

# **Terapia compresiva en úlceras varicosas en la práctica clínica**

Camilo Daniel Raña Lama

---

Tesis doctoral UDC / 2015



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



# Terapia compresiva en úlceras varicosas en la práctica clínica

Camilo D. Raña-Lama

Tesis doctoral

2015

Directores:

Dra. D<sup>a</sup>. María Ángeles Bouza Prego

Dr. D. Jesús Luís Saleta Canosa

Programa: Ciencias Sociosanitarias



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



## **DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**D<sup>a</sup>. María Ángeles Bouza Prego**, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela y Doctora en Medicina de A Coruña y

**D. Jesús Luís Saleta Canosa**, Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela y Doctor en Medicina por la Universidad de A Coruña,

### **CERTIFICAN:**

Que D. Camilo Daniel Raña Lama ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado:

**“Terapia compresiva en úlceras varicosas en la práctica clínica”** como Tesis Doctoral.

Revisada la investigación realizada, queda plasmada en la siguiente Memoria que estimamos reúne los requisitos precisos para ser presentada y defendida para optar al grado de Doctor.

Para que conste a los efectos oportunos, en Ferrol a 21 de septiembre de 2015.

Fdo.: Dra. D<sup>a</sup>. María Ángeles Bouza Prego

Fdo.: Dr. D. Jesús Luís Saleta Canosa



## ***DEDICATORIA***

*A Teresa, Irene, Adrián, aos meus pais e irmáns, e a todos os seres queridos que vos teño, alén do tempo, no corazón.*



## ***AGRADECIMIENTOS***

A mis directores de tesis María Ángeles Bouza Prego y Jesús Luís Saleta Canosa.

A Ian D. Graham, autor del cuestionario original, por las facilidades dadas.

A Inmaculada Gómez Besteiro, José María Rumbo Prieto, Luís Arantón Areosa, Amalia Conceiro Rúa, Juan Carlos Álvarez Vázquez, Eva Tizón Bouza, Rosa Pita Vizoso, Carmen Méndez Pazos, Carmen María García Martínez, Pablo Vaamonde García, moderadores de la lista del “Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas” (GNEAUPP), a las enfermera-os residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de A Coruña y a Dori y compañeras de Ferrol que participaron en las entrevistas cognitivas. A todos los profesionales asistenciales o de gestión que colaboraron directamente o indirectamente en las distintas fases del estudio, aportaron sus sabios consejos y que me animaron a la consecución del resultado final.

**A todos... GRACIAS**



*Luz e progreso en todas partes...*  
*pero as dudas nos corazós*  
*e bágoas que un non sabe por qué corren*  
*e dores que un non sabe por qué son*

Rosalía de Castro



# ***RESUMEN***



## Resumen

**Objetivo:** Obtener una medida de los conocimientos, actitudes y práctica clínica sobre terapia compresiva para conocer el papel de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud que atienden a pacientes con úlceras venosas.

**Método:** En 4 fases: 1-Búsqueda bibliográfica, 2-adaptación transcultural al castellano, siguiendo un proceso sistemático y riguroso 3-ampliación de las dimensiones y 4-fiabilidad y validación de constructo del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) para enfermería en salud comunitaria.

**Resultados:** Se obtuvo una versión al traducida, adaptada culturalmente y modificada, garantizando su validez de contenido. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,72, con el análisis factorial se obtuvieron doce dimensiones que explicaban el 68% de la varianza total. Se halló que la enfermería de Atención Primaria tiene desconocimiento de aspectos básicos de la atención, una práctica clínica desacorde con las recomendaciones de la mejor evidencia científica disponible y que la edad de los participantes se asocia de forma inversa con la actitud hacia la terapia compresiva.

**Discusión:** El cuestionario LUCNAK adaptado al castellano y modificado es un instrumento que permite medir conocimientos, actitudes y práctica clínica de la enfermería de Atención Primaria y comparar los resultados con otros estudios que lo utilicen.



## **Resumo**

**Obxectivo:** Obter unha medida dos coñecementos, actitudes e práctica clínica sobre terapia compresiva para coñecer o papel dos profesionais de enfermería de Atención Primaria de Saúde que atenden a pacientes con úlceras venosas.

**Método:** En 4 fases: 1-procura bibliográfica, 2-adaptación transcultural ao castelán, seguindo un proceso sistemático e rigoroso 3-ampliación das dimensións e 4-fiabilidade e validación de constructo do cuestionario Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK) para enfermería en saúde comunitaria.

**Resultados:** Obtívose unha versión traducida, adaptada culturalmente e modificada, garantindo a súa validez de contido. Obtívose un alfa de Cronbach de 0,72; coa análise factorial obtivéronse doce dimensións que explicaban o 68% da varianza total. Achouse que a enfermería de Atención Primaria ten descoñecemento de aspectos básicos da atención, unha práctica clínica desacorde coas recomendacións da mellor evidencia científica dispoñible e que a idade dos participantes asóciase de forma inversa coa actitude cara á terapia compresiva.

**Discusión:** O cuestionario LUCNAK adaptado ao castelán e modificado é un instrumento que permite medir coñecementos, actitudes e práctica clínica da enfermería de Atención Primaria e comparar os resultados con outros estudos que o utilicen.



## **Abstract**

**Objective:** To obtain a measure of knowledge, attitudes and clinical practice on compression therapy to know the role of nurses in primary health care who care for patients with venous ulcers.

**Method:** In 4 phases: 1-search literature, 2-transcultural adaptation to Castilian, following a systematic and rigorous process, 3-increasing dimensions and 4-reliability and construct validation of the questionnaire Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK ) for community health nursing.

**Results:** The translated version was obtained, culturally adapted and modified, ensuring content validity. Cronbach's alpha of 0.72, factor analysis with twelve dimensions explaining 68% of the total variance were obtained. It was found that primary care nurses have ignorance of basic aspects of care, clinical practice discordant with the recommendations of the best available scientific evidence and that the age of the participants was inversely associated with the attitude to compression therapy.

**Discussion:** LUCNAK questionnaire, modified and adapted to Castilian, is a tool to measure knowledge, attitudes and clinical nursing practice in primary health care, and to compare the results with other studies that use it.



## **Prefacio**

Este estudio está motivado por la magnitud del problema de las úlceras venosas en las extremidades inferiores. Éstas están originalmente ligadas a la presencia de Insuficiencia Venosa Crónica, una patología con una alta prevalencia poblacional que aumenta con la edad. A su vez, las úlceras venosas suponen un problema de salud pública dado que afectan al 1% de la población en algún momento de su vida, afectan a la calidad de vida de las personas que las padecen, existe un riesgo de recidivas muy alto y tienen un alto coste socio-sanitario. Una de las medidas terapéuticas, la recomendada en mayor medida por las revisiones sistemáticas de la literatura científica y las guías de práctica clínica es la terapia de compresión (medias de compresión graduada y vendaje compresivo). Las evidencias científicas aseguran que la terapia compresiva es efectiva para prevenir la aparición de las úlceras venosas, para su tratamiento, una vez que surgen, y para la prevención de sus recidivas. Sin embargo, en los estudios realizados hasta el momento se ha constatado que su utilización es baja.

En nuestro contexto asistencial el profesional sanitario que se ocupa principalmente del abordaje de las úlceras venosas es el personal de enfermería. Existen investigaciones sobre la adherencia de los pacientes con úlceras venosas a la terapia de compresión. Pero apenas hay estudios sobre el papel de enfermería en el uso de la terapia compresiva.

Por tanto, el objetivo general de este estudio es el de obtener una medida de los conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud que atienden a los pacientes con úlceras venosas sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas, que permita por una parte conocer factores asociados a la baja utilización de dicha terapia y, por otra, poder comparar los resultados con los de otros estudios hechos con el mismo instrumento de medida

El conocimiento de estos factores puede contribuir a la adopción de medidas de mejora encaminadas a elevar el nivel de salud y la calidad de vida de las personas afectas por este problema de salud.



# Índice

|  | Página   |
|--|--|
| <b>Abreviaturas</b>                        | 3  |
| <b>Introducción</b>                        | 5  |
| Insuficiencia Venosa Crónica               | 7  |
| Úlceras Venosas en Extremidades Inferiores | 14   |
| Justificación del estudio                  | 22   |
| <b>Objetivos</b>                           | 23   |
| <b>Material y Método</b>                   | 27   |
| Fase 1                                     | Búsqueda bibliográfica de un instrumento para valorar conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con úlceras venosas en la utilización de la terapia compresiva 31  |
| Fase 2                                     | Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario <i>Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge</i> (LUCNAK) para enfermería en salud comunitaria 35  |
| Fase 3                                     | Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario <i>Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge</i> (LUCNAK) mediante el estudio cualitativo "Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas" 47 |
| Fase 4                                     | Conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas 51  |
| <b>Resultados</b>                          | 57   |
| Fase 2                                     | Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario <i>Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge</i> (LUCNAK) para enfermería en salud comunitaria 59  |
| Fase 3                                     | Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario <i>Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge</i> (LUCNAK) mediante el estudio cualitativo "Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas" 67 |
| Fase 4                                     | Conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas 73  |
| <b>Limitaciones del estudio</b>            | 95   |
| <b>Aspectos ético-legales</b>              | 99   |
| <b>Discusión</b>                           | 103  |
| Discusión de la Fase 1                     | 105  |
| Discusión de la Fase 2                     | 107  |
| Discusión de la Fase 3                     | 109  |

|                     |   |     |
|---------------------|---|-----|
|                     | Discusión de la Fase 4  | 113 |
| <b>Conclusiones</b> |   | 127 |
| <b>Bibliografía</b> |   | 131 |
| <b>Anexos</b>       |   | 141 |
| Anexo Ia            | Escala de evaluación de la percepción de habilidades y competencias, barreras para la cicatrización y actitudes hacia los pacientes para enfermería comunitaria   | 143 |
| Anexo Ib            | Cuestionario de valoración de conocimientos, práctica profesional, fuentes de información y datos socio-profesionales para enfermería comunitaria   | 145 |
| Anexo IIa           | Versión traducida, adaptada y ampliada del formulario LUCNAK. Escala tipo Likert de evaluación de la percepción de habilidades y competencias, barreras para la cicatrización y actitudes hacia los pacientes | 147 |
| Anexo IIb           | Encuesta sobre conocimientos, práctica basada en la evidencia y fuentes de información de enfermería sobre úlceras de pierna y terapia de compresión. Versión traducida y modificada                          | 149 |
| Anexo III           | Versión final de la escala de evaluación tipo Likert del cuestionario LUCNAK  | 153 |

