basadas en las recomendaciones de la CONUEI (7).

El cuestionario *ad hoc* resultante (Anexo 3) tuvo un tiempo estimado de realización de 10 minutos. Constó de 26 ítems, con opción de respuesta múltiple siendo una sola válida y se desglosaron de la siguiente manera:

- **Preguntas 1 a 7:** son las variables sociodemográficas de los participantes. Han sido seleccionadas en referencia a estudios similares anteriores.
- **Pregunta 8 y 9:** extraídas de la recomendación 2.B “Sobre la fisiopatología de la úlcera de etiología venosa” de la CONUEI, con un nivel de evidencia alto y un grado de recomendación 1A.
- **Preguntas 10 y 11:** extraídas de la recomendación 2.D “Sobre el diagnóstico clínico de la úlcera de etiología venosa” de la CONUEI, con un nivel de evidencia alto y un grado de recomendación 1A.
- **Pregunta 12:** extraída de la recomendación 1.V “Sobre el impacto en la calidad de vida de las úlceras de extremidad inferior” de la CONUEI, con un nivel de evidencia alto y un grado de recomendación 1A.
- **Preguntas 13 y 14:** extraídas del resumen de evidencias de la Guia de Pràctica Clínica sobre el Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors.
- **Pregunta 15, 17, 18 y 19:** extraídas de la recomendación 2.H “Sobre el tratamiento de úlcera de etiología venosa: terapéutica de compresión” de la CONUEI, con un nivel de evidencia alto y un grado de recomendación 1A.
- **Pregunta 16:** extraída de la recomendación 1.S “Sobre las estrategias de tratamiento local. Control del tejido no viable. Limpieza y desbridamiento” de la CONUEI, con un nivel de evidencia algo y un grado de recomendación 1ª.
- **Pregunta 20:** extraída del resumen de evidencias de la Guia de Pràctica Clínica sobre el Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors y de la Guía práctica nº2 de úlceras de la extremidad inferior con un grado de recomendación A.
- **Preguntas 21, 23, 25 y 26:** elaboradas a partir de las recomendaciones del documento Plans de cures estandaritzats per a persones ateses en atenció primària.
- **Preguntas 22, 24:** elaboradas como preguntas de opinión para alcanzar los objetivos propuestos en el estudio.

Se incorporó una nota de presentación al inicio del cuestionario (Anexo 4) en la cual se informaba del objetivo de estudio y las instrucciones para cumplimentar el cuestionario. También se incluyó información sobre el tratamiento de la información, la

confidencialidad, anonimato y participación voluntaria. Se ofrecieron datos de contacto para facilitar la comunicación entre el participante y las investigadoras ante dudas que pudieran surgir. Por último, el cuestionario fue traducido al catalán pudiendo escoger el idioma de preferencia al inicio de este.

Respecto a la temática de las preguntas, se dividen en 3 apartados:

- **Preguntas 1 a 7:** hacen referencia a las características sociodemográficas de los participantes.
- **Preguntas 8 a 21, 23 y 26:** hacen referencia a los conocimientos sobre conceptos relacionados con las UV y los PC relacionados, "Úlcera Venosa" e "Insuficiencia Venosa Periférica".
- **Preguntas 22, 24 y 25:** interrogan sobre las opiniones de los participantes hacia los planes de cuidados establecidos para la atención a las personas con úlceras de etiología venosa.

6.7. Criterios de evaluación utilizados

En la evaluación de las preguntas de conocimiento (8 a 21, 23 y 26) se establecieron tres niveles diferentes. Se realizó de la siguiente manera, tomando como referencia estudios anteriores sobre el mismo ámbito (96): nivel bajo (0 a 8 puntos), nivel medio (9 a 12) y nivel alto (13 a 16 puntos). En referencia a las preguntas de opinión (22, 24 y 25) se evaluaron de forma cualitativa.

6.8. Prueba piloto

Ante la imposibilidad de realizar un pilotaje del cuestionario, este se presentó a cuatro personas con documentada experiencia en el ámbito de estudio, así como a otro experto en metodología cuantitativa, con el fin de valorar aspectos de comprensión e interpretación de las preguntas e implementar las mejoras necesarias.

6.9. Proceso de recogida de datos

Previa a la recogida de datos, se obtuvo el consentimiento de la coordinadora territorial del Grupo de trabajo ARES-AP del Camp de Tarragona. A continuación, se contactó vía e-mail con la dirección de los CAP seleccionados con el fin de informar del presente estudio. En el correo electrónico se adjuntó un póster informativo (Anexo 5), un enlace

directo al cuestionario y un mensaje predefinido (Anexo 6) para realizar la difusión interna. También se solicitó permiso para entregar el póster informativo en persona y poder realizar una sesión presencial con los posibles participantes.

Todos los centros seleccionados accedieron a la entrega presencial de un póster informativo provisto de un código QR con enlace directo al cuestionario. Sin embargo, no fue posible realizar una sesión clínica informativa por la situación pandémica en el momento del estudio.

La recogida de datos se llevó a cabo del 17 de enero al 29 de marzo del 2022, a través de un cuestionario anónimo autoadministrado en formato on-line creado mediante la plataforma SurveyKiwi®, accesible a través de teléfono móvil, tableta y ordenador.

Los datos fueron recogidos a través de la misma plataforma que se utilizó para la creación del cuestionario manteniendo la confidencialidad y anonimato de los participantes para su posterior análisis. Los datos fueron revisados semanalmente por ambas investigadoras.

6.10. Variables de estudio

Las variables de estudio que se recogieron en el cuestionario *ad hoc*, así como su tipología, su definición conceptual y operacional. Son las variables que se presentan a continuación en la Tabla 3:

DATO	VARIABLE		TIPO DE VARIABLE
	Definición conceptual	Definición operacional	
SOCIODEMOGRÁFICO	Edad (Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo)	En años	Cuantitativa continua
	Género (Característica biológica que clasifica a la especie humana en hombres y mujeres)	Masculino Femenino No binario	Cualitativa nominal policotómica
	CAP (Lugar donde se trabaja en el momento del estudio)	Especificar	Cualitativa nominal policotómica
	Experiencia profesional en enfermería (Conjunto de aptitudes y habilidades adquiridas durante un periodo de tiempo)	En años por intervalos	Cualitativa ordinal policotómica
	Situación laboral (Situación de actividad laboral en el momento del estudio)	Indefinido/Eventual	Cualitativa nominal dicotómica

	Formación previa en heridas crónicas (Trayectoria formativa en heridas crónicas, previa a la realización del cuestionario)	Sí/No	Cualitativa nominal dicotómica
	Formación ARES-AP (Trayectoria formativa en ARES-AP, previa a la realización del cuestionario)	Sí/No	
CONOCIMIENTO	General sobre las UV (Información y habilidad teórica adquirida sobre las úlceras venosas)	Nivel bajo Nivel medio Nivel alto	Cualitativa ordinal policotómica
	Sobre valoración integral de las UV (Información y habilidad teórica adquirida sobre las úlceras venosas)		
	Sobre el manejo de UV (Información y habilidad teórica adquirida sobre el manejo de las úlceras venosas)		
	Sobre la prevención de UV (Información y habilidad teórica adquirida sobre la prevención de las úlceras venosas)		
	Sobre uso PPCC de ARES (Información y habilidad teórica adquirida sobre los planes de cuidados)		
OPINIÓN	Sobre PPCC de ARES (Idea, juicio o concepto personal sobre los planes de cuidados de ARES-AP)	Especificar	Cualitativa nominal policotómica

Tabla 3. Relación de variables de estudio, definición conceptual y operacional.

6.11. Análisis estadístico y tratamiento de los datos

Los datos obtenidos fueron codificados y analizados con el programa estadístico Jamovi® versión 2.0.0. para iOS. Se aceptó la significación estadística cuando $p < 0,05$ con un Intervalo de Confianza (IC) del 95%. También se utilizó el programa Microsoft Excel® para la elaboración de gráficos y tablas.

Se realizó una descripción cuantitativa de las variables categóricas, utilizando frecuencias y porcentajes. La posible relación entre estas variables se estudió mediante un análisis bivariable con la prueba de Chi cuadrado (X^2).

Para describir las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y su representación gráfica mediante diagramas de cajas. Previo al análisis de relación entre las variables cuantitativas se realizaron pruebas de requisito de Normalidad mediante Shapiro-Wilk ($p < 0,05$). El incumplimiento de este criterio condicionó la utilización de pruebas no paramétricas, concretamente un contraste de medias con la prueba U de

Mann Whitney para muestras independientes. Por último, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (H), al no cumplirse el requisito de Normalidad para la prueba ANOVA, con la intención de buscar nuevas asociaciones entre variables cuantitativas y cualitativas.

7. RESULTADOS

El número de cuestionarios respondidos determinó una muestra final de n=86. Este número dista de la “n” óptima (n=156), aun así, se logró un 33,1% de respuestas. En la Tabla 4 se muestra una descripción de las variables sociodemográficas. Se destaca que el perfil mayoritario de la muestra es femenino, en situación laboral indefinida, con una experiencia profesional mayor a 15 años y con formación en heridas crónicas y en ARES-AP.

Edad media					44,9 años
Género	Masculino	12 (14,0%)	Situación laboral	Indefinido/a	68 (79,1%)
	Femenino	74 (86,0%)		Eventual	18 (20,9%)
Centro de Atención Primaria	Sant Pere i Sant Pau	4 (4,7%)	Les Borges del Camp	1 (1,2%)	
	Constantí	4 (4,7%)	Vila-Rodona	8 (9,3%)	
	El Morell	3 (3,5%)	Montblanc	6 (7,0%)	
	Bonavista-La Canonja	5 (5,8%)	Cornudella Montsant	1 (1,2%)	
	Salou	7 (8,1%)	Falset	5 (5,8%)	
	Jaume I	7 (8,1%)	Horts de Miró	3 (3,5%)	
	Nou Tàrraco	4 (4,7%)	Valls	6 (7,0%)	
	Torreforta-La Granja	8 (9,3%)	Mont-roig del Camp	4 (4,7%)	
	Murallas	5 (5,8%)	Sant Pere	2 (2,3%)	
	Sant Salvador	2 (2,3%)	Llibertat	1 (1,2%)	
Experiencia profesional	1 - 5 años	9 (10,5%)	11 - 15 años	11 (12,8%)	
	6 - 10 años	11 (12,8%)	>15 años	55 (6,04%)	
Formación heridas crónicas	Sí	75 (87,2%)	Formación ARES-AP	Sí	80 (93%)
	No	11 (12,8%)		No	6 (7,0%)

Tabla 4. Relación resultados datos sociodemográficos.