## ABREVIATURAS

|         |   |
|---------|---|
| ABPI    | <i>Ankle Brachial Pressure Index</i>  |
| APS     | Atención Primaria de Salud  |
| ASVAL   | Ablación Selectiva de las Varices con Anestesia Local   |
| CEAP    | Clasificación de la Insuficiencia Venosa Crónica en función de los datos Clínicos (C), Etiológicos (E), Anatómicos (A) y Fisiopatológicos (P) |
| CHIVA   | Cura Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria  |
| CINAHL  | <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>   |
| DeCS    | Descriptores en Ciencias de la Salud  |
| EEII    | Extremidades Inferiores   |
| ERIQA   | <i>European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment</i>  |
| GNEAUPP | Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas  |
| GPC     | Guías de Práctica Clínica   |
| IBECS   | Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud  |
| IME     | Índice Médico Español   |
| ISPOR   | <i>International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research</i>  |
| LILACS  | Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud   |
| LUCNAK  | <i>Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge</i>  |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>  |
| MMP     | Metaloproteinasas o Metaloproteasas   |
| IVC     | Insuficiencia Venosa Crónica  |
| ITB     | Índice Tobillo / Brazo  |
| PBE     | Práctica Basada en la Evidencia   |
| SPSS    | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>  |
| SERGAS  | Servizo Galego de Saúde   |



# ***INTRODUCCIÓN***



## ***Insuficiencia Venosa Crónica***

Existen referencias documentales de la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) de hasta 3.500 años de antigüedad. En el papiro de Ebers, redactado en el Antiguo Egipto alrededor del año 1.550 a.C., se trata esta patología<sup>1</sup>. La visión histórica de la Insuficiencia Venosa Crónica se retrotrae mucho más allá en el tiempo ya que se atribuye a un fenómeno de adaptación completado de forma ineficiente en la evolución antropológica y fisiológica del ser humano, desde el animal que utilizaba las cuatro extremidades para deambular, hasta el *homo erectus* en que la presión de la columna del sistema circulatorio se desplaza hacia los miembros inferiores de forma tal que, aparte de otros factores, la acción continua de la fuerza de la gravedad, y la carencia de un mecanismo eficiente para el retorno venoso, hacen que el organismo del ser humano, bípedo, tenga que vencer una columna líquida de sangre venosa de cerca de 1,70 metros de altura desde la planta de los pies hasta la aurícula derecha<sup>2</sup>. Aunque hay autores que recomiendan ser cautos con esta teoría de la génesis evolutiva de la IVC<sup>3</sup>.

La Insuficiencia Venosa Crónica se puede definir como un estado en que el retorno venoso está dificultado, de modo especial en bipedestación inmóvil, y en el que la sangre venosa fluye en sentido contrario a la normalidad, desde el sistema venoso profundo al sistema venoso superficial, dando lugar a hiperpresión venosa<sup>4</sup>.

*Epidemiología:* La IVC es la enfermedad vascular más frecuente (15-30 % de la población adulta)<sup>5</sup>. En un estudio longitudinal mediante cribado con Eco-duplex se ha constatado que el 1% de la población adulta desarrolla reflujo venoso cada año, la mayoría en las venas superficiales de las piernas. Su incidencia y prevalencia se incrementa progresivamente a partir de los 20 años, llegando a afectar hasta al 50% de los mayores de 50 años. En un estudio epidemiológico con 16.770 pacientes en 36 provincias españolas, Álvarez et al. encontraron que el 82% presentaban algún factor de riesgo de Insuficiencia Venosa Crónica, con una media de 2 factores de riesgo por paciente. Además detectaron que 6 de cada 10 presentaban algún signo clínico de la enfermedad, y resaltaban que el 17% sufrían algún cambio trófico o úlcera y, respecto a estas últimas, se detectaron en un 2% de los examinados<sup>6</sup>.

De todos modos, en la literatura científica, la prevalencia e incidencia de la IVC tienen una gran variabilidad debido a los métodos de evaluación utilizados, a los criterios de

definición de la IVC y a las regiones geográficas en donde se han realizado los estudios; de modo orientativo se ha estimado que alrededor de 25 millones de adultos tienen IVC en los Estados Unidos de Norteamérica y, de éstos, alrededor del 20% desarrollan úlceras venosas UV. La IVC es más frecuente en mujeres y existen antecedentes familiares en un 50-75% de los casos. El incremento de su incidencia está relacionado con el estilo de vida sedentario y la mayor esperanza de vida en las sociedades desarrolladas<sup>7-9</sup>.

Los principales factores de riesgo asociados a la presencia de la IVC son:

- Edad.
- Género, se objetivó el sexo femenino como un fuerte factor de riesgo.
- Herencia, historia familiar de venas varicosas.
- Paridad múltiple, más de dos embarazos.
- Bipedestación prolongada.
- Obesidad, sólo en mujeres.
- Estreñimiento.
- Sedentarismo.
- Tipo de trabajo.

La edad, historia familiar de venas varicosas y el estreñimiento son factores independientes del sexo. No así la obesidad y la falta de actividad física que están fuertemente asociadas con el sexo femenino. Existe un gran consenso en que los factores de riesgo asociados son la edad avanzada, el género femenino, la multiparidad, historia familiar de enfermedad venosa, obesidad y ocupaciones relacionadas con el ortostatismo pero hay autores que afirman que todavía hay varios factores que no están bien documentados, como la dieta, la actividad física y el uso de hormonas, los cuales podrían ser importantes en el desarrollo de la enfermedad venosa crónica y sus manifestaciones. Aun así el 19 % de las personas que la padecen no presenta ningún factor de riesgo asociado<sup>4,10,11</sup>.

En una revisión de 19 estudios en los que se examinaba específicamente el efecto de la bipedestación prolongada versus el estar sentado en el lugar de trabajo se halló que en la

mayoría de estos estudios se sugiere que la bipedestación prolongada puede dar lugar al desarrollo o, en su caso, al agravamiento de la insuficiencia venosa crónica. La asociación entre la bipedestación prolongada y la insuficiencia venosa resultó ser más pronunciada en mujeres que en hombres <sup>12</sup>.

*Fisiopatología:* En las extremidades inferiores hay dos sistemas venosos, el superficial y el profundo, unidos por las venas comunicantes. El sistema venoso profundo canaliza el 90% de la sangre venosa en las extremidades inferiores (EEII) y presenta paredes más gruesas que el sistema venoso superficial. Una vez que la sangre entra en el sistema venoso de las EEII, ha de retornar al corazón en contra de la gravedad y en contra de las presiones fluctuantes tóraco-abdominales.

Para que el retorno venoso en las EEII sea efectivo se requiere la interacción de los siguientes mecanismos:

- Planta del pie, la “esponja venosa plantar de Lehars”, se pone en acción al caminar.
- Válvulas venosas, que son repliegues semilunares dispuestos en pares y enfrentados, con la concavidad orientada hacia el corazón, que desarrollan un papel clave en la circulación de retorno.
- Pulsión de las arterias colindantes a las venas que ejerce unos impulsos sobre la pared de las venas llamado *vis a latere*.
- Contracción de los músculos de la pantorrilla que ejerce un impulso motor muy importante actuando como una bomba, exprimiendo las venas a las que rodean, mecanismo conocido como “bomba de Bauer”.
- Contracción del diafragma en la inspiración que ejerce una presión negativa llamada *vis a fronte*.

La patología venosa se desarrolla cuando la presión venosa se incrementa de forma sostenida y el retorno venoso no es eficiente. Esto puede ser debido a fallo valvular de las venas del sistema profundo, de las del sistema superficial, a la incompetencia valvular de las perforantes, a una obstrucción venosa o a una combinación de estos factores. El elemento fundamental de la fisiopatología de la IVC es la estasis venosa debida a la causa o combinación de causas mencionadas.

En ausencia de patología, este sistema funciona para reducir la presión desde aproximadamente 100 mm Hg a una media de 22 mm Hg. Durante la deambulaci3n la presi3n venosa en el dorso de pie desciende hasta un 30 % del valor normal. En la IVC la presi3n no desciende durante la deambulaci3n sino que se mantiene elevada y dificulta la reabsorci3n normal del l3quido intersticial y de productos del metabolismo celular. El aumento mantenido de la presi3n intersticial alterar3a el metabolismo de la piel y de los tejidos subcut3neos provocando inflamaci3n, necrosis y ulceraci3n.

Los cambios hemodin3micos de las venas de las extremidades inferiores se transmiten a la microcirculaci3n dando lugar a microangiopat3a. Se han postulado varios mecanismos para el desarrollo de la microangiopat3a venosa: dep3sitos de fibrina, inhibici3n del factor de crecimiento presente en la herida, estancamiento de c3lulas de la serie blanca. Aunque la literatura cient3fica se refiere a que la hipertensi3n venosa produzca un da3o en el endotelio venoso que aumentar3a la actividad de las metaloproteasas (MMP) lo cual afectar3a a la integridad estructural de la pared venosa y a las propiedades de contracci3n/relajaci3n de las venas. El da3o en el endotelio desembocar3a en una inflamaci3n lo cual redundar3a en un da3o venoso mayor<sup>13</sup>.

Todos estos cambios favorecen la aparici3n de s3ntomas locales, inflamaci3n, infecci3n, trombosis y la necrosis cut3nea, dando lugar a las graves complicaciones de la enfermedad.

*Manifestaciones Cl3nicas:* Los s3ntomas que se manifiestan con mayor frecuencia son: pesadez, disconfort, dolor, prurito, calambres musculares e hinchaz3n de miembros inferiores que empeoran con el ortostatismo o el calor y mejoran con el dec3bito y el fr3o<sup>4,12</sup>. Se ha visto que la hipertensi3n venosa induce las alteraciones asociadas en la piel como pueden ser las venas varicosas, lipodermatoesclerosis y 3lceras venosas<sup>14,15</sup>.

Las varices (ya sea en forma de telangiectasias o ar3as vasculares, varices reticulares o tronculares) son la afectaci3n m3s prevalente (10 % - 20 %) y constituyen el signo principal de la IVC. Las complicaciones o signos asociados a la IVC que se suelen observar con mayor frecuencia son:

- Hiperpigmentaci3n. Oscurecimiento de la piel por dep3sitos de hemosiderina.
- Dermatitis. Los pacientes con IVC son m3s susceptibles a desarrollar dermatitis de contacto.

- Atrofia blanca. Placas de piel de color blanco marfil con telangiectasias.
- Lipodermatoesclerosis. El tejido subcutáneo de la pierna se va haciendo fibroso de forma progresiva. La forma de la pierna acaba recordando a una botella de champaña invertida.
- Edema distal. Puede ser uni o bilateral.
- Mayor tendencia a desarrollar celulitis.
- Úlcera venosa.

Habitualmente se presenta un retardo en la cicatrización de las heridas agudas en el miembro inferior. Además existe una tendencia a la obstrucción de las venas del sistema profundo<sup>7</sup>.

La degeneración maligna es una complicación rara pero importante de la enfermedad venosa debido a que los tumores que se desarrollan en el lugar de una úlcera tienden a ser más agresivos<sup>16</sup>.

*Diagnóstico:* Se establece básicamente por la anamnesis y la exploración física. Las pruebas funcionales y por imagen como el Eco-Doppler dúplex venoso son esenciales para la confirmación del diagnóstico, para la evaluación de una intervención quirúrgica o para definir la causa de la IVC. La flebografía, que es una prueba invasiva, sigue siendo el patrón oro (*gold standard*) en el diagnóstico de la IVC.

El campo de la enfermedad venosa crónica ha sufrido una falta de precisión en el diagnóstico. Esta deficiencia ha llevado a informes contradictorios en estudios del manejo de pacientes con patología venosa en miembros inferiores. Para paliar esta situación se propuso en 1995 la clasificación CEAP para graduar la enfermedad venosa crónica basándose en las manifestaciones clínicas (C), en los factores etiológicos (E), en la afectación y distribución anatómica (A) y en los hallazgos fisiopatológicos subyacentes (P)<sup>17,18</sup>.

*Calidad de Vida:* Una revisión sistemática sobre la calidad de vida de los pacientes con IVC indicó que ésta está afectada en el plano físico sobre todo en lo que respecta al dolor, funcionalidad física y movilidad, y que sufren reacciones emocionales negativas y aislamiento social<sup>16,19</sup>. La presencia de IVC deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen pues, entre otros problemas, dificulta la capacidad de las

personas que la padecen para realizar actividades como ejercicio físico de forma regular y las relacionadas con el tiempo libre, y puede originar sentimientos o percepciones negativas acerca de las características de su cuerpo<sup>6</sup>. El grado de severidad de la IVC se correlaciona de forma inversa con la calidad de vida del paciente afecto<sup>20</sup>.

*Tratamiento:* Se orienta hacia el control de la circulación de retorno venoso, la estasis venosa y las complicaciones asociadas con la IVC.

- Tratamiento conservador:
  - Medidas generales: atención a la obesidad, al sedentarismo y/o ortostatismo prolongado, al calzado y vestimenta, fomentar la actividad física y tratar el estreñimiento.
  - Medidas físico-posturales: Elevación de los miembros inferiores varias veces al día, durante el reposo nocturno, masaje, hidroterapia; terapia compresiva para tratar la estasis venosa, la hipertensión venosa y el edema. Se han descrito diferentes métodos de terapia compresiva que podemos sintetizar básicamente en dos tipos: compresión elástica e inelástica y la combinación de ambas<sup>21</sup>.
- Tratamiento farmacológico: venotónicos como los flavonoides y pentoxifilina.
- Tratamiento intervencionista. Técnicas quirúrgicas como:
  - Safenectomías completas o parciales así como flebectomías, ablación mediante radiofrecuencia, escleroterapia con espuma o endoláser.
  - Otras técnicas a considerar con fundamentos y criterios hemodinámicos son la técnica Cura Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria (CHIVA) y la Ablación Selectiva de las Varices con Anestesia Local (ASVAL).

Respecto al tratamiento intervencionista podemos decir que no existen evidencias suficientemente fuertes para recomendar de forma rutinaria algunos de ellos, como la esclerodermia con espuma, aunque inicialmente puedan ofrecer resultados esperanzadores<sup>22</sup>.

Dada la alta prevalencia de la IVC y el hecho de que el 86% de las personas que la padecen son atendidas sólo en el primer nivel asistencial, es frecuente encontrarnos en

la consulta de enfermería con personas con dicha afección. Las intervenciones educativas para mejorar la promoción y el manejo de la salud y para resolver los problemas reales o potenciales que presenta cada persona individualmente son fundamentales para contribuir a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo y potenciar la autonomía del paciente<sup>23,24</sup>.

## ***Úlceras Venosas en Extremidades Inferiores***

Hay un problema de definición de las úlceras en las extremidades inferiores, según el descriptor del *Medical Subject Headings* (MeSH), se refieren a las producidas en “*la región de la extremidad inferior en los animales que discurre desde la región glútea a al pie, y que incluye las nalgas, la cadera, y la pierna*”. Por lo que la definición que aportan como úlcera de la pierna “*úlceras de la piel y de las estructuras que están debajo de ella en las extremidades inferiores. Alrededor del 90 por ciento de los casos se producen por insuficiencia venosa (úlceras varicosas), el 5 por ciento por enfermedades arteriales, y el 5 por ciento restante por otras causas*”<sup>25</sup> es difícil de entender si no se entiende el concepto de pierna como la define, en su segunda acepción, la Real Academia de la Lengua Española “*parte de esa extremidad comprendida entre la rodilla y el pie*”<sup>26</sup>; así entendida, se pueden diferenciar las úlceras de la pierna (varicosas, arteriales, etc.) de otras crónicas de alta prevalencia que se presentan en la extremidad inferior, como las úlceras por humedad en nalgas, úlceras por presión en trocánteres y talones, etc.

Del total de heridas crónicas que se producen en la pierna, la úlcera venosa es la problemática más frecuente, entre el 70 % y el 90 % las úlceras en los miembros inferiores<sup>27-30</sup>.

La úlcera venosa (UV) se define como una lesión abierta entre la rodilla y la articulación del tobillo que permanece sin cicatrizar durante al menos cuatro semanas y que tiene lugar en presencia de Insuficiencia Venosa Crónica<sup>31</sup>.

La UV es una manifestación grave de la insuficiencia venosa crónica. También se le conoce como “úlceras varicosas” que es el descriptor en ciencias de la salud (DeCS), “úlceras por estasis”, “úlceras flebostáticas” y “*ulcus cruris venosum*”.

Las UV son un problema común en el mundo occidental. Su prevalencia varía mucho, entre otros motivos debido a los diferentes métodos de estudio, a los diferentes rangos de edad estudiados y a lo que se entiende por úlcera venosa. La prevalencia de úlceras venosas activas es aproximadamente del 0,3 % al 0,5 %, y con una incidencia entre 2 y 5 casos nuevos por mil personas y año. En una revisión de 22 estudios de prevalencia publicada en el año 2003 se halló una prevalencia de úlceras de pierna (abiertas o cicatrizadas) de 1,8%<sup>32</sup>. Afectan al 1 % - 2 % de la población en algún momento de su

vida. Pueden llegar hasta el 3% en las personas mayores de 65 años y al 6 % en la población mayor de 80 años. Según este porcentaje, en España habría entre 130.000 y 215.000 personas afectadas<sup>6,7,30,33,34</sup>.

La alta prevalencia de úlceras venosas supone un impacto socioeconómico muy importante en términos de cuidados sanitarios, días de trabajo perdidos y disminución de la calidad de vida.

Se precisan terapias a lo largo de mucho tiempo para la cicatrización de las úlceras. Más del 50 % de las úlceras venosas requieren una atención superior a un año; el 20 % permanecen abiertas hasta 2 años; y el 10 % hasta 5 años. Existen no pocos casos en que la cicatrización se demora muy por encima de los cinco años<sup>27</sup>.

Su recurrencia es muy alta, del 54 al 78 %<sup>27</sup>. Un tercio de las UV inicialmente cicatrizadas recidivan dentro de los doce meses siguientes. Se podría decir que las úlceras venosas son cíclicas porque, generalmente, tienen periodos de cicatrización y de recidivas. Con frecuencia tardan años en cicatrizar y los porcentajes de recurrencia, como hemos visto, son muy altos<sup>28</sup>. Se puede concluir, por tanto, que el pronóstico global de las úlceras venosas es malo, siendo comunes el retraso en la cicatrización y las recidivas<sup>28</sup>.

También suponen un fuerte impacto económico. Tienen implicaciones en los costes y en la utilización de los servicios de salud; en Inglaterra se ha estimado que el cuidado de las úlceras de pierna consume entre el 30 y el 50 % de los recursos de las visitas domiciliarias de enfermería; el coste económico del tratamiento de las úlceras de pierna en los países escandinavos se ha estimado en unos 25 millones de dólares en 1985, 200 millones de dólares en el Reino Unido. En Bélgica y Francia, en 1995, el coste del tratamiento de las úlceras venosas representaba alrededor del 2,5 % del presupuesto sanitario total. En los países occidentales el coste del tratamiento es superior al 2 % del gasto sanitario total. Y en USA el coste del abordaje del paciente con úlceras venosas tiene una media de 3.036 dólares. En un reciente estudio, Augustin et al. estimaron que el coste medio anual de los pacientes con úlceras de la pierna es de 9.060€ y concluyeron que su abordaje precoz e interprofesional podrían reducir el coste del tratamiento.

Tienen implicaciones en el ámbito laboral. La discapacidad asociada a las úlceras venosas conlleva una notable pérdida de horas de trabajo y pueden, en algunos casos,

ser causa de jubilación anticipada. Weiss et al calcularon que se pierden 6 millones de días de trabajo al año en los Estados Unidos de América debido a las complicaciones de la IVC; dos millones de ellos se podrían atribuir directamente a las UV<sup>35-40</sup>.

También afectan a la calidad de vida de los individuos y de la familia. En la persona se produce un impacto psicosocial, tanto como físico. El impacto es incalculable ya que incluye dolor, disminución de la movilidad, menos vitalidad, sentimientos de enojo, temor, aislamiento, ansiedad y depresión. Se ha manifestado una disminución de la habilidad del paciente para involucrarse en actividades sociales y laborales. Y también problemas causados por los regímenes terapéuticos<sup>41</sup>. La calidad de vida se ve afectada, a su vez, por la cantidad de tiempo empleado en acudir a los servicios sanitarios y por la cantidad de jornadas de trabajo perdidas. Green, tras realizar una revisión sistemática, informa que los estudios revisados sugieren que los aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente con úlceras varicosas en la extremidad inferior reciben una atención inadecuada en las consultas<sup>42-45</sup>. La cicatrización de las UV reestablece la calidad de vida de la persona afecta<sup>46</sup>.

Por sus repercusiones individuales, sociales y económicos, las úlceras venosas en miembros inferiores se consideran un problema de salud pública subestimado<sup>27,47</sup>.

*Factores de riesgo:* Los factores de riesgo descritos para la IVC lo son para la úlcera venosa: edad, sexo, historia familiar, raza, peso corporal, ocupación y número de embarazos. La prevalencia de la úlcera venosa se incrementa progresivamente con la edad. Parecen estar presentes más frecuentemente en las mujeres que en los hombres, aunque hay autores que describen la situación contraria<sup>9</sup>. Abbade ha descrito la existencia de lipodermatoesclerosis severa, historial de úlceras previas, y un tiempo menor o igual a 2 años desde el primer episodio ulcerativo como factores de riesgo significativos<sup>48</sup>. La combinación de insuficiencia de venas perforantes y de venas superficiales conlleva un riesgo mayor que solo la insuficiencia de venas superficiales. También está reconocida la asociación de la trombosis venosa profunda y las lesiones graves en miembros inferiores (traumáticas con largos periodos de inmovilización) con la aparición de úlceras venosas<sup>49</sup>.

*Etiopatogenia:* La etiopatogenia de la úlcera venosa y la IVC están directamente relacionadas y ya se ha descrito al referirnos a ésta última. Se considera que la hiperpresión venosa actuando de forma continuada es la responsable de las alteraciones

que conducen a la formación de la úlcera varicosa. Sin embargo no están claros los mecanismos que explican como la hipertensión causa estas alteraciones. Existen varias teorías acerca de la patogénesis de la úlcera venosa.