Como se representa en el Gráfico 1, el nivel de conocimiento relacionado con la UV y los planes de cuidados de las enfermeras es mayoritariamente medio (61,6%), obteniendo tan solo un 4,7% de la muestra, un nivel alto de conocimientos.

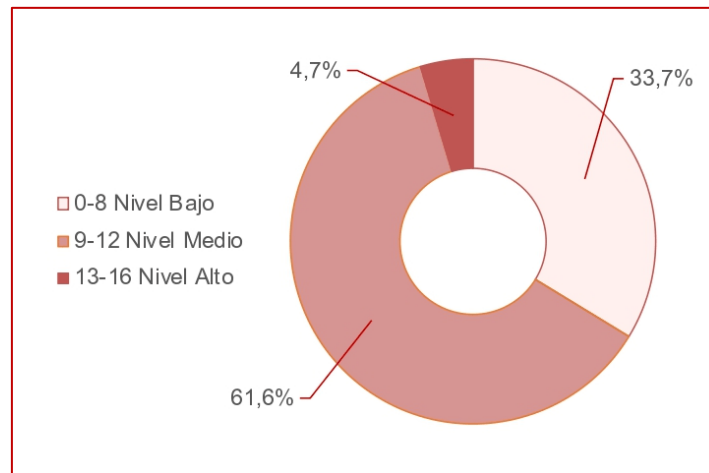


Gráfico 1. Nivel de conocimientos en úlcera venosa y planes de cuidados.

La mediana de aciertos de las 16 preguntas relacionadas con el conocimiento fue de 9, coincidiendo con la media y con una desviación típica de 2,71. De este modo, el 56,25% de la muestra alcanzó el 50% de las preguntas acertadas.

En referencia a las preguntas que corresponden a la evaluación del **conocimiento de la UV** (Gráfico 2), de un total de 13, fueron 9 las preguntas contestadas correctamente por más del 50% de la muestra. Las preguntas que obtuvieron más aciertos fueron las relacionadas con la localización de la úlcera (P10) y su tratamiento (P15).

En cuanto a la TC, la mayoría utiliza el vendaje multicomponente (64%) y el resto, hacen uso del vendaje con crepé considerándolo el más adecuado (31,4%). Por el contrario, las preguntas con menor número de aciertos fueron las relacionadas con la calidad de vida (P12) y valoración nutricional (P13) en la persona con UV.

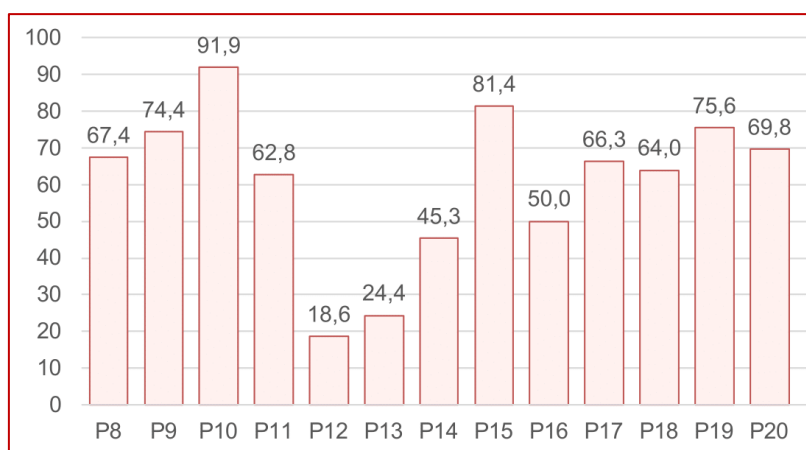


Gráfico 2. Porcentajes de preguntas acertadas sobre conocimiento úlcera venosa.

En cuanto a las preguntas vinculadas **al conocimiento y uso de los planes de cuidados del ARES-AP** (P21 a P26), se destaca lo siguiente:

- a) Sobre el criterio que se utiliza para la elección de un PCE (P21), solo un 11,6% acertaron, eligiendo la descripción del PCE como criterio.
- b) A la pregunta sobre la decisión de no utilizar los PCE (P22), la carga asistencial/falta de tiempo fue el motivo principal con un 72,1%, seguido de un 12,8% que opinaron que no consideraban los PCE de utilidad para lograr los objetivos terapéuticos.
- c) En referencia a la selección del PCE ante una UV en estadio CEAP 6 (P23) el 32,6% seleccionó la opción correcta, "Insuficiencia Venosa Periférica" con Úlcera Venosa". Un 44,2% seleccionó el PCE "Úlcera Venosa" únicamente, aunque un 65,1% era conecedor de la indicación de usar ambos PCE conjuntamente (Gráfico 3).

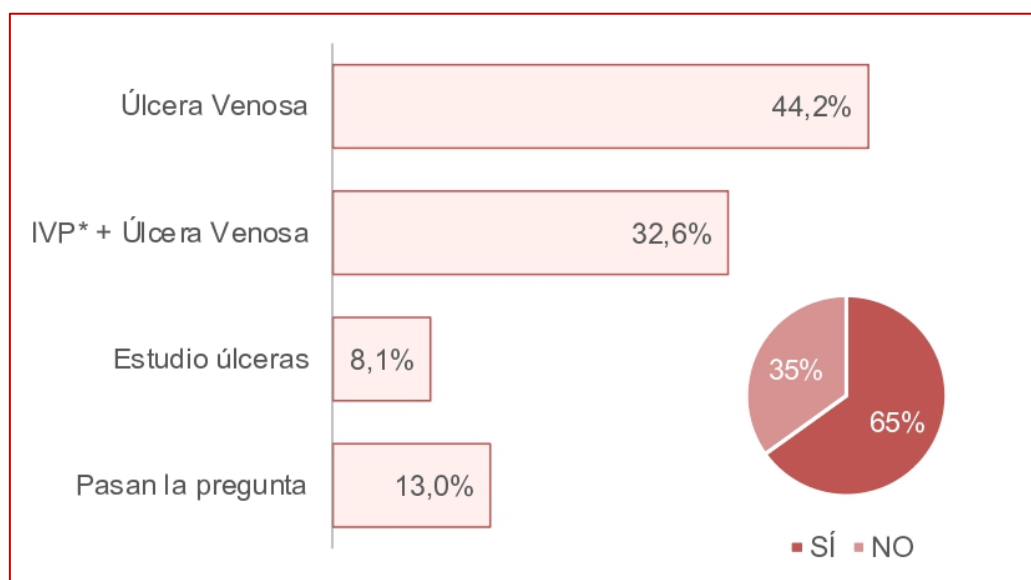


Gráfico 3. Porcentajes de respuestas en P23 y P26.
*Insuficiencia Venosa Periférica.

- d) Un 60,5% de la muestra consideró que el PCE "Úlcera Venosa" garantiza un cuidado integral de la persona (P24). La opinión contraria fue respaldada por un 30,2%, de los cuales un 73,1% consultó el documento informativo de apoyo que proporciona el ARES (P25).

Como se muestra en el Gráfico 4, los participantes que no habían recibido formación en heridas crónicas y en ARES-AP, son los que obtuvieron menor puntuación en los resultados del cuestionario. Aun así, esta diferencia de aciertos entre variables es mínima.

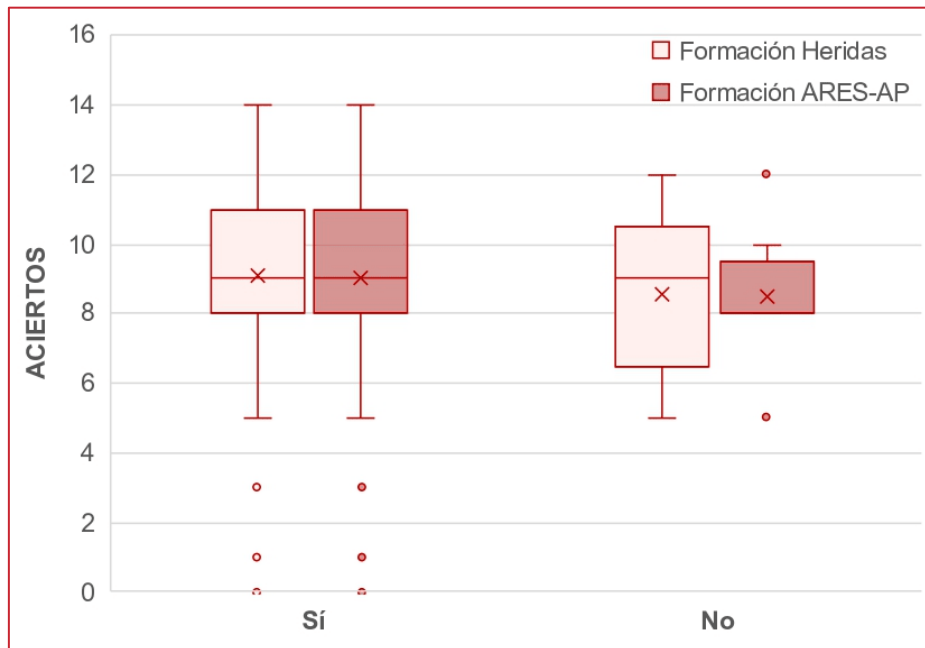


Gráfico 4. Distribución de aciertos según la formación recibida.

La mínima disparidad entre los aciertos en función de la formación derivó a la utilización de un contraste de medias para las variables cuantitativas (aciertos, formación en heridas crónicas y formación en ARES-AP). No presentaron Normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$) y se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney sin encontrarse resultados estadísticamente significativos.