La hipertensión venosa es el problema fundamental. Existen teorías<sup>27</sup> que mantienen el papel fundamental de la hiperpresión pero postulan que la causa radicaría en una alteración previa de la pared venosa que conduciría a un deterioro de las válvulas y, por tanto, a una insuficiencia valvular que daría lugar a la hiperpresión.

La evidencia histológica e inmunoquímica apoya la hipótesis de que las lesiones observadas a distintos niveles en la insuficiencia venosa crónica pueden estar asociadas, y posiblemente causadas por un proceso inflamatorio. La evidencia ha mostrado que la deficiencia de la válvula venosa puede estar asociada con una infiltración leucocitaria en las láminas valvulares; por tanto, se ha formulado la hipótesis de que un hecho esencial en la cascada inflamatoria es la degradación enzimática de las láminas de las válvulas y de la pared venosa. Se ha observado que las metaloproteinasas (MMPs) en venas expuestas a presiones elevadas durante más de 6 semanas no sólo se activan sino que permanecen activadas en las venas días después de la exposición a presiones sanguíneas elevadas<sup>27</sup>.

En resumen, la etiopatogenia de las UV es un proceso complejo en el que se manifiestan alteraciones estructurales del endotelio y, por tanto, las paredes valvulares, en el que están involucrados: metaloproteasas MMPs, inhibidores tisulares TIMPs, citoquinas, factores de crecimiento, células de la serie blanca (leucocitos, neutrófilos, monocitos)... Se produce un fenómeno inflamatorio que se retroalimenta y cuya consecuencia final es la aparición de la úlcera venosa<sup>50-52</sup>.

*Valoración del paciente:* Para que el manejo de la úlcera venosa sea eficiente es prioritaria una buena valoración<sup>29</sup>. Para asegurar la identificación correcta de la etiología de la úlcera y excluir a aquellos pacientes con enfermedades arteriales en quienes una terapia compresiva sería perjudicial. Existen diversos métodos no invasivos para confirmar una enfermedad venosa en pacientes con ulceraciones cuyo origen se sospecha de etiología venosa.

La valoración inicial debe incluir el historial detallado del paciente, una detenida exploración física, la localización y características de la herida y debería señalar todas las situaciones asociadas, psicosociales y de salud, del individuo que las padece.

*Características de las Úlceras Venosas:* Las UV se caracterizan por su localización en la zona de polaina y, preferentemente, sobre la zona maleolar interna; por su tamaño (desde pequeña a toda la circunferencia de la pierna, con tendencia a agrandarse y a unirse cuando son más de una), suelen ser superficiales y con bordes irregulares excavados con trazado irregular; por el aspecto del lecho de la herida que suele ser rojizo, con tejido de granulación o fibrinoso; por la cantidad de exudado (frecuentemente moderado o copioso); por el aspecto de la piel de la pierna (escamosa, a veces con sensación de prurito); por la percepción de dolor que suele ser moderado y aliviarse con el decúbito.

Se ubican en una extremidad inferior con vello conservado, y temperatura normal que presenta frecuentemente estigmas de la insuficiencia venosa crónica (hiperpigmentación, lipodermatoesclerosis, atrofia blanca) y que, de no haber insuficiencia arterial, conserva los pulsos distales y valores del Índice de Presión Tobillo-Brazo dentro de la normalidad<sup>53</sup>.

*Índice de presión Tobillo-Brazo (ITB):* También conocido sus siglas en inglés ABPI (*Ankle Brachial Pressure Index*) se realiza mediante Doppler arterial. El Doppler es una herramienta importantísima de evaluación para determinar la etiología subyacente en las úlceras de pierna. Como ya se ha dicho, predominantemente, la ulceración en las piernas es de origen venoso por lo que necesita una compresión sostenida para facilitar el retorno venoso en las extremidades inferiores, pero la detección de pulsos distales no siempre descarta la presencia de insuficiencia arterial, por lo que antes de considerar cualquier tratamiento compresivo, debería realizarse una determinación del ITB para discriminar si la úlcera es causa directa de una enfermedad arterial ya que la aplicación de terapia compresiva en una úlcera arterial o de etiología mixta puede empeorar el riego sanguíneo y resultar en isquemia. Se consideran valores normales entre 0,9 y 1,1. Valores de 0,9 o menos indican enfermedad arterial periférica, cuanto menor la cifra mayor afectación arterial. Por debajo de 0,4 indicaría enfermedad oclusiva severa.

Valores superiores a 1,2 o 1,3 podrían indicar calcificación o esclerosis de las arterias, situación que se da en pacientes con diabetes de larga evolución, arteriosclerosis (sobre todo en ancianos). La compresión terapéutica en pacientes con úlceras varicosas estaría contraindicada con valores del ITB de 0,8 o menos.

*Manejo de las Úlceras Venosas:* La gestión de pacientes que tienen úlceras de pierna relacionadas con la enfermedad venosa crónica requiere un manejo óptimo del lecho de la herida, la eliminación de edema con compresión y la corrección de la hipertensión venosa cuando fuere posible. La cicatrización de la herida en sí mismo requiere compresión, eliminación del tejido necrótico y esfacelos, la eliminación del exceso de exudado y de la carga bacteriana, y la promoción de una matriz en la herida que conduzca a la reepitelización. La prevención de la recidiva de la herida es más efectiva si el paciente se involucra en la corrección de la insuficiencia venosa<sup>54</sup>.

La terapia compresiva es el factor clave en el manejo de la úlcera varicosa. Es muy difícil que las úlceras venosas cicatricen sin compresión. Es el tratamiento de primera elección en las alteraciones del sistema venoso ya sea de una forma terapéutica o preventiva, siendo altamente efectiva siempre que sea correctamente realizada y adecuada a cada situación. Sin embargo, una compresión no indicada o mal realizada, no sólo no proporcionará los beneficios que de ella se esperaban, sino que, seguramente, podrá ser perjudicial para el paciente<sup>55,56</sup>. La proporcionan tanto los sistemas de vendaje multicapa elásticos o inelásticos, como las medias / calcetines de compresión graduada y los sistemas de compresión neumática intermitente. Los vendajes compresivos multicapa mejoran la cicatrización de las úlceras venosas de pierna en comparación a los vendajes de una sola capa o los de compresión ligera. Hoy en día existe suficiente evidencia para demostrar que el tipo de compresión fuerte sostenida mejora la cicatrización de la úlcera, la calidad de vida y es coste-eficaz siempre que sea tolerada por el paciente.

El nivel de compresión que proporciona cualquier sistema de vendaje en el tiempo se determina por las complejas interacciones de cuatro factores principales: la estructura física de las propiedades elastoméricas del vendaje, el tamaño y forma de la pierna del paciente, la habilidad y técnica del profesional y la actividad física que realice el paciente.

También depende el nivel de compresión del nivel de tensión ejercido al aplicar el vendaje y el radio de cada segmento de la extremidad inferior lo cual viene determinado por la ley de Laplace  $P=T/R$ . Según la cual la presión aplicada es directamente proporcional a la tensión en el vendaje (P aumenta igual que T) pero inversamente

proporcional (P decrece mientras R aumenta) al radio de la curvatura de la pierna en la que ha sido aplicado.

La compresión reducida y las medias de compresión graduada ligera pueden ser alternativas útiles en aquellos pacientes que no pueden tolerar un vendaje multicapa o las medias de compresión graduada fuerte. La compresión neumática intermitente es una terapia adjunta válida, si bien aún existen pocas evidencias sobre ésta<sup>57</sup>.

La base del tratamiento consiste en la terapia compresiva y el ejercicio necesario (caminar). Con esto, el 70 % de las úlceras cicatrizan después de tres meses. La cirugía está indicada cuando la insuficiencia venosa es el resultado del reflujo de las venas superficiales. Se utilizan, además, otras terapias como: injertos cutáneos, cirugía venosa, laserterapia, ultrasonidos, electroestimulación, aplicación de factores de crecimiento etc. En la actualidad se utilizan dos medicamentos: la pentoxifilina y los flavonoides<sup>52,56,58-61</sup>.

*Elección del Apósito:* Los pacientes con úlceras de pierna son proclives a la sensibilidad por contacto de alcoholes de lana (lanolina), neomicina tópica, frameticín, cetilestearil-alcohol y mezclas de gomas que están presentes en muchos apósitos, pomadas y cremas. Es imprescindible evitar cualquier tipo de alergia para permitir una óptima cicatrización de la herida. Se recomienda un apósito sencillo, de baja adherencia, económico y aceptable por el paciente<sup>62</sup>.

*Educación Sanitaria:* Los factores que promueven la cicatrización de las úlceras como una mejora en el estado nutricional, movilidad de la bomba muscular, control del edema, cuidado de la piel, evitación de traumatismos, recurrir con premura a su cuidador de referencia cuando haya alteraciones o signos de alarma en la extremidad, uso apropiado de la terapia compresiva y la movilidad, dependen del paciente y su entorno. La educación sanitaria del paciente y familia es una de las bases terapéuticas, incrementa la comprensión de su condición y su confianza en la terapia<sup>63</sup>.

Tras la cicatrización de la úlcera, se deben adoptar diversas medidas centradas en la corrección de la disfunción venosa, el edema y en las alteraciones de la piel, para minimizar el riesgo de recurrencia. La elevación de las piernas, la actividad física, la promoción de autocuidados del paciente, así como la terapia compresiva a lo largo de la vida con medias de compresión graduada son medidas óptimas para prevenir

recurrencias. Se debe facilitar al paciente y familia la educación y el soporte necesarios<sup>24,64-67</sup>.

*Papel de enfermería y variabilidad en la atención:* Se ha estimado que al menos el 70,6% del total de pacientes con úlceras de pierna o en la extremidad inferior son atendidos en Atención Primaria de salud, el 23,5% en centros socio-sanitarios y el 5,9% restante en atención hospitalaria<sup>68</sup>. Estos datos ofrecen una idea de la magnitud del papel de la enfermería comunitaria en la atención a pacientes con úlceras de pierna.

Uno de los problemas en el desempeño profesional sanitario es el que se conoce como variabilidad en la atención; se trata de una situación que se produce con suma frecuencia y que consiste en que, ante un mismo problema, varios profesionales adopten diferentes opciones<sup>69</sup>. Esta variabilidad puede ser debida a incertidumbre en la toma de decisiones, desconocimiento, recursos limitados, valores del paciente, etc. Una forma de tratar de disminuir la variabilidad es mediante el fomento de la práctica clínica basada en la mejor evidencia científica disponible y una de sus herramientas es la implementación de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC).

En la atención a personas con úlceras venosas la variabilidad en la atención se muestra en el hecho de que las evidencias científicas sobre la terapia compresiva (vendajes multicapa, medias de compresión graduada, compresión neumática intermitente) muestran que mejora los signos y síntomas asociados a la insuficiencia venosa, reduce el tiempo de cicatrización de las úlceras varicosas no complicadas<sup>56,64</sup> y que es efectiva para prevenir tanto la aparición como su recurrencia. La terapia compresiva figura en todas las guías de práctica clínica respaldada por la máxima evidencia científica y con el mayor grado de recomendación<sup>31,64,70-72</sup> y, sin embargo, en el 80% de los pacientes no se utiliza<sup>73,74</sup>.

Se ha estudiado la relación entre esta baja utilización y factores asociados al paciente, ya fuesen de tipo físico, estético o de déficit de educación acerca de las úlceras varicosas<sup>56,64,71,72,75-81</sup> y, sin embargo, están muy poco estudiados los aspectos del uso de la terapia de compresión relacionados con los profesionales que atienden a pacientes con UV.

## **Justificación del estudio**

Recordemos brevemente algunos conceptos básicos sobre la Insuficiencia Venosa Crónica y las úlceras venosas de extremidades inferiores. La terapia de compresión en personas con úlceras venosas no complicadas es una medida terapéutica de primera elección. Su aplicación contribuye a disminuir el tiempo de curación, las recurrencias; a mejorar la morbi-mortalidad y disminuir las complicaciones asociadas; mejora la calidad de vida de los pacientes y de la familia; puede reducir el absentismo laboral; disminuye el tiempo de atención y los gastos asociados a la misma; también podría rebajar el gasto sanitario y social relacionado con este problema de salud.

El conocimiento de cuáles son los factores de la baja utilización de la terapia compresiva asociados a los pacientes ha sido objeto de investigación, pero no así la implicación de los profesionales de enfermería que los atienden.

Consideramos de gran utilidad este estudio podrían contribuir a la adopción de medidas de mejora encaminadas a incrementar la terapia de compresión en úlceras venosas no complicadas y, en consecuencia, disminuir el tiempo de cicatrización, recidivas, gasto socio-sanitario, e incrementar la calidad de vida de los pacientes.

# ***OBJETIVOS***



# Objetivos

## *General*

Obtener una medida de los conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de salud que atienden a los pacientes con úlceras venosas no complicadas activas o no activas y, sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas.

## *Específicos*

1. Disponer de la equivalencia lingüística y cultural al castellano y la validez de contenido, mediante la traducción y la adaptación cultural del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* para enfermería en salud comunitaria.
2. Identificar obstáculos y elementos facilitadores percibidos por profesionales de enfermería de Atención Primaria de salud en relación con la aplicación de terapia de compresión en piernas con úlceras venosas no complicadas, con objeto de ampliar las dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge*.
3. Medir conocimientos, actitudes y práctica clínica de las enfermeras de atención primaria de las Xerencias de Xestión Integrada de A Coruña y Ferrol sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas.
4. Obtener una medida de fiabilidad y explorar la validez de constructo de la escala *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) adaptada al español y modificada.



# ***MATERIAL Y MÉTODO***



## **Metodología**

El estudio se realizó en cuatro fases:

### **FASE 1**

Búsqueda bibliográfica de un instrumento para valorar conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con úlceras venosas en la utilización de la terapia compresiva.

### **FASE 2**

Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) para enfermería en salud comunitaria.

### **FASE 3**

Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) mediante el estudio cualitativo “Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas”

### **FASE 4**

Valorar los conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería respecto al uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas.



## **FASE 1**

**Búsqueda bibliográfica de un instrumento para valorar conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con úlceras venosas en la utilización de la terapia compresiva**

Con el propósito de encontrar un instrumento para valorar la actuación de los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes con úlceras venosas no complicadas activas o no activas en relación con la utilización de la terapia compresiva, se realizó una búsqueda bibliográfica, en diciembre de 2010, en las bases de datos MEDLINE, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Índice Médico Español (IME) y en la Biblioteca Virtual en Salud se consultó el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

En el IME se usaron los términos “úlceras venosas” y “cuestionario” en lenguaje libre. En la LILACS e IBECS se usaron los mismos términos tanto en lenguaje libre como descriptores de asunto.

La estrategia de búsqueda en CINAHL fue la siguiente: [(MH "Venous Ulcer") OR (MH "Compression Therapy") OR (MH "Bandaging Techniques")] AND [(MH "Structured Questionnaires") OR (MH "Questionnaires")]

La estrategia de búsqueda en PubMed/MEDLINE fue un poco más compleja; se usaron, unidos por los operadores booleanos correspondientes, los siguientes términos tanto en lenguaje libre como controlado:

"Questionnaires"[MeSH Major Topic] "questionnaires form" "scale\*" "form\*" "anonymous testing" "inventory" "semi-structured" "surveys" "Interviews as Topic"[MeSH Major Topic] "semi-structured question guide" "individual interview\*" "semistructured interview\*"

"Varicose Ulcer"[MeSH Major Topic] "Varicose Veins"[MeSH] "Venous Insufficiency"[MeSH Major Topic] "Postthrombotic Syndrome"[MeSH Major Topic] "Venous leg ulcer" "leg ulcer\*" "compression" "compression therapy" "compressive therapy" "compressive" "compression hosiery" "compressive hosiery" "hosiery" "socks" "compression bandaging" "bandaging" "compression bandaging venous" "compression stockings" "stockings" "pantyhose" "pantihose" "panty-hose" "hose" "tights"

Los términos de cada uno de los bloques se unieron con el operador booleano OR y los bloques entre sí con el operador AND.

Con la búsqueda en las bases de datos referidas no se encontró ningún instrumento de medida en español pero sí se halló un único cuestionario, el *Leg Ulcer Care: Nursing*

*Attitudes and Knowledge (LUCNAK)*<sup>82</sup>, con el que se evaluaban conocimientos del personal de enfermería comunitaria en el cuidado de las úlceras varicosas, barreras a la asistencia y actitudes de dicho personal hacia los pacientes. El cuestionario está escrito en inglés y fue desarrollado y usado en Ottawa-Carleton, Canadá, en un contexto asistencial y cultural diferente al nuestro. No se encontró ninguna versión de este instrumento adaptada al español y no consta que se hayan determinado las propiedades psicométricas del mismo; aun así, parece un instrumento específico adecuado para valorar las percepciones y actitudes de enfermería relacionadas con el cuidado de las úlceras venosas, además de tratarse de un cuestionario sencillo y corto, que, en el estudio realizado con el mismo, demostró dar información pertinente sobre el papel de la enfermería comunitaria en la atención a las úlceras en miembros inferiores<sup>82</sup>.

Al no encontrar otro instrumento para realizar la investigación sobre el objetivo de este trabajo y, dado que la elaboración de un cuestionario válido y fiable propio es un proceso muy complejo y laborioso, se optó por usar el cuestionario LUCNAK.



## **FASE 2**

**Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario  
*Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)*  
para enfermería en salud comunitaria**



## ***Instrumento:***

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de dos partes:

*Escala de evaluación tipo Likert que mide la percepción de enfermería sobre habilidades y competencias, barreras para la cicatrización y actitudes hacia los pacientes con úlceras de la pierna.*

Compuesta por 17 ítems, mide las percepciones del personal de enfermería sobre tres dimensiones relevantes en el cuidado de las personas con úlceras de pierna: las competencias y destrezas en el cuidado, las barreras percibidas para su curación y las actitudes hacia la atención a estos pacientes. Los ítems se responden por medio de una escala tipo Likert con un rango de respuesta de “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “neutral”, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo” (Anexo Ia).

*Encuesta sobre conocimientos, prácticas y fuentes de información relacionadas con las úlceras de pierna y la terapia de compresión.*

Esta parte del formulario recaba datos socio-profesionales y valora, por un lado, conocimiento y práctica clínica de los profesionales de enfermería en relación con la terapia de compresión y, por otro, la importancia de las fuentes de información de que dispone el personal de enfermería respecto a la atención a las úlceras de la pierna (Anexo Ib).

En este estudio se usa el constructo “escala de evaluación” debido a que, cuando se habla de cuestionarios se hace referencia a *escalas de evaluación*; por ejemplo, las escalas tipo Likert de valoración de calidad de vida, las que miden actitudes o las que evalúan la satisfacción de los usuarios. Las escalas de evaluación son aquellos instrumentos o cuestionarios que permiten un escalonamiento acumulativo de sus ítems, y que dan puntuaciones globales al final de la evaluación. Su carácter acumulativo las diferencia de los *cuestionarios de recogida de datos*<sup>83</sup>, que en nuestro caso sería la segunda parte de este cuestionario, aunque en ambos casos se recaban las percepciones de las personas entrevistadas.

## ***Procedimiento:***

### ***Adaptación transcultural de la Escala de evaluación tipo Likert del cuestionario Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge.***

La traducción y adaptación de un cuestionario a otra cultura, también conocida como adaptación transcultural, tiene como objetivo mantener la validez de contenido del instrumento a nivel conceptual, de modo que sea posible asumir que la versión local consigue medidas similares a la original, es decir, que se logra un cuestionario equivalente al original. El método más utilizado es la traducción-retrotraducción por personas bilingües, la resolución de las discrepancias de las nuevas versiones y la valoración de la comprensión y viabilidad en la población diana a que va dirigido<sup>84,85</sup>. En la realización de las adaptaciones transculturales se ha puesto de evidencia una gran variabilidad y una falta generalizada de consistencia en las guías de adaptación transcultural y en los métodos utilizados; con objeto de minimizar esta variabilidad de las adaptaciones transculturales, la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation*, tras una revisión exhaustiva de la metodología utilizada y un proceso de consenso de grupos de trabajo, propuso una guía de buena práctica para incrementar el rigor metodológico de las traducciones y adaptaciones culturales<sup>86</sup>.

Para la elaboración de la versión en castellano del cuestionario LUCNAK se siguieron los “Principios de Buena Práctica para la Traducción y el Proceso de Adaptación Cultural” recomendados por la ISPOR *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. Task Force for Translation and Cultural Adaptation* que se desarrollan en 10 etapas (Figuras 1 y 2). De estas, la sexta etapa, la armonización con versiones en otros idiomas, no se llevó a cabo por el hecho de no existir otras versiones del cuestionario en otras lenguas<sup>86</sup>.

Al finalizar el proceso se valoró el rigor metodológico del procedimiento usado para la traducción y adaptación cultural con la lista de comprobación recomendada por el *European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group*<sup>87</sup> (Figura 3).

**Figura 1. Etapas para la traducción y adaptación cultural recomendadas por la *Internacional Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)*<sup>86</sup>**

|    |  |
|----|--|
| 1  | Preparación  |
| 2  | Traducción a la lengua destino                                       |
| 3  | Reconciliación   |
| 4  | Retrotraducción a la lengua original                                 |
| 5  | Revisión de la retrotraducción                                       |
| 6  | Armonización   |
| 7  | Entrevista cognitiva   |
| 8  | Revisión de los resultados de la entrevista cognitiva y finalización |
| 9  | Corrección del texto   |
| 10 | Informe final  |

#### *Primera etapa – Preparación*

Se estableció contacto con el autor principal del cuestionario LUCNAK, a través del correo electrónico, y se recibió el formulario original, permiso para hacer la traducción y la adaptación del mismo y su disposición personal para colaborar en el proceso.