Se contrastó con la prueba de independencia de Chi cuadrado la posible asociación entre las respuestas correctas de cada pregunta según la existencia de formación específica. El análisis entre estas dos variables categóricas indicó asociaciones estadísticamente significativas en:

- **Localización UV (P10):** con un resultado de $X^2 = 6,18$; $p = 0,013$, un valor en la Prueba exacta de Fisher de $p = 0,042$ y una fuerza de asociación baja (V de Cramer = 0,268). El riesgo relativo es de 1,57, por lo que la probabilidad de obtener un resultado correcto ha estado 1,57 veces más elevado en el grupo que ha recibido formación del que no la ha recibido (IC 95%: 0,825 a 3,00).
- **Valoración nutricional (P13):** con un resultado de $X^2 = 6,20$; $p = 0,013$, un valor en la Prueba exacta de Fisher de $p = 0,022$ y una fuerza de asociación baja (V de Cramer = 0,269). El riesgo relativo es de 0,774, por lo que la probabilidad de obtener un resultado correcto fue 0,774 veces menor en el grupo que ha recibido formación del que no la ha recibido (IC 95%: 0,585 a 1,02).

PREGUNTAS	FORMACIÓN		χ ²	p*	
	SÍ	NO			
Conocimiento general	P8	65,3%	81,8%	1,19	0,276
	P9	73,3%	81,8%	0,363	1,12
	P10	94,7%	72,7%	6,18	0,013
	P11	61,3%	72,7%	0,533	0,465
Valoración integral	P12	17,3%	27,3%	0,626	0,429
	P13	20,0%	54,5%	6,20	0,013
	P14	46,7%	36,4%	0,411	0,522
Manejo de la úlcera venosa	P15	81,3%	81,8%	0,00149	0,969
	P16	53,3%	27,3%	2,61	0,106
	P17	66,7%	63,6%	0,0394	0,843
	P18	62,7%	72,7%	0,421	0,516
	P19	76,0%	72,7%	0,0557	0,813
Prevención	P20	70,7%	63,3%	0,225	0,635
Planes de cuidados	P21	10,0%	33,3%	0,0790	0,085
	P23	30,0%	66,7%	1,19	0,065
	P26	63,7%	83,3%	0,942	0,332

Tabla 5. Respuestas correctas en función de la existencia de formación específica.
*p (significación si <0,05).

Se realizó un contraste de medias para más de dos grupos, determinando si había diferencias en el número de aciertos entre las cuatro categorías de años de experiencia (resultados descriptivos en Tabla 6). Se utilizó la prueba no-paramétrica Kruskal-Wallis H al no cumplirse el requisito de Normalidad para la prueba ANOVA, pero sí mostrarse homocedasticidad. El número medio de aciertos varió de manera estadísticamente significativa entre las cuatro categorías de años de experiencia (H=11,8; p=0,008). El tamaño del efecto fue moderado ($\epsilon^2=0,139$). Las diferencias estadísticamente significativas se focalizaron entre el grupo de 11 a 15 años y el resto.

	EXPERIENCIA	N	Media	Mediana	Desviación típica
ACIERTOS	> 15 años	55	9,13	9	2.74
	11 - 15 años	11	6,64	7	2.46
	6 - 10 años	11	10,18	10	2.32
	1 - 5 años	9	9,78	9	1.56

Tabla 6. Resultados descriptivos de aciertos en función de años de experiencia.

8. DISCUSIÓN

Este estudio ha permitido determinar el conocimiento actual sobre el cuidado integral de la persona con úlcera venosa, de las enfermeras de Atención Primaria que prestan servicio en la Región Sanitaria Camp de Tarragona. Asimismo, analiza el uso y conocimiento actual de los planes de cuidados relacionados con el manejo de la úlcera de etiología venosa, que propone el proyecto ARES-AP por parte de las mismas enfermeras.

La investigación se asemeja en tamaño de muestra y representatividad al único estudio encontrado en la literatura que aborda específicamente el nivel de conocimientos de las enfermeras acerca de las UV (18), siendo la primera investigación que, además, analiza el conocimiento sobre los PCE específicos para UV en el ámbito comunitario. Otros estudios de impacto, como EDIPO (19) y ATENEA (20), abordan el conocimiento sobre las heridas crónicas en EEII, coincidiendo con el presente trabajo en las conclusiones relacionadas con la UV, sin embargo, la falta de validación externa de este estudio condiciona a ser cautos en las comparaciones.

Uno de los objetivos iniciales de este trabajo era definir el grado de conocimientos de los participantes el cual resultó ser un **nivel medio**. Por el contrario, en el año 2014, el estudio observacional de Pardo y González (18) objetivó que los profesionales mostraban un nivel bajo de conocimientos. De la misma manera, los años de experiencia laboral se relacionaron significativamente con el nivel de conocimiento sobre la UV. Kumarasinghe et al. (97) en su estudio sobre úlceras en el pie diabético, obtuvieron datos similares. Este hecho podría deberse a que la enfermera con mayor experiencia laboral ha podido desarrollar más conocimientos a través de la práctica clínica y a la realización de cursos específicos, como apuntan las frecuencias analizadas de formación entre los años de experiencia, siendo la persona con más experiencia laboral la que tiene más formación específica.

Acerca de las preguntas con mejor puntuación, este estudio obtuvo resultados similares a los de Pardo y González (18) en relación a localización de la UV (91,9% y 79,2% respectivamente) y su tratamiento (81,4% y 69,6%). Mientras que las preguntas con menor puntuación fueron aquellas relacionadas con la nutrición y la calidad de vida de la persona con UV. En referencia la valoración nutricional, el programa ARES-AP incluye, dentro del PCE “Insuficiencia Venosa Periférica”, la intervención de hábitos alimentarios como parte de los consejos de estilo de vida saludable, pero no tiene accesible ninguna herramienta estandarizada de las recomendadas por las últimas GPC y documentos de consenso (7,9,65). Es destacable que la existencia de formación

específica está relacionada con tener más conocimientos generales sobre la UV, en este caso, su localización y menor conocimientos sobre la valoración integral de la persona, como es la valoración nutricional. Este último dato resulta de gran relevancia para una posible evaluación de la formación que se ofrece a los profesionales de enfermería.

En lo concerniente a la calidad de vida, es importante tener presente que es el propio profesional el que solicita más formación sobre la materia (20). En el ámbito de estudio, al no utilizar el PCE de “Insuficiencia Venosa Periférica”, puede que enfermería no esté familiarizada con su evaluación mediante el cuestionario CIVIQ-20 que propone ARES-AP. Frente a esta dificultad específica y actual que presenta la zona estudiada (98), seleccionando únicamente el PCE “Úlcera Venosa”, se podrían añadir instrumentos más focalizados que valoren la calidad de vida de la persona con UV, como la Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire versión española (CCVUQ-e) o la Wound-QoI (91,93). El estudio cualitativo de Samaniego y Palomar (15) sobre la calidad de vida en personas con heridas crónicas, describe el notable deterioro funcional y social de este tipo de pacientes. El monitoreo de la calidad de vida ayuda a comparar el efecto terapéutico de las técnicas utilizadas durante el manejo de la UV, por ende, es importante que la enfermera entienda el impacto que puede tener en la persona aplicar o no una herramienta de evaluación de calidad de vida y su seguimiento (99).

El segundo objetivo de esta investigación era definir el uso y conocimiento actual de los PCE que propone el proyecto ARES-AP. Debido a la falta de estudios actuales sobre el nivel de conocimiento en ARES-AP resulta difícil realizar comparaciones, sin embargo, los datos de este trabajo y la falta de correlaciones asociadas con la formación específica señalan que es precisa la realización de estudios futuros.

Un dato importante a tener en cuenta es que los resultados de este estudio sobre el uso indicado de PCE, coinciden con los datos extraídos de la práctica clínica de los EAP de la Región Sanitaria Camp de Tarragona (98). Es decir, el profesional conoce la indicación de utilizar los dos PCE de manera conjunta para ofrecer un cuidado integral, pero en cambio, se continúa aplicando únicamente el PCE de UV. Este hecho podría deberse a la carga asistencial o la falta de tiempo del personal de enfermería, siendo ambas razones el motivo principal por el cual las enfermeras de este estudio decidieron no utilizar un PCE en un 72,1% de los casos. En la literatura se pueden encontrar estudios recientes sobre el Burnout en profesionales de enfermería de AP (100,101), que indican que la carga asistencial es un factor laboral relacionado con el estrés crónico de la enfermera, generándole desmotivación y el consecuente deterioro de la calidad asistencial que se le ofrece a la comunidad.

En lo concerniente a la formación en heridas crónicas, este estudio determinó que el 87,2% de las enfermeras habían recibido formación previa. Estos resultados son similares al estudio EDIPO (19) con un 92,4% y ATENEA (20) con un 91,2%. No se encontró asociación entre la formación recibida y el nivel de conocimiento, sin embargo, sí hay evidencia previa de esta relación, haciendo énfasis en la importancia de la cantidad de horas de la formación, así como de su calidad (19). Pese a esto, el conocimiento enfermero sigue siendo bajo-medio. Estos datos insinúan que los cursos podrían no estar completamente adaptados a la práctica clínica enfermera o a las necesidades reales de formación y aprendizaje del profesional.

En términos de TC, el presente estudio apoya la existencia de la variabilidad en la práctica asistencial, predominando el vendaje multicapa como Gold Standard en un 64%, así como también el uso de la venda crepé en el abordaje de la UV. El 1º Estudio Nacional de Prevalencia de las Úlceras de Pierna en España de 2002 (102) fue el primero que evidenció la presencia de variabilidad en la elección de la TC, liderando la venda crepé con un 58,6%. En 2014, Pardo y González (18), ratificaron la variabilidad y apuntaron que un 36% utilizó vendaje multicapa. Finalmente en 2018, el estudio EDIPO (19) demostró un 37,1% de utilización para el mismo vendaje Gold Standard. Es necesario investigar sobre el motivo de utilización de vendajes no aptos para el manejo de la UV, como lo es el vendaje crepé, bien sea por la falta de formación, el desconocimiento de la importancia de la TC en la IVC o por el propio miedo a causar un efecto adverso aplicando la TC. En el estudio de cohorte de Stansal et al (103), solamente el 51,7% de las TC aplicadas fueron correctas consiguiendo el control del edema, los errores más comunes por parte del profesional fueron los de aplicación, como la falta de cobertura del talón, y los de presión inadecuada. Una vez más, la carga asistencial y la falta de tiempo son protagonistas en esta cuestión, pudiendo llegar a modificar la práctica clínica de las enfermeras, que en ocasiones, obvian procedimientos con evidencia (19).

Cabe resaltar, por otra parte, que aunque se haya mejorado la práctica clínica en el manejo de la UV, siguen vigentes algunas prácticas desaconsejadas por la evidencia científica (7), como la aplicación de TC en una ITB <0,5 por un 18,6% de la muestra de este estudio, coincidiendo con el 14,8% de personas que aplican la TC en úlceras isquémicas, según el estudio EDIPO (19). De la misma forma, en la limpieza de la UV, el 50% de la muestra opta por utilizar antisépticos locales, aunque no presenten signos de infección.

En síntesis, esta investigación aporta datos valiosos sobre uno de los retos en salud actuales, asociados a una población cada vez más longeva y con problemas de salud crónicos como son las personas con UV.

9. CONCLUSIONES

Respondiendo a la pregunta de investigación planteada, se considera que el conocimiento enfermero y el uso de planes de cuidados del programa ARES-AP, influye en el cuidado integral de la persona con UV. Principalmente, por la ausencia de intervenciones en lo concerniente a aspectos biopsicosociales que se han observado en los resultados obtenidos. En referencia a los objetivos planteados inicialmente, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimiento de las enfermeras que trabajan en los CAP gestionados por el ICS y el CAP Muralles de la Región Sanitaria Camp de Tarragona, fue medio con relación al cuidado integral y los planes de cuidados en la persona con UV.
- Los años de experiencia se relacionaron con el nivel de conocimiento y además, las enfermeras que tenían una experiencia de 6 a 10 años son las que obtuvieron mejores resultados.
- La formación es apropiada para lograr conocimientos generales sobre la UV, sin embargo, se encontró una relación de asociación entre la formación específica y un menor conocimiento en valoración nutricional, lo que lleva a plantearse si la formación posgrado en esta materia es adecuada.
- Las preguntas con mejor puntuación fueron las relacionadas con el conocimiento general sobre la UV, concretamente la localización y su tratamiento.
- Se presentan limitaciones en el conocimiento de la evaluación de la calidad de vida de la persona con UV. La mayoría no respondió la pregunta (P12) y solo 1/3 escogió el cuestionario CIVIQ-20, propuesto en ARES-AP.
- Sigue estando presente la anamnesis de hábitos dietéticos para realizar la valoración nutricional, pero se necesita estandarización para evitar la variabilidad en el cuidado mediante la utilización de instrumentos validados.
- Con respecto a la TC, se identifica variabilidad en el uso de técnicas, pero la mayor parte de las enfermeras participantes utilizan técnicas Gold Standard. No obstante,

se resalta el uso continuado del vendaje crepé, lo que plantea líneas futuras de investigación para conocer la causa.

- En cuanto al uso de PCE, la opinión de los participantes refleja que su uso está limitado por la carga asistencial, la falta de tiempo y en menor proporción, por su poca aplicabilidad. Tal es el caso que, aun conociendo la indicación del uso conjunto de los PCE, “IVP” con “UV”, casi la mitad de la muestra indicó que utiliza únicamente “UV” en la práctica.
- La mayoría de los participantes consideraron que el PCE “UV” era integral, pero éste no contempla aspectos que garantizarían un cuidado holístico, según la evidencia. Resulta lógico que las preguntas con menos aciertos sean las relacionadas con la valoración integral. En cambio, las personas que no lo consideraron integral, son conocedoras de las alternativas que ofrece el proyecto ARES-AP.
- No se ha podido establecer asociación entre el nivel de conocimientos de la población y el uso adecuado de PCE de ARES-AP.

10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo último despertar una intencionalidad genuina en las enfermeras, por lo que esperamos que los datos obtenidos puedan ser utilizados con los fines propuestos y ayuden a garantizar el cuidado holístico de la persona con UV.

- Los resultados del presente estudio podrían servir para enfocar nuevas propuestas de formación, que tuvieran en cuenta las necesidades reales de aprendizaje basadas en la investigación del conocimiento actual del profesional.
- El criterio de elección del PCE se basa en el nombre de este. En cambio, es esencial que el criterio sea la descripción del PCE para poder garantizar un cuidado integral, ya que dirige la práctica clínica según la población diana del PCE seleccionado.
- Realizar un futuro estudio de comparación entre el uso real de los dos PCE (IVP, por un lado, UV por otro y los dos juntos) con la intención de optimizar el cuidado integral de la persona con UV a través de ARES-AP.

11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante la elaboración del trabajo se tuvieron en cuenta las limitaciones propias de la participación, el tamaño de la muestra y otros sesgos que pudieran influir en el análisis de resultados y en la redacción de conclusiones, destacando lo siguiente:

- Se parte de un cuestionario *ad hoc* que no recibió un proceso de validación formal, sin embargo, se realizó un pilotaje por expertos en el ámbito de estudio y se siguieron las recomendaciones de la evidencia científica para su elaboración.
- El formato on-line del cuestionario asume el riesgo de generar el sesgo de selección (104). Aunque la población a la que se dirigía estuviera bien informada al inicio del instrumento de medida, no se puede controlar quién lo realiza y si se ajusta a los criterios de inclusión y exclusión, afectando a la muestra y a la calidad de esta.
- La validez externa no se puede garantizar debido al uso de un muestreo no probabilístico, no pudiendo asegurar la representación total de la población. Este mismo motivo exigió cierta cautela en el análisis de resultados.
- Se encontraron limitaciones en la difusión del cuestionario derivadas de, por un lado, la dificultad para contactar con los CAP debido al desconocimiento de algunas direcciones de e-mail y las barreras para conseguirlas por vías externas y, por el otro, las restricciones de la pandemia actual que impidieron la realización de sesiones clínicas informativas en los centros.
- La baja tasa de respuestas puede haberse debido al carácter libre del cuestionario, en otras palabras, no se puede definir si la participación proviene solo de profesionales motivados, generando el sesgo de efecto del voluntario (104), o si la participación proviene de enfermeras con todo tipo de motivación, obteniendo entonces resultados más objetivos.
- Finalmente, podríamos tener sesgos debidos al propio encuestado (104), obteniendo información incorrecta derivada de la desconfianza expresada por algunas participantes, por temor a dejar en evidencia a su EAP si se hacían públicos los resultados, además de la percepción de estar realizando un examen.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Villavicencio JL. Leg ulcers of venous origin: From ancient to modern times [Internet]. Vol. 1, Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders. Elsevier Inc.; 2013 [citado 5 de febrero de 2022]. p. 96-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213333X12000182>
2. Chaparro Recio M, Álvarez de los Heros F, Novo García E. Perspectiva histórica en el abordaje de las úlceras y heridas como problema de salud pública. El manejo tradicional y su relación con la medicina moderna [Internet]. Vol. 18, Piel. 2003 [citado 4 de febrero de 2022]. p. 111-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213925103726823>
3. Renata V, González C. Cuidado del paciente con úlceras vasculares de origen venoso (UV). En: Restrepo M. JC, Patiño J. M, Rojas JG. Fundamentos de enfermería: cuidado del paciente con heridas: de lo básico a lo avanzado [Internet]. 1ª ed. Medellín: Editorial CIB; 2020 [citado 2 de enero de 2022]. p. 107-29. Disponible en: <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/186721?page=92>
4. Oficina web y Multimedia de los Museos Vaticanos [Internet]. Ciudad del vaticano: Inarea Strategic Design. Kýlix ática del Pintor de Edipo. [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://m.museivaticani.va/content/museivaticani-mobile/es/collezioni/musei/museo-gregoriano-etrusco/sala-xix--emiciclo-inferiore--collezione-dei-vasi--ceramica-atti/kylix-attica-del-pittore-di-edipo.html#&gid=1&pid=1>
5. Álvarez-Fernández LJ, Lozano F, Marinello-Roura J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006 [Internet]. Vol. 60, Angiología. 2008 [citado 11 de febrero de 2022]. p. 27-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-encuesta-epidemiologica-sobre-insuficiencia-venosa-S0003317008010031>
6. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2020-2070 [Internet]. 2020 [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
7. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (C.O.N.U.E.I). Documento de consenso 2018. [Internet]. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018 [citado 31 de octubre de 2021]. 127 p. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2018/04/CONUEIX2018.pdf>

8. Miquel Abbad C, Rial Horcajo R, Ballesteros Ortega MD, García Madrid C. Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del Capítulo de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar [Internet]. Vol. 68, Angiología. 2016 [citado 30 de noviembre de 2021]. p. 55-62. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003317015002084>
9. Díaz Herrera M, Baltà Domínguez L, Blasco García M, Fernández Garzón M, Fuentes Camps E, R GA. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors. Guia de pràctica clínica. [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018 [citado 28 de octubre de 2021]. 125 p. Disponible en: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/gpc_ulceres_extremitats_inferiors.pdf
10. Guinot Bachero J, Herrera Herzog E, Ibáñez Valero I, Sorribes Lengua M, Adusara Molina M. J, Garralón Pérez A, et al. Heridas en consultas de enfermería: ¿qué lesión genera más carga de trabajo? Estudio observacional urbano. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 28 de octubre de 2021];28(1):42-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100009&lang=pt%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00042.pdf
11. Mijangos Fuentes KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería [Internet]. Vol. 1, Salud y Administración. 2014 [citado 30 de enero de 2022]. p. 17-22. Disponible en: <http://www.unsis.edu.mx/SaludyAdministracion/02/Ensayos1.pdf>
12. Gale SS, Lurie F, Treadwell T, Vazquez J, Carman T, Partsch H, et al. DOMINATE Wounds. Wounds a Compend Clin Res Pract [Internet]. 2014 [citado 24 de marzo de 2022];26(1):1-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30103297>
13. Atkin L, Bucko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds Inflammation / infection Social factors Edge Regeneration Moisture Tissue. J Wound Care [Internet]. 2019 [citado 1 de febrero de 2022];28(3):S1-50. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>
14. Perdomo Pérez E, Soldevilla Agreda J, Fernández García FP. Relación entre calidad de vida heridas crónicas complicadas. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 25 de octubre de 2021];31(3):166-72. Disponible en: <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2020/10/31-3-2020-166.pdf>
15. Samaniego-Ruiz M, Palomar-Llatas F. Calidad de vida de pacientes con heridas