Se formó un equipo de 5 profesionales de enfermería con amplia experiencia profesional en el abordaje clínico, elaboración de protocolos, docencia e investigación en el campo de las heridas crónicas; cuatro de ellos tienen masters oficiales en heridas crónicas; uno conduce una unidad de atención de heridas en uno de los centros hospitalarios de Galicia. Todos tienen una amplia experiencia en investigación biomédica.

Con objeto de reforzar la equivalencia conceptual, se revisó minuciosamente el cuestionario con la finalidad de aclarar cualquier ambigüedad y los conceptos que pudiesen dar lugar a interpretaciones erróneas.

#### *Segunda etapa – Traducción a la lengua destino*

Se recomienda realizar más de una traducción porque el hecho de poder compararlas permite detectar errores, interpretaciones divergentes y el sesgo relativo al estilo de escritura personal de cada traductor<sup>86</sup>.

En esta etapa se realizaron 4 traducciones de la versión original del cuestionario del inglés al castellano por 4 traductores que tienen como lengua nativa el castellano: 3 ajenos al mundo sanitario, dos de ellos profesores de lengua inglesa y un traductor profesional. El cuarto traductor fue un profesional sanitario relacionado con el campo de las heridas crónicas. Los 4 trabajaron de forma independiente entre sí. Se les solicitó que buscasen el significado conceptual de los ítems del cuestionario en vez de centrarse en una traducción literal para, mejorando la equivalencia conceptual, facilitar la comprensión del cuestionario a los destinatarios del mismo. También se les pidió que valorasen, en una escala de 0 a 10, el grado de dificultad de la traducción de cada ítem y se dejó un espacio para apuntar sugerencias que considerasen oportunas.

*Tercera etapa* – Reconciliación de las traducciones en una única traducción al castellano.

Este paso consistió en comparar las traducciones independientes hechas del idioma original al castellano para resolver las discrepancias entre ellas y buscar una única versión por consenso (versión 1). Se enviaron las cuatro traducciones al castellano, así como el cuestionario original en inglés, al grupo de expertos. A estos se les solicitó que eligiesen, de cada ítem del cuestionario, la traducción que guardase mayor comprensión y similitud con nuestra cultura en la asistencia sanitaria.

*Cuarta etapa* – Retrotraducción al idioma original del cuestionario

La versión al castellano obtenida en la etapa anterior se tradujo a la lengua original del cuestionario, el inglés. Se realizaron dos retrotraducciones por dos personas ajenas al campo de la sanidad cuya lengua materna es el inglés y que lo hicieron de forma independiente. El propósito principal de esta retrotraducción fue verificar que la calidad de la traducción al castellano fue tal que conservaba el mismo significado que el del cuestionario original.

#### *Quinta etapa – Revisión de la retrotraducción*

Se compararon las retrotraducciones con el cuestionario original con objeto de detectar discrepancias y asegurar la equivalencia conceptual de la traducción al castellano. Se abordaron los ítems problemáticos con objeto de mejorar la traducción (versión 2).

#### *Sexta etapa – Armonización*

La armonización de las traducciones hechas a otras lenguas no procedió debido a que no existen otras versiones del cuestionario LUCNAK.

#### *Séptima etapa – Entrevista cognitiva (cognitive debriefing)*

Dado que el autor del cuestionario original no había determinado las propiedades psicométricas del mismo, se consideró necesario incrementar el número de ítems medidores de dimensiones no contempladas en el cuestionario original relacionadas con el manejo de enfermería de atención primaria de las úlceras venosas y el uso de la terapia compresiva. Por ello, para identificar estas dimensiones, previamente a la realización de esta etapa, se llevó a cabo un estudio cualitativo en la población diana (enfermeras de atención primaria de salud) para, de este modo, procurar mejorar sus propiedades psicométricas. Tras la realización de este estudio (ver fase 3) se incorporaron a la escala 27 enunciados generados a partir de las respuestas a las preguntas abiertas planteadas en dicho estudio, procurando respetar el lenguaje y el sentido de las expresiones aportadas por los participantes; estos nuevos ítems fueron valorados en esta etapa de entrevista cognitiva. También se incorporaron dos preguntas que trataban de conocer la valoración global del personal de enfermería respecto a la importancia de su papel en la aplicación de la terapia compresiva y, además, la valoración de la importancia de la terapia compresiva en la curación de las úlceras de etiología venosa en la extremidad inferior. El estudio cualitativo detallado se refiere en la Fase 3 de este documento.

La entrevista cognitiva suministra una comprensión del cuestionario desde el punto de vista de los entrevistados más que del de los investigadores. La ISPOR<sup>86</sup> recomienda realizar una entrevista cognitiva con al menos 5 a 8 encuestados pertenecientes a la población diana del país destino del cuestionario para comprobar la equivalencia

cognitiva. Se realizó una entrevista cognitiva con la nueva versión del cuestionario en un grupo de 10 profesionales de enfermería de atención primaria con la finalidad de valorar el formato del formulario, la comprensión, interpretación, la claridad de los ítems y el tiempo requerido para la cumplimentación del cuestionario. El procedimiento fue el siguiente: Se informó sobre el objetivo de la entrevista. Se explicó la finalidad del cuestionario. Se solicitó que cubriesen el formulario comenzando por los ítems y dejando las variables personales para el final. Se probó la visibilidad y una valoración general. Se solicitó la opinión de cada ítem en cuanto a legibilidad, comprensión y si el lenguaje se correspondía con el que se utiliza en su medio con objeto de poner de relieve cualquier palabra, oración o ítem que pudiese ser inapropiado a nivel conceptual; y cualquier otro aspecto del cuestionario que considerasen importante comentar. Se midió el tiempo de cumplimentación.

#### *Octava etapa - Revisión de los resultados de la entrevista cognitiva y finalización*

El investigador principal realizó una valoración de los resultados obtenidos en la entrevista cognitiva y de la traducción pre-final para resolver las discrepancias e incorporarlas con objeto de mejorar la traducción finalizada y asegurar la relevancia cultural.

#### *Novena etapa - Corrección de pruebas*

Se procedió a revisar el texto de la versión final del cuestionario a fin de detectar errores menores pasados por alto en el proceso de traducción (errores tipográficos, faltas de ortografía, gramaticales, etc.).

#### *Décima etapa – Informe final*

Se realizó el informe final en el que se describe el desarrollo de la traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario LUCNAK.

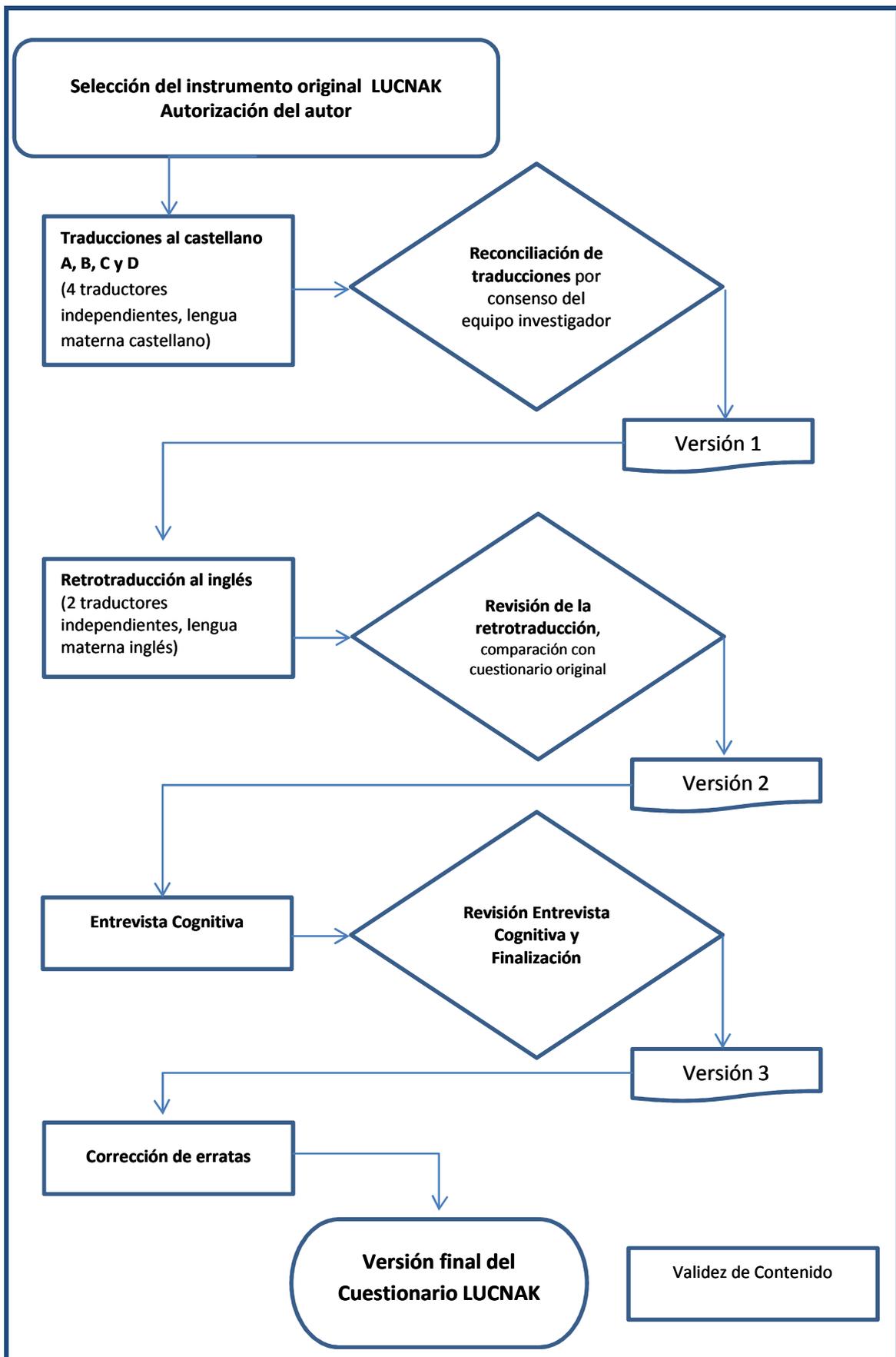


Figura 2.- Flujograma del proceso de adaptación transcultural y validación de contenido del cuestionario LUCNAK.

Figura 3. Lista de comprobación para traducir un cuestionario a otra cultura<sup>83</sup>.

- 1 ¿Hay información detallada describiendo la consulta con el creador que incluya:  
Los conceptos subyacentes del cuestionario LUCNAK que se van a medir y las escalas de respuesta correspondientes a cada ítem del cuestionario  
Existencia y realización de otras traducciones del cuestionario
- 2 ¿Hay información detallada acerca de los traductores al castellano incluyendo:  
Cómo fueron seleccionados los traductores  
Su lengua y cultura natal  
Tiempo y experiencia  
Nivel de educación  
Familiaridad con los conceptos traducidos
- 3 ¿Hay información detallada acerca del proceso de traducción al castellano incluyendo:  
¿Cuántas traducciones se realizaron?  
¿Los traductores hicieron el trabajo de forma independiente o en equipo? ¿Por qué si o por qué no?  
¿Cómo se le dieron las instrucciones a los traductores?
- 4 ¿Hay información detallada describiendo el proceso de análisis y reconciliación para llegar a una única traducción al castellano (versión 1) incluyendo:  
¿Quién estaba implicado en este proceso? ¿Y por qué?  
¿Cuáles fueron las diferencias entre las traducciones al castellano?  
¿Cómo se resolvieron las diferencias?
- 5 Si no se ha hecho retrotraducción, ¿fue aprobada la versión final mediante una prueba piloto? ¿Está bien justificada esta decisión?
- 6 Si fueron hechas una o más retrotraducciones, ¿hay información detallada acerca del/los traductor/es incluyendo:  
Cómo fueron seleccionados los traductores  
Su lengua y cultura natal  
Tiempo y experiencia  
Nivel de educación  
Familiaridad con los conceptos traducidos?
- 7 ¿Hay información detallada acerca del proceso de retrotraducción incluyendo:  
¿Cuántas traducciones se realizaron?  
¿Los traductores hicieron el trabajo de forma independiente o en equipo? ¿Por qué si o por qué no?  
¿Cómo se le dieron las instrucciones a los traductores?
- 8 ¿Hay información detallada acerca de cómo la-s retrotraducción-es fue-ron analizada-s y cómo la versión 1 fue revisada para producir la versión 2 incluyendo:  
¿Quién estaba implicado en este proceso? ¿Y por qué?
- 9 ¿Fue aprobada la versión 2 como la versión objetivo mediante un estudio piloto y esta decisión se justificó bien?
- 10 La prueba piloto de la versión objetivo en una muestra de individuos de la población diana lleva a verificar que los que contesten el cuestionario de la población diana entiendan claramente, acepten y puedan responder fácilmente a la versión en lengua castellana.  
¿Está este proceso de prueba bien descrito incluyendo:  
Número de participantes  
Información acerca de los participantes que demuestra que pertenecen a la población diana  
Instrucciones a los participantes  
Tipo de prueba y quien se implicó en ella  
Problemas y otros puntos de discusión encontrados por los participantes  
Análisis estadístico (si procede)  
Recomendaciones de los promotores  
Modificaciones resultantes en la versión objetivo (versión 3)
- 11 Armonización Internacional  
¿Fue llevado a cabo este proceso? Si sí, ¿fue este proceso bien descrito incluyendo?  
Número de países implicados  
¿Quién participó en este proceso?  
¿Cuáles fueron las diferencias entre países y cómo fueron resultas?  
Modificaciones resultantes en la versión objetivo (versión 4)

***Encuesta sobre conocimientos, prácticas y fuentes de información relacionadas con las úlceras de pierna y la terapia de compresión.***

La traducción y adaptación de las preguntas y modificaciones del cuestionario de recogida de datos se realizaron por consenso del equipo investigador y las aportaciones derivadas de la entrevista cognitiva.



### **FASE 3**

**Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) mediante el estudio cualitativo “Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas”**



Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo llevado a cabo en los meses de agosto a octubre de 2013. Se realizó un muestreo intencionado de conveniencia invitándose a participar a los miembros de la lista de correo del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)<sup>88</sup>. La elección de los participantes se justificó por su interés y experiencia en terapia compresiva de úlceras venosas en la pierna.

La recogida de información se efectuó mediante un cuestionario *ad hoc* autoaplicado *on-line*, que contenía dos preguntas abiertas:

- “Enuncie problemas, dificultades, impedimentos, etc. que considere que puedan suponer o supongan un obstáculo para la realización de terapia compresiva en personas con úlceras venosas no complicadas”
- “Enuncie elementos que considere que puedan facilitar o faciliten la realización de terapia compresiva en personas con úlceras venosas no complicadas”

Para obtener un perfil socio-profesional, se tuvieron en cuenta algunas variables como: edad, sexo, profesión, nivel asistencial de trabajo, años de experiencia laboral y país de origen.

Para el análisis de los datos cuantitativos se procedió al uso de estadística descriptiva, y para los datos narrativos (preguntas abiertas) fueron analizados mediante análisis de contenido temático<sup>89</sup> que consta de las siguientes fases: a) Transcripción literal de las respuestas obtenidas, b) Comprensión global del texto e identificación de temas emergentes, c) Búsqueda de segmentos de significado y codificación, y d) clasificación por categorías y desarrollo de un marco explicativo.

Para garantizar el rigor del estudio, el análisis de los datos fue llevado a cabo de forma independiente por dos miembros del equipo investigador considerándose aceptable una concordancia > 80% en la identificación de unidades de significado y en la codificación.

Referente a las consideraciones éticas del estudio, la participación fue voluntaria, informando del objeto del estudio y garantizando tanto el anonimato de los participantes como la confidencialidad de los datos obtenidos de acuerdo con la legislación vigente<sup>90,91</sup>.



#### ***FASE 4***

**Conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería sobre uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas.**



**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

**Ámbito:** el estudio se realizó en el ámbito de las Xerencias de Xestión Integrada de A Coruña y Ferrol que cuenta con 363 enfermeras-os de atención primaria de salud, 201 y 161, respectivamente.

**Sujetos y criterios de inclusión:** la totalidad del personal de enfermería de atención primaria de salud de Servizo Galego de Saúde (SERGAS) de las Xerencias de Xestión Integrada de A Coruña y Ferrol que atendiesen o hubiesen atendido a personas con úlceras de pierna.

**Tamaño de muestra:** Se estudiaron un total de 122 enfermeras –os, tamaño muestral suficiente para estimar los parámetros de interés con una precisión del 7,2% y una confianza del 95% para una población de 363 enfermeras.

**Instrumento:** Se utilizó el resultado de la traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* modificado (Anexos IIa y IIb). El formulario fue diseñado para ser autoaplicado y está compuesto de las siguientes partes:

1. Encuesta sobre conocimientos, prácticas y fuentes de información relacionadas con las úlceras de pierna y la terapia de compresión
2. Escala de evaluación tipo Likert de 5 puntos (1 desacuerdo total, 5 acuerdo total), de 44 ítems, para medir la percepción de los encuestados sobre el papel de enfermería en relación con la atención a pacientes con úlceras varicosas.
3. Dos ítems de valoración subjetiva de la importancia de enfermería en la aplicación de la terapia compresiva y de la importancia de la terapia compresiva en la curación de las úlceras venosas (escala 1-10: 1 muy poco importante - 10 importantísimo).
4. Variables socio-profesionales: edad, sexo, tiempo trabajado en atención primaria, tipo de contrato (personal fijo, personal interino, personal sustituto), formación en atención a personas con heridas crónicas, pacientes con úlceras en las piernas atendidos el último mes.

**Recogida de datos y período de estudio:** Previa autorización del estudio por el Comité de Ética de Investigaciones Clínicas de Galicia y de las respectivas Xerencias de Atención Primaria, se envió un correo electrónico a través del correo corporativo a todas

las enfermeras de APS de las Xerencias de Xestión Integrada de A Coruña y Ferrol informando sobre el estudio y solicitando la participación para cumplimentar el cuestionario *on line*. Tanto en el mensaje electrónico como en el formulario *on line* se les informó sobre el objetivo del estudio a llevar a cabo, la confidencialidad de los datos recogidos, la solicitud para participar y la forma ágil de contacto con el investigador principal. Se reforzó la solicitud con dos nuevos correos electrónicos y contactos telefónicos con enfermeras de los centros de salud. En los casos que lo admitieron se les ofreció la posibilidad de contestar en formato papel. Este proceso se desarrolló a lo largo del mes de junio de 2015.

### ***Análisis de los datos***

- A. Valoración de los conocimientos y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio: se realizaron, distribución de frecuencias, estimación de medias y proporciones, calculándose para las mismas sus intervalos de confianza (IC: 95%), para comparaciones múltiples de medias se realizó el análisis de varianza.

- B. Estimación de la fiabilidad y validez de constructo de la escala tipo Likert *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) adaptada al español y modificada.

Al finalizar la adaptación transcultural y modificación del cuestionario LUCNAK, la escala de evaluación original para medir habilidades y competencias, barreras para la cicatrización y actitudes hacia los pacientes con úlceras de pierna, compuesta por 17 ítems, fue incrementada con 27 ítems nuevos para aumentar las dimensiones e incluir aspectos relacionados con la terapia compresiva, quedando así una escala de evaluación de 44 ítems (Anexo IIa).

Se determinó la consistencia interna (Alpha de Cronbach) para cuantificar la fiabilidad del cuestionario adaptado y modificado. Se consideró aceptable un valor  $\alpha \geq 0,70$ .

Se calculó una puntuación total=  $\sum$  de los 17 ítems para obtener una puntuación total de referencia y establecer comparaciones globales entre grupos.

Se determinaron las correlaciones de cada ítem con la correlación total.

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences V\_19*).



# ***RESULTADOS***



## **Fase 2**

**Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario  
*Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)*  
para enfermería en salud comunitaria**



***Adaptación transcultural de la Escala de evaluación tipo Likert del cuestionario Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge.***

*Traducciones del documento original al castellano y conciliación de las traducciones:*

Al comparar las 4 traducciones en el proceso de reconciliación en una única traducción al castellano, surgieron diversas discrepancias. Una de las más importantes consistió en la equivalencia conceptual del concepto “*leg ulcer*”. En nuestro medio se utiliza muy poco el concepto “úlceras de la pierna”, los más usados son “úlceras en miembros inferiores” y “úlceras en la extremidad inferior”. Finalmente, tras consultar los descriptores en ciencias de la salud (DeCS)<sup>25</sup> se optó por emplear preferentemente “úlceras de pierna” y “extremidad inferior” ateniéndose al enunciado de cada ítem y teniendo presente que el término que más se adecúa al tipo de úlceras que nos interesa es el de úlcera de la pierna. El otro término que produjo alguna divergencia fue el de “nursing care” que se tradujo, por consenso y ateniéndose al contexto de cada enunciado, bien por “cuidados de enfermería” o “atención de enfermería” que es como se establece en los DeCS<sup>25</sup>.

En cuanto a la valoración del grado de dificultad en la traducción de cada uno de los ítems, la puntuación media para cada uno de ellos estuvo por debajo de 5, salvo para el ítem 12 “*Nurses need greater input into the products CCAC (Home Care) purchase*” que tuvo una puntuación media de 7 y que, al aludir por sus siglas a un organismo de salud comunitaria de Toronto el *Community Care Access Centre (CCAC)* precisó ser modificado en mayor medida “*Los profesionales de enfermería deben tener una mayor implicación en la elección de los productos de cura de heridas que efectúa la administración sanitaria*”. En esta fase se aceptaron sugerencias respecto a la terminología comúnmente usada en el medio asistencial de los destinatarios del cuestionario, el personal de enfermería comunitaria.