- crónicas en Atención Primaria. *Enfermería Dermatológica* [Internet]. 2020 [citado 20 de octubre de 2021];14(41):38-42. Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/82/70>
16. Fernández-de-Maya J, Richart-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 30 de marzo de 2022];25(5):809-16. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500025&lng=es&tlng=es
 17. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez M. T, Antón Fuentes VM., Rosendo Fernández JM, Pérez García I, Soldevilla-Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos* [Internet]. 2014 [citado 20 de abril de 2022];25(4):171-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 18. Pardo Vitorero R, González Fernández E. Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento. *Nuberos Científica* [Internet]. 2015 [citado 28 de diciembre de 2021];2(14):6-14. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_Nuberos_Cien_7.pdf
 19. Guinot-Bachero J, Balaguer-López E, García-Montero A, García-Molina P. Estudio EDIPO: heridas en las extremidades inferiores ¿Cómo abordan su manejo las enfermeras? *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 25 de octubre de 2021];30(4):200-9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-200.pdf>
 20. Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, Gómez Coiduras JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos* [Internet]. 2013 [citado 15 de marzo de 2022];24(1):27-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 21. Granados Matute AE, Cejudo López A, Vega Fernández VM. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. *Evidentia* [Internet]. 2014 [citado 20 de febrero de 2022];11(45):4. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767092&info=resumen&idioma=SPA>

22. Estabrooks CA, CHong H, Brigidear K, Profetto-McGrath J. Profiling Canadian nurses preferred knowledge sources for clinical practice. *Can J Nurse Res [Internet]*. 2004 [citado 16 de abril de 2022];32(2):118-40. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjonfj4_d73AhVx_7sIHQLXBusQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fcjnr.archive.mcgill.ca%2Farticle%2Fview%2F1950%2F1944&usg=AOvVaw1r90pxrPg_I-UTVWXsXb8O
23. Terán Santana E, Caballero Gutiérrez A. Variabilidad en la práctica clínica en el manejo de las heridas crónicas. *Nuberos Científica [Internet]*. 2018 [citado 15 de abril de 2022];3(26):53-8. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/nc/article/view/2653nc>
24. Franks PJ, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of Patients With Venous Leg Ulcers: Challenges and Current Best Practice [Internet]. Vol. 25, *Journal of Wound Care*. 2016 [citado 30 de abril de 2022]. p. S1-67. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.Sup6.S1>
25. Ríos Jiménez A, Artigas Lage M, Juvé Udina E. Plans de cures estandarditzats per a persones ateses en atenció primària: Programa ARES d'harmonització d'estàndards de cures infermeres en l'atenció primària (ARES-AP) [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Coordinació editorial Institut Català de la Salut; 2021 [citado 4 9ct 2021]. 324p. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5956>
26. Tomé D de la C. Grado de conocimiento de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa. Estudio descriptivo [TFM en Internet]. Universidad de Cantabria; 2020 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20230/DE LA CRUZ TOME%2C DANIEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20230/DE_LA_CRUZ_TOME%2C_DANIEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Martínez-Santos A-E, Bouza ET, Pesado Cartelle JÁ. Conocimiento enfermero sobre prevención, diagnóstico y cuidados de las úlceras de extremidad inferior en un área sanitaria. *Gerokomos [Internet]*. 2019 [citado 28 de octubre de 2021];30(1):34-41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

928X2019000100034

28. Martínez Díaz JD, Ortega Chacón V, Muñoz Ronda FJ. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. Enfermería Glob [Internet]. 2016 [citado 5 de abril de 2022];15(3):431. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/239221>
29. Potter P, Stockert PA, Perry AG, Hall AM, Ostendorf WR. Fundamentos teóricos de la práctica enfermera. En: Potter P, editor. Fundamentos de enfermería [Internet]. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019 [citado 10 de abril de 2021]. p. 39-48. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.sabidi.urv.cat/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788491134510000044>
30. Willis DG, Leone-Sheehan DM. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Alligood MR, editor. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018 [citado 11 de abril de 2022]. p. 66-79. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.sabidi.urv.cat/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788491133391000075>
31. Leren L, Johansen E, Eide H, Falk RS, Juvet LK, Ljoså TM. Pain in persons with chronic venous leg ulcers: A systematic review and meta-analysis. Int Wound J [Internet]. 2020 [citado 3 de abril de 2022];17(2):466-84. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.13296>
32. Phillips P, Lumley E, Duncan R, Aber A, Woods HB, Jones GL, et al. A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers. J Adv Nurs [Internet]. 2018 [citado 10 de marzo de 2022];74(3):550-63. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13465>
33. Imbernón-Moya A, Ortiz-de Frutos FJ, Sanjuan-Alvarez M, Portero-Sanchez I, Aguilar-Martínez A, Gallego-Valdés MÁ. Causas principales de úlceras cutáneas en miembros inferiores. Piel [Internet]. 2017 [citado 1 de febrero de 2022];32(10):629-34. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213925117301570>
34. Rial Horcajo R, Serrano Hernando FJ, Moñux Ducajú G, Reina Gutiérrez T, Martín Conejero A. Enfermedad venosa crónica. Conceptos actuales y avances terapéuticos. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2017 [citado 8 de abril de 2022];12(41):2448-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2017.09.013>
35. Roldán Valenzuela A, Ibáñez Clemente P, Alba Moratilla C, Roviralta Gómez S, Tormo MTC, Vargas PG, et al. Guía de practica clinica: Consenso sobre úlceras

- vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas [Internet]. 3ª ed. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas. Madrid; 2017 [citado 28 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ulceras/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>
36. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];8(3):342-52. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213333X20300639>
 37. Criqui MH. Chronic Venous Disease in an Ethnically Diverse Population: The San Diego Population Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2003 [citado 2 de abril de 2022];158(5):448-56. Disponible en: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwg166>
 38. Wrona M, Jöckel K-H, Pannier F, Bock E, Hoffmann B, Rabe E. Association of Venous Disorders with Leg Symptoms: Results from the Bonn Vein Study 1. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2015 [citado 10 de mayo de 2020];50(3):360-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1078588415003330>
 39. Carpentier PH, Maricq HR, Biro C, Ponçot-Makinen CO, Franco A. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: A population-based study in France. *J Vasc Surg* [Internet]. octubre de 2004 [citado 10 de abril de 2022];40(4):650-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521404009449>
 40. Vuylsteke ME, Colman R, Thomis S, Guillaume G, Van Quickenborne D, Staelens I. An Epidemiological Survey of Venous Disease Among General Practitioner Attendees in Different Geographical Regions on the Globe: The Final Results of the Vein Consult Program. *Angiology* [Internet]. 2018 [citado 26 de abril de 2022];69(9):779-85. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003319718759834>
 41. Fiebig A, Krusche P, Wolf A, Krawczak M, Timm B, Nikolaus S, et al. Heritability of chronic venous disease. *Hum Genet* [Internet]. 2010 [citado 17 de marzo de 2022];127(6):669-74. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00439-010-0812-9>
 42. Musil D, Kaletova M, Herman J. Risk factors for superficial vein thrombosis in patients with primary chronic venous disease [Internet]. Vol. 45, *Vasa*. 2016 [citado

- 2 de febrero de 2022]. p. 63-6. Disponible en:
<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/0301-1526/a000497>
43. Deol ZK, Lakhanpal S, Franzon G, Pappas PJ. Effect of obesity on chronic venous insufficiency treatment outcomes. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* [Internet]. 2020 [citado 3 de abril de 2022];8(4):617-628.e1. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2020.04.006>
44. Danielsson G, Eklof B, Grandinetti A, Kistner RL. The influence of obesity on chronic venous disease. *Vasc Endovascular Surg* [Internet]. 18 de julio de 2002 [citado 25 de abril de 2022];36(4):271-6. Disponible en:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/153857440203600404>
45. Escudero Rodríguez J-R, Fernández Quesada F, Bellmunt Montoya S. Prevalencia y características clínicas de la enfermedad venosa crónica en pacientes atendidos en Atención Primaria en España: resultados del estudio internacional Vein Consult Program. *Cirugía Española* [Internet]. octubre de 2014 [citado 1 de marzo de 2022];92(8):539-46. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X13003710>
46. Zöller B, Ji J, Sundquist J, Sundquist K. Family history and risk of hospital treatment for varicose veins in Sweden. *Br J Surg* [Internet]. 2012 [citado 30 de abril de 2022];99(7):948-53. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjs/article/99/7/948-953/6141073>
47. Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria 2020 [Internet]. 1ª ed. Madrid: IMJ; 2020 [consultado 5 mar 2022]. 51p. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-manejo-de-la-Enfermedad-Venosa-Cronica-en-AP.pdf>
48. Gordon P, Widener JM, Heffline M. Venous leg ulcers: Impact and dysfunction of the venous system. *J Vasc Nurs* [Internet]. 2015 [citado 2 de marzo de 2022];33(2):54-9. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1062030315000035>
49. Jameson JL. Harrison, principios de medicina interna,20e [Internet]. 20a edición. Ciudad de México: McGraw-Hill Education, editor. Ciudad de México; 2019 [citado 8 de enero de 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.sabidi.urv.cat/content.aspx?bookid=2461§ionid=208261293#212932366>

50. Raffetto JD. Pathophysiology of wound healing and alterations in venous leg ulcers-review. *Phleb J Venous Dis* [Internet]. 2016 [citado 25 de febrero de 2022];31(1_suppl):56-62. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268355516632998>
51. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Management of Chronic Venous Disease. Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2015 [citado 1 de febrero de 2022];49(6):678-737. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1078588415000970>
52. Cuando una herida en la piel no se cierra [Internet]. Madrid: Elena Conde Montero; 2020. La insuficiencia venosa crónica desde una perspectiva dermatológica [2018; citado 7 de marzo de 2022]; [1 pág]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/la-insuficiencia-venosa-cronica-desde-una-perspectiva-dermatologica/>
53. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg* [Internet]. 2004 [citado 3 de febrero de 2022];40(6):1248-52. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521404012777>
54. Rabe E, Pannier F. Clinical, Aetiological, Anatomical and Pathological Classification (Ceap): Gold Standard and Limits. *Phleb J Venous Dis* [Internet]. 1 de marzo de 2012 [citado 1 de febrero de 2022];27(1_suppl):114-8. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/phleb.2012.012s19>
55. Maya Andrade RA, Pérez Escanilla F. Documentos SEMG: Manejo y derivación. Insuficiencia Venosa Crónica en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Saned grupo; 2017 [citado 5 feb 2022]. 34p. Disponible en: https://www.semg.es/images/stories/recursos/2017/documentos/Monografia_INSF_VENOSA.CRONICA.pdf
56. Rutherford RB, Padberg FT, Comerota AJ, Kistner RL, Meissner MH, Moneta GL. Venous severity scoring: An adjunct to venous outcome assessment. *J Vasc Surg* [Internet]. 2000 [citado 20 de enero de 2022];31(6):1307-12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521400901435>
57. Vasquez MA, Rabe E, McLafferty RB, Shortell CK, Marston WA, Gillespie D, et al. Revision of the venous clinical severity score: Venous outcomes consensus statement: Special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. *J Vasc Surg* [Internet]. noviembre de 2010 [citado 15 de

marzo de 2022];52(5):1387-96. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521410016381>

58. Villalta SB, Bagatella P, Piccioli A, Lensing A, Prins MH PP. Assessment of validity and reproducibility of a clinical scale for the post-thrombotic syndrome [Internet]. Vol. 24, Haemostasis. 1994 [citado 3 de marzo de 2022]. p. 158. Disponible en: <https://www.scienceopen.com/document?vid=804de613-4ec3-4177-b9ea-b3bce2292da0>
59. Schultz GS, Barillo DJ, Mazingo DW, Chin GA. Wound bed preparation and a brief history of TIME. Int Wound J [Internet]. 2004 [citado 10 de noviembre de 2021];1(1):19-32. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481x.2004.00008.x>
60. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen [Internet]. 2003 [citado 15 de noviembre de 2021];11(s1):S1-28. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1524-475X.11.s2.1.x>
61. Dowsett C, Drouard-Segard M, Kerstin P. Triangle of Wound Assessment Made Easy [Internet]. Wounds International Journal. 2015 [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/triangle-of-wound-assessment-made-easy>
62. Romanelli M, Dowsett C, Doughty D, Senet P, Münter C, Lázaro Martínez JL. Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment [Internet]. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. Londres; 2016 [citado 1 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.coloplast.com/Documents/Wound/WUWHS_POSITION_DOCUMENT.pdf
63. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP) [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2022]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/tic/sistemes-informacio/gestio-assistencial/ecap/
64. Murphy C, Atkin L, Dissemond J, Hurlow J, Tan YK, Apelqvist J, et al. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: 'wound hygiene' [Internet]. Vol. 29, Journal of Wound Care. Londres: MA Healthcare Ltd; 2020 [citado 20 de enero de 2022]. S1-28 p. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2019.28.12.818>

65. Homs-Romero E, Romero-Collado A. Conjunto Mínimo Básico de Datos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica [Internet]. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, editor. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 15. Logroño; 2018 [citado 24 de marzo de 2022]. 43 p. Disponible en: <https://gneaupp.info/conjunto-minimo-basico-de-datos-para-la-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-la-insuficiencia-venosa-cronica/>
66. Alguacil Ruiz E, Rueda López J, Sánchez Vicente JM. Actualización en la validez de las escalas de evaluación de la evolución de heridas. Heridas y Cicatrización [Internet]. 2021 [citado 10 de abril de 2022];11(3):15-21. Disponible en: https://www.heridasycicatrizacion.es/images/site/2021/SEPTIEMBRE_2021/4_Revision2_SEHER_11.3_08_10_21.pdf
67. Palomar-Illatas F. Validación De La Escala Fedpalla-II Para Valoración Y Pronóstico. Enfermería Dermatológica [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2022];13(37):43-51. Disponible en: <https://revista-anedidic.com/index.php/anedidic/article/view/33>
68. Rabe E, Partsch H, Hafner J, Lattimer C, Mosti G, Neumann M, et al. Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An evidence-based consensus statement. Phleb J Venous Dis [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2022];33(3):163-84. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268355516689631>
69. Bjork R, Ehmann S. S.T.R.I.D.E. Professional Guide to Compression Garment Selection for the Lower Extremity. J Wound Care [Internet]. junio de 2019 [citado 20 de abril de 2022];28(Sup6a):1-44. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2019.28.Sup6a.S1>
70. Molina Carrillo R, Rozas Martín JM. Revisión bibliográfica de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para la prescripción de Medias de Compresión Médica. Rev Enfermería Vasc [Internet]. 2020 [citado 14 de marzo de 2022];3(6):22-9. Disponible en: <https://revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavasculard/article/view/81>
71. Health Quality Ontario. Compression Stockings for the Prevention of Venous Leg Ulcer Recurrence: A Health Technology Assessment. Ont Health Technol Assess Ser [Internet]. 2019 [citado 10 de febrero de 2022];19(2):1-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30828407>
72. Welsh L. What is the existing evidence supporting the efficacy of compression

- bandage systems containing both elastic and inelastic components (mixed-component systems)? A systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 [citado 28 de marzo de 2022];26(9-10):1189-203. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13611>
73. Ratliff CR, Yates S, McNichol L, Gray M. Compression for Primary Prevention, Treatment, and Prevention of Recurrence of Venous Leg Ulcers. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2016 [citado 29 de marzo de 2022];43(4):347-64. Disponible en: <https://journals.lww.com/00152192-201607000-00003>
74. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [citado 20 de marzo de 2022];(9):1-22. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002303.pub3>
75. Rabe E, Partsch H, Morrison N, Meissner MH, Mosti G, Lattimer CR, et al. Risks and contraindications of medical compression treatment – A critical reappraisal. An international consensus statement. *Phleb J Venous Dis* [Internet]. 2 de agosto de 2020 [citado 9 de abril de 2022];35(7):447-60. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268355520909066>
76. Wounds UK. Best Practice Statement: Improving holistic assessment of chronic wounds. [Internet]. Vol. 15, Wounds UK. London; 2019 [citado 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-improving-holistic-assessment-chronic-wounds>
77. Capítulo español de Flebología y Linfología, Sociedad española de Angiología y Cirugía Vascul. Protocolo de derivación y tratamiento de la úlcera de pierna [Internet]. 2020 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.capitulodeflebiologia.org/es/protocolo-de-derivacion-y-tratamiento-ulcera-de-pierna/>
78. Ballesteros-Ortega D, Reina-Gutiérrez L, Fernández-Quesada F. Decálogo del abordaje de la enfermedad venosa crónica [Internet]. 2019 [citado 4 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.capitulodeflebiologia.org/wp-content/uploads/2020/06/Decalogo-EVC-2019_438.pdf
79. Jull AB, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 de diciembre de 2012 [citado 12 de abril de 2022];(12):1-37. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001733.pub3>

80. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N, Comerota A, de Maeseneer M, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol* [Internet]. 2018 [citado 5 de abril de 2022];37(3):181-254. Disponible en: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R34Y2018N03A0181>
81. del Río Solá ML, Antonio J, Fajardo G, Vaquero Puerta C. Influence of Aspirin Therapy in the Ulcer Associated With Chronic Venous Insufficiency. *Ann Vasc Surg* [Internet]. 2012 [citado 14 de abril de 2022];26(5):620-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890509612000568>
82. Barwell JR, Davies CE, Deacon J, Harvey K, Minor J, Sassano A, et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2004 [citado 2 de abril de 2022];363(9424):1854-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604163538>
83. Stechmiller JK, Lyon D, Schultz G, Gibson DJ, Weaver MT, Wilkie D, et al. Biobehavioral Mechanisms Associated With Nonhealing Wounds and Psychoneurologic Symptoms (Pain, Cognitive Dysfunction, Fatigue, Depression, and Anxiety) in Older Individuals With Chronic Venous Leg Ulcers. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2019 [citado 20 de febrero de 2022];21(4):407-19. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1099800419853881>
84. Gilligan C, Camps V, Busquets M, Flaquer L, Torns T, Eulàlia M, et al. La ética del cuidado [Internet]. *Fundació Víctor Grífols i Lucas*, editor. Barcelona; 2013 [citado 5 de abril de 2022]. 116 p. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Ccuaderno30.pdf>
85. Rios Jimenez A-M, Artigas Lage M, Sancho Gómez M, Blanco Aguilar C, Acedo Anta M, Calvet Tort G, et al. Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2022];52(10):750-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265671930157X>
86. Potter PA, Stockert P, Griffin-Perry A, Hall A, Ostendorf W. Valoración de enfermería. En: Potter PA, Stockert P, Griffin-Perry A, Hall A, Ostendorf W, editores. *Fundamentos de enfermería* [Internet]. 9.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2019 [citado 7 de abril de 2022]. p. 199-214. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.sabidi.urv.cat/student/nursing/content/toc/3-s2.0-C20180026225>

87. Juvé Udina ME. La terminología ATIC como herramienta de soporte a la gestión. Metas de Enfermería [Internet]. 2018 [citado 5 de febrero de 2022];21. Disponible en:
<https://enfermeria21.com/pagedoi.php?pid=MetasEnf.2019.21.1003081184&idarticulo=81184&idpublicacion=3>
88. Potter PA, Stockert P, Griffin-Perry A, Hall A, Ostendorf W. Planificación de cuidados de enfermería. En: Potter PA, Stockert P, Griffin-Perry A, Hall A, Ostendorf W, editores. Fundamentos de enfermería [Internet]. 9.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2019 [citado 11 de marzo de 2022]. p. 229-44. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.sabidi.urv.cat/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788491134510000184#refInSitubib0045>
89. Direcció Cures ICS. Projecte ARES-AP [Internet]. Barcelona; 2020 [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en:
http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/04052021_ARES_AP_INTRANET_V5_2020.pdf
90. Lozano F, Jiménez-Cossío JA, Ulloa J, Relief G. La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. Angiología [Internet]. 2001 [citado 29 de abril de 2022];53(1):5-16. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000331700174672X>
91. González-Consuegra RV, Verdú Soriano J. Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. Gerokomos [Internet]. 2010 [citado 7 de abril de 2022];21(2). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
92. González-Consuegra RV, Verdú Soriano J. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa: Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del Pressure Ulcer Scale for Healing, versión española (PUSH-e). Resultados preliminares. Gerokomos [Internet]. septiembre de 2011;22(3):131-6. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
93. Conde Montero E, Sommer R, Augustin M, Blome C, Cabeza Martínez R, Horcajada Reales C, et al. Validación de la versión española del cuestionario Wound-QoL.

- Actas Dermosifiliogr [Internet]. enero de 2021 [citado 18 de marzo de 2022];112(1):44-51. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731020304397>
94. Raña Lama C. Terapia comprensiva en úlceras varicosas en la práctica clínica [Tesis en Internet]. Coruña: Universidade da Coruña; 2015 [consultado 23 feb 2022]. Disponible en:
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16415/RanaLama_CamiloDaniel_TD_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
95. Martínez García MB, Raña Lama CD. Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior. Guía nº 2. En: Xunta de Galicia, editor. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud [Internet]. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia Consellería de Sanidad Servicio Gallego de Salud; 2016 [citado 28 de octubre de 2021]. p. 65. Disponible en:
<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/8/GUÍA N°2 EEII cast.pdf>
96. Pardo Vitorero R, González Fernández E. Conocimientos y aptitudes de los profesionales enfermeros respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento. Nuberos Científica [Internet]. 2013 [citado 28 de octubre de 2021];2(10):20-30. Disponible en:
http://www2.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_10.pdf
97. Kumarasinghe SA, Hettiarachchi P, Wasalathanthri S. Nurses' knowledge on diabetic foot ulcer disease and their attitudes towards patients affected: A cross-sectional institution-based study. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [citado 9 de mayo de 2022];27(1-2):e203-12. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13917>
98. Grup Programa ARES-AP. [Tabla cuantitativa sobre el uso de planes de cuidados IVP y UV en ARES-AP de los EAP del Camp de Tarragona] [Fichero Excel]. Barcelona: [Generalitat de Catalunya. ICS]; 2022.
99. Bustos L, Ríos M, Sepúlveda Rivas C. Evaluación de calidad de vida en usuarios con ulcera venosa activa. Rev Uruguaya Enfermería [Internet]. 2021 [citado 11 de mayo de 2022];16(2). Disponible en:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/315>
100. Luengo-Martínez C, Hidalgo-Arriagada N, Jara-Neumann G, Rivera-Gutiérrez R. Burnout en Profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud : una Revisión Sistemática. Rev Enfermería del Trab [Internet]. 2019 [citado 11 de mayo

de 2022];3:124-38. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726381>

101. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria* [Internet]. 2017 [citado 11 de mayo de 2022];49(2):77-85. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716301755>
102. Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix i Perejamo M, et al. 1º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UICF-Smith & Nephew 2002-2003. *Gerokomos* [Internet]. 2004 [citado 17 de abril de 2022];15(4):230-47. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-4-2004-229-helcos.pdf>
103. Stansal A, Lazareth I, Michon Pasturel U, Ghaffari P, Boursier V, Bonhomme S, et al. Compression therapy in 100 consecutive patients with venous leg ulcers. *J Mal Vasc* [Internet]. 2013 [citado 23 de abril de 2022];38(4):252-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398049913001571>
104. Stuckless S, Parfrey PS. Los Sesgos en Investigación Clínica. Bias in Clinical Research. *Int J Morphol* [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2022];33(3):1156-64. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-1-0716-1138-8_2

13. ANEXOS

13.1. Anexo 1. Diseño pregunta de investigación con metodología PICO

P - Paciente o problema de interés: el conocimiento de enfermería y el uso de planes de cuidados en la persona con úlcera de etiología venosa, en el ámbito comunitario;

I - Intervención: encuesta mediante cuestionario on-line a las enfermeras de los CAP gestionados por el ICS de la Región del Camp Tarragona y al CAP Muralles de Tarragona. Con el objetivo de reunir datos sobre el conocimiento enfermero y el uso de planes de cuidados en la persona con úlcera de etiología venosa que ofrece el programa ARES-AP;

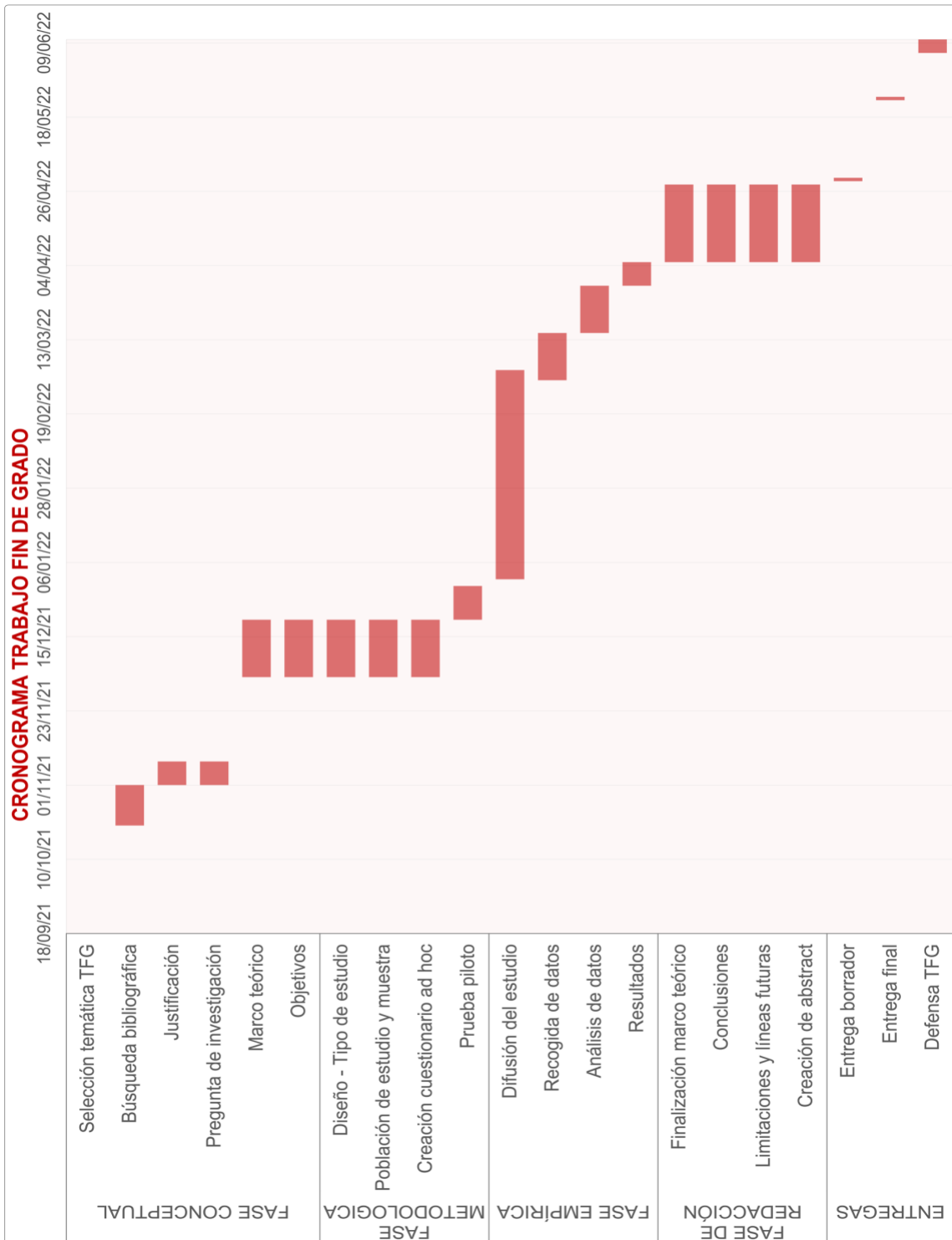
C - Intervención de comparación: realizar la encuesta con el cuestionario administrado en papel, siendo menos flexible para el encuestado y aumentando los costes del estudio. Otra alternativa sería utilizar metodología cualitativa, como la entrevista;

O - Outcomes, resultado a valorar: analizar el nivel de conocimiento sobre la úlcera venosa y conocer el uso de los planes de cuidados en el ámbito de estudio.

Pregunta de investigación

¿El conocimiento de enfermería sobre úlceras venosas en el ámbito comunitario y el uso de los planes de cuidados que ofrece el programa ARES-AP, influyen en el cuidado integral de la persona con úlcera de etiología venosa?

13.2. Anexo 2. Cronograma del Trabajo Fin de Grado



13.3. Anexo 3. Cuestionario on-line

Preguntas de clasificación

1. ¿Cuál es su género?:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) No binario

2. ¿Y su edad? (en años):

3. Especifique el Centro de Atención Primaria en el que trabaja:

4. Señale cuál es su experiencia profesional en enfermería:

- a) Menos de un año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años
- e) Más de 15 años

5. Señale su situación laboral actual:

- a) Indefinido/a
- b) Eventual

6. ¿Ha recibido formación previa sobre el manejo de heridas crónicas?:

- a) Sí
- b) No

7. Ha recibido algún tipo de formación relacionada con el proyecto ARES-AP (Programa Ares de armonización de estándares de curas enfermeras en Atención Primaria)?

- a) Sí
- b) No

Conocimiento general de la úlcera venosa

8. ¿Cuál es la principal causa de las úlceras de etiología venosa?

- a) Los traumatismos
- b) La hipertensión venosa
- c) Causas desconocidas
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

9. ¿Qué es la insuficiencia venosa crónica (IVC)?

- a) Estado en el que el retorno venoso está dificultado, especialmente en bipedestación y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad
- b) Alteración funcional del sistema venoso secundaria a una incompetencia valvular
- c) Ambas respuestas son correctas
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

10. ¿Cuál es la localización más frecuente de las úlceras de etiología venosa?

- a) Área de polaina o región lateral interna del tercio inferior de la pierna
- b) Sobre prominencias óseas, cabezas de metatarsianos o dedos
- c) Sobre zonas de roce o apoyo metatarsal u otras prominencias óseas como juanetes
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

11. ¿Cuáles son las principales características de la úlcera de etiología venosa?

- a) Sensibilidad intacta, superficiales, bordes irregulares y excavados, fondo granulomatoso, sangrantes, pulsos presentes, exudado abundante, poco dolorosas
- b) Sensibilidad intacta, profundas, bordes planos, fondo atrófico, no suelen sangrar, pulsos ausentes, exudado escaso, dolor importante
- c) Sensibilidad afectada, lecho con tejido de granulación, piel perilesional hiperqueratósica, pulsos presentes, no dolorosas
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

Conocimiento sobre valoración integral del paciente con úlcera venosa

12. ¿Cómo mediría o cuantificaría la calidad de vida en pacientes con úlcera de etiología venosa?

- a) Wound-QoL: Questionnaire on Quality of Life with Chronic Wounds
- b) EQ-5D: EuroQol-5d. Calidad de vida
- c) CIVIQ 20: Chronic Venous Insufficiency Questionnaire
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

13. Acude a su consulta un paciente con sobrepeso y una úlcera de etiología venosa a realizarse la cura semanal. ¿Qué intervención nutricional utiliza habitualmente en su práctica clínica?

- a) Realizar una anamnesis sobre hábitos dietéticos
- b) Valorar el riesgo nutricional mediante el MNA, MUST o similares
- c) Durante la cura semanal no realizo ninguna intervención nutricional
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

14. ¿Qué utilidad tiene la aplicación de la escala RESVECH 2.0?

- a) Describir las características de las heridas crónicas para la preparación del lecho de la herida
- b) Valoración de la evolución de las lesiones crónicas y de su cicatrización
- c) Clasificar la gravedad de la insuficiencia venosa
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

Conocimiento sobre el manejo de la úlcera venosa

15. ¿Qué tratamiento aplicaría usted una vez confirmado el diagnóstico de úlcera de etiología venosa?

- a) Tratamiento local mediante cura en ambiente húmedo (CAH)
- b) Cura seca junto a vendaje compresivo
- c) Tratamiento local con cura en ambiente húmedo junto con terapia compresiva
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

16. Ante un paciente que presenta una úlcera venosa con presencia de tejido de granulación y sin aparentes signos de infección, para el lavado del lecho de la herida se decide usar la polihexanida (Prontosan®).

- a) De acuerdo
- b) En desacuerdo

17. Imagine que el paciente al que está curando una úlcera en la extremidad inferior tiene un índice tobillo-brazo de 0,5 ¿Podré aplicarle un vendaje compresivo como terapia?

- a) Sí, siempre se puede aplicar un vendaje compresivo
- b) No, ya que el valor es bajo, lo que nos indica isquemia
- c) Sí, ya que con ese valor del índice tobillo-brazo nos indica que se trata de una úlcera venosa
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

18. Respecto a la terapia compresiva, ¿Qué sistema de compresión utiliza en la práctica diaria?

- a) Vendaje multicapa
- b) Venda de algodón más venda crepé
- c) Venda crepé
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

19. Ante la siguiente afirmación: el sistema de compresión más efectivo en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa es el vendaje de algodón más venda elástica o de crepé.

- a) De acuerdo
- b) En desacuerdo

Conocimiento sobre prevención

20. En un paciente con úlcera venosa, ¿Cuál de las siguientes medidas pro-circulatorias recomendaría?

- a) Caminar descalzo para favorecer una mayor activación de la bomba plantar
- b) Realizar duchas de agua caliente enfocando el chorro de agua de los pies hacia la pierna
- c) Realizar ejercicios de bombeo circulatorio como son caminar sobre la punta de los pies y sobre los talones
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

Conocimiento y uso de los planes de cuidados estandarizados

21. ¿Qué criterio utiliza para la elección de un plan de cuidados estandarizado?

- a) El nombre del plan de cuidados (Ej. "Úlcera venosa")
- b) Las intervenciones que propone el plan de cuidados (Ej. "INN Cura compleja")
- c) Descripción del plan de cuidados (Ej. Población diana y sus características)
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

22. Cuando decide no utilizar los planes de cuidados propuestos por ARES-AP, ¿Cuál es el motivo más frecuente?

- a) Carga asistencial / Falta de tiempo
- b) Falta de formación
- c) No lo considero de utilidad para lograr los objetivos terapéuticos
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

23. Ante un paciente con una úlcera venosa en estadio CEAP 6 (Úlcera activa), ¿Qué plan de cuidados selecciona normalmente?

- a) Selecciono "Úlcera Venosa"
- b) Selecciono "Estudio de úlceras de extremidades inferiores"
- c) Selecciono "Insuficiencia Venosa Periférica" y "Úlcera Venosa"
- d) Pasar a la siguiente pregunta sin responder

24. ¿Considera que las intervenciones y actividades propuestas en el plan de cuidados "Úlcera venosa" garantizan el cuidado integral de la persona?

- a) Sí
- b) No > Si seleccionan NO, salto a P26
- c) No sabe / No contesta

25. Si considera que el plan de cuidados "Úlcera venosa" NO garantiza el cuidado integral de la persona, ¿Qué actitud presenta ante esta percepción?

- a) No realizo ninguna acción
- b) Búsqueda libre de evidencia científica en internet
- c) Consulto el documento informativo de apoyo al profesional que proporciona el ARES

26. ¿Conocía la indicación de complementar el plan de cuidados Úlcera Venosa con el de su etiología, insuficiencia venosa?

- a) Sí
- b) No

13.4. Anexo 4. Nota de presentación y finalización del cuestionario



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

¡Hola enfermera/o!

Somos dos estudiantes de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y estamos realizando un estudio de investigación para el Trabajo Fin de Grado, titulado "Conocimiento enfermero y uso de planes de cuidados en la persona con úlcera venosa en atención primaria".

Si trabaja en un CAP del Camp de Tarragona gestionado por el ICS o en el CAP Murallès y atiende a pacientes adultos con úlceras crónicas, le invitamos a participar en un sencillo cuestionario de 26 preguntas de respuesta múltiple, donde solamente hay una opción válida. El tiempo de realización es de unos 10 minutos aproximadamente.

Recuerde que no se trata de una evaluación, puede deslizar hacia arriba para retroceder y visualizar los ítems anteriores. Le recomendamos que lea atentamente las preguntas y conteste con sinceridad.

COMENZAR

NUESTRO ESTUDIO

Tiene como objetivos principales:

- Determinar el conocimiento actual sobre el cuidado integral de la persona con úlcera de etiología venosa de las enfermeras de atención primaria que prestan servicio en la Región Sanitaria Camp de Tarragona.
- Analizar el uso y conocimiento actual de los planes de cuidados relacionados con el manejo de la úlcera de etiología venosa que propone el programa ARES-AP, por parte de las enfermeras de atención primaria que prestan sus servicios en la Región Sanitaria Camp de Tarragona.

La participación en la encuesta es voluntaria y anónima. El cumplimiento del cuestionario supondrá de facto su consentimiento implícito y otorga el derecho a las investigadoras a utilizar los datos obtenidos con el fin descrito anteriormente. El tratamiento de los datos será completamente confidencial de forma que quede garantizado el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos.

¿Empezamos?

Antes de empezar... ¿En qué idioma le gustaría realizar este cuestionario?

Català **Castellano**

¡YA ESTÁ!

Muchas gracias por su colaboración

Si desea ponerse en contacto con las investigadoras o solicitar los resultados del estudio en el que ha participado, puede hacerlo a través del siguiente e-mail: mercedes.nieto@urv.cat


13.5. Anexo 5. Póster informativo


UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI - TARRAGONA


CONeixEMENT INFERMER I ÚS DE PLANS DE CURES EN LA PERSONA AMB ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

TREBALL FI DE GRAU

Col·labores amb nosaltres?
Només necessitaràs **10 minuts**


**ESCANEA EL CODI
QR PER ACCEDIR AL
QÜESTIONARI** 



 DATA LÍMIT
1 de març de 2022

MOLTES GRÀCIES PER LA PARTICIPACIÓ!

Domínguez, A; Nieto, M.

 UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

13.6. Anexo 6. Mensaje predefinido correo electrónico

Benvolguts/des,

Som dos estudiants d'infermeria de la Universitat Rovira i Virgili i estem realitzant el nostre Treball Fi de Grau titulat **Coneixement infermer i ús de plans de cures en la persona amb úlcera venosa en atenció primària**.

Per poder continuar amb el nostre estudi necessitem la participació de les infermeres i infermers que treballen als Centres d'Atenció Primària del Camp de Tarragona. Així doncs, agrairíem que enviessin el següent missatge als professionals d'infermeria que formen part del seu equip:

Hola infermera/er!

Som dos estudiants d'infermeria de la Universitat Rovira i Virgili i estem fent el nostre Treball Fi de Grau titulat **Coneixement infermer i ús de plans de cures en la persona amb úlcera venosa en atenció primària**. Et presentem un petit qüestionari que agrairíem que emplenessis amb la finalitat d'ajudar-nos a realitzar el nostre estudi.

Fes clic aquí <https://mercedessnieto.surveykiwi.com/ufx1csui9b> i segueix les instruccions. No trigaràs més de 10 minuts.

Moltes gràcies per la teva col·laboració!

Som conscients que la situació pandèmica actual és complicada i la càrrega assistencial elevada, però agrairíem que ens autoritzessin per a poder anar un dia al centre amb la intenció de lliurar-los un pòster informatiu sobre l'estudi per a la sala de descans del personal d'infermeria. La idea és arribar a totes i tots els infermers de l'àmbit d'atenció primària del nostre territori.

Quedem a l'espera de la seva resposta,

Aida Domínguez i Mercedes Nieto
Estudiants 4rt curs Grau d'Infermeria
Contacte: aida.dominguez@estudiants.urv.cat

.....
Campus Catalunya
Universitat Rovira i Virgili.