Sin dejar de buscar la equivalencia conceptual, la traducción trató de conservar los tiempos verbales, el sentido de cada uno de los ítems y conservar, con nuestro lenguaje, el significado de las palabras del cuestionario original.

Las discrepancias entre las traducciones se resolvieron por consenso del grupo de expertos, las definiciones del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española y las definiciones de los Descriptores en Ciencias de la Salud de la Biblioteca Virtual en Salud y del *Medical Subject Headings (PubMed)*<sup>25</sup> y, en algún caso, por votación

simple. Finalmente se obtuvo una primera versión (versión 1) del formulario para ser retrotraducida al idioma original del cuestionario (el inglés).

*Retrotraducción al idioma original del cuestionario y revisión de la retrotraducción.*

Al comparar el resultado de las dos retrotraducciones de la versión en castellano al inglés con el cuestionario original, no se encontraron grandes discrepancias pero sí se obtuvo una excelente correlación entre ambas de forma que se pudo asegurar que la versión al castellano conservaba el mismo significado que el cuestionario en inglés original. En esta etapa se aseguró la equivalencia conceptual de la traducción al castellano.

*Ejemplos versión original / retrotraducciones al inglés*

| <b>Versión original</b>  | <b>Versión adaptada</b>   | <b>Retrotraducción al inglés</b>   |
|--|---|--|
| <i>I can rely on the physicians responsible for my clients to have up to date information on how to treat leg ulcers effectively</i> | <i>Puedo confiar en que los médicos responsables de mis pacientes tengan información actualizada sobre cómo tratar las úlceras en las piernas eficazmente</i> | <i>I can rely on the doctors responsible for my patients to have up-to-date information on how to effectively treat leg ulcers</i> |
| <i>Greater access to wound care products is necessary</i>  | <i>Es necesario un mayor acceso a los productos para el cuidado de heridas</i>  | <i>A greater access to wound treatment products is necessary</i>   |

*Revisión de los resultados de la entrevista cognitiva y finalización*

La entrevista cognitiva a un grupo de profesionales de la población diana aportó datos como alguna dificultad en la legibilidad debida al tamaño de la letra de la versión que se suministró y alguna errata relacionada con el sistema de puntuación en la respuesta escalar a los ítems.

También aportó información respecto a ítems del cuestionario original que parecen repetir la misma cuestión:

*Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el manejo de las úlceras en las piernas son necesarias para que las enfermeras puedan aplicar los cuidados más adecuados.*

*El uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento de úlceras en las piernas podría mejorar la curación de las heridas.*

Estos enunciados se mantuvieron por pertenecer al formulario original en previsión de los resultados de la valoración de las propiedades psicométricas del instrumento.

Lo mismo sucedió con algún enunciado nuevo añadido al formulario, en este caso se optó por eliminar la repetición.

Otro resultado fue el señalamiento de dos ítems nuevos que tenían una formulación ambigua, pudiendo dar lugar a interpretaciones diversas. En un caso se reformuló y en el otro se eliminó del formulario.

Salvo en los puntos mencionados, los participantes manifestaron claridad y una buena comprensión de los ítems del formulario, de las indicaciones y de las opciones de respuesta. El tiempo medio de cumplimentación del cuestionario con los nuevos ítems fue de alrededor de 20 minutos.

#### *Corrección de pruebas y redacción del informe final*

Una vez dada por terminada la traducción y adaptación del cuestionario, se procedió a revisar el formulario en el que se detectaron alguna falta de ortografía y la duplicación de un de ítem, erratas que fueron subsanadas, y se procedió a escribir el informe describiendo el desarrollo de la traducción y adaptación cultural al castellano de la escala de evaluación tipo Likert del cuestionario LUCNAK (Anexo IIa).

La valoración del rigor del método seguido para llevar a cabo la adaptación transcultural del cuestionario se llevó a cabo con la lista de comprobación del Grupo ERIQA y se consideró muy satisfactoria. La casi totalidad de los apartados valorados se realizaron adecuadamente.

#### ***Encuesta sobre conocimientos, prácticas y fuentes de información relacionadas con las úlceras de pierna y la terapia de compresión.***

Las preguntas del formulario original referidas a los conocimientos, práctica profesional y fuentes de información respecto a las úlceras de la pierna, las de origen venoso fundamentalmente, así como los datos socio-profesionales se completaron, actualizaron

y/o reformaron atendiendo a las aportaciones que emergieron en la entrevista cognitiva relativas a la comprensión de los enunciados, a las opciones de respuesta y a la reiteración innecesaria como en el caso siguiente:

| <i>In what proportion of your leg ulcer clients is the disease etiology known (ie. it is known that the disease etiology is venous, arterial or mixed)?</i> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <i>A Few</i>             | <i>Some</i>              | <i>Many</i>              | <i>Most</i>              | <i>Almost All</i>        | <i>Don't Know</i>        |
|   | <i>&lt;10%</i>           | <i>10-25%</i>            | <i>26-50%</i>            | <i>51-75%</i>            | <i>&gt;75%</i>           |                          |
| <i>Etiology is known</i>  | <input type="checkbox"/> |
| <i>Etiology is unknown</i>  | <input type="checkbox"/> |

Se hizo una actualización tanto en los productos que no se usan en nuestro país (Viscopaste® en vez de Ichthopaste®), como en los profesionales que suelen intervenir en el proceso asistencial en el contexto asistencia de la Atención Primaria de salud del sistema sanitario público. Y se incorporaron las siguientes preguntas para valorar la comportamientos de los profesionales relacionados con las recomendaciones basadas en la evidencia<sup>31,70,72,92-94</sup>:

|  |                |                       |                     |                |
|--|----------------|-----------------------|---------------------|----------------|
| <i>Valoro la posibilidad de que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa por la localización, aspecto de la piel y características de la herida.</i>  |                |                       |                     |                |
| <i>Nunca</i>   | <i>A veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>Siempre</i> |
| <i>Valoro la posibilidad de que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa mediante la palpación de pulsos distales.</i>  |                |                       |                     |                |
| <i>Nunca</i>   | <i>A veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>Siempre</i> |
| <i>Valoro la posibilidad de que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa mediante la determinación del índice tobillo/brazo.</i>  |                |                       |                     |                |
| <i>Nunca</i>   | <i>A veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>Siempre</i> |
| <i>Mido la extensión de la úlcera en la pierna</i>   |                |                       |                     |                |
| <i>Nunca</i>   | <i>A veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>Siempre</i> |
| <i>Para el tratamiento de las úlceras de etiología venosa en las extremidades inferiores en las que se aplica terapia de compresión utilizo el apósito más sencillo, idóneo y económico del catálogo del servicio de salud</i> |                |                       |                     |                |
| <i>Nunca</i>   | <i>A veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>Siempre</i> |
| <i>Para la prevención de las recidivas de las úlceras venosas recomiendo el uso de medias de compresión graduada.</i>  |                |                       |                     |                |
| <i>Nunca</i>   | <i>A veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>Siempre</i> |

Finalmente se añadieron ítems para recoger datos personales (edad, sexo), experiencia profesional total y específica en atención primaria de salud (Anexo IIb).



### **Fase 3**

**Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)* mediante el estudio cualitativo “Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas”**



Se obtuvieron un total de 123 respuestas. El perfil de los participantes fue el siguiente: 65,9% mujeres, edad media de 46,7 (DE  $\pm$ 9,21) años, años tiempo medio de experiencia profesional 22,6 (DE  $\pm$ 9,73) años; llevaban a cabo su labor en atención primaria el 51,2%, en hospital 34,1 %, en centros socio-sanitarios 9,8 % y otros 4,9%. El 88,6 % de las respuestas provinieron del Estado Español y el resto de países latinoamericanos.

Referente a los resultados derivados del análisis narrativo, se identificaron las siguientes categorías temáticas:

### ***Elementos propios del sistema sanitario/sociedad:***

Se señalan a continuación algunas de las respuestas analizadas narrativamente.

#### 1.1. “Disponibilidad de material y dispositivos”

*“Material en las consultas adecuado para poder realizarla (no venda de crepes y algodón)” (Participante 119 = (P119)).*

*“Que el SNS (Sistema Nacional de Salud) no financia las terapias de compresión. Tener en los centros de salud y/o poder hacer recetas de los productos de terapia compresiva” (P123).*

*“No poder realizar Índice Tobillo/Brazo por carecer de Doppler” (P56).*

*“Sistemas para la colocación de las medias, algunos modelos cuestan mucho de poner” (P40)*

#### 1.2. “Formación”

*“Mejor formación del personal de Enfermería sobre esta terapia” (P13)*

*“Formación para el profesional e información al paciente” (P66)*

*“Talleres de formación y actualización sobre úlceras vasculares y correcto diagnóstico y manejo multidisciplinar” (P101)*

#### 1.3. “Relación interdisciplinar intra e inter niveles de atención”

*“Falta de colaboración del resto de profesionales para seguir el tratamiento debido a la ignorancia o falta de pericia en la realización del vendaje. Apoyo por parte del estamento médico” (P66)*

*“No tener valoración por parte del cirujano vascular o si la hay no tener acceso ni indicaciones por su parte” (P56)*

*“Facilitar el intercambio información y la coordinación entre Atención Primaria y cirugía vascular” (P81)*

#### 1.4. “Existencia e implementación de Guías, Protocolos, Vías Clínicas”

*“La falta de consenso con otros profesionales que intervienen en el proceso. Protocolos de indicación y aplicación de terapia compresiva” (P27)*

*“Uniformidad de tratamiento entre todos los niveles asistenciales” (P45)*

*“Establecimiento de guías de proceso claras al respecto de que se debe hacer cuando un paciente tiene una herida/lesión crónica y quién debe realizar cada parte del proceso” “Protocolos de consenso a nivel de unidad, de centro hospitalario y de atención primaria con la participación de médicos y enfermería” (P115)*

#### 1.5. “Factores Económicos”

*“Financiación pública de vendas y medias” (P61)*

*“El precio de las vendas, en estos tiempos de recortes resulta difícil que nos las suministren” (P76)*

*“Falta recursos materiales en los centros salud por los recortes” (P81)*

#### 1.6. “Prescripción”

*“Dificultad de acceso a vendas multicapa y a medias terapéuticas efectivas; no están dentro de nuestros catálogos de prescripción” (P8)*

*“No poder recetar vendas de compresión graduada, kit de varias vendas o medias...” (P109)*

#### 1.7. “Unidades de Seguimiento”

*“Conformación de unidades de seguimiento” (P4)*

*“Deficiente abordaje multidisciplinar excepto en Unidades de Heridas” (P8)*

### ***Elementos propios del paciente:***

#### 2.1. “Adherencia al tratamiento, Tolerancia a la compresión”

*“Poca colaboración por parte del paciente, que en muchos casos se retira la terapia compresiva por incomodidad” (P17)*

*“La falta de aceptación del tratamiento por parte del paciente. Educación sanitaria al paciente para mejorar su comprensión/aceptación del tratamiento” (P26)*

*“Reticencia por parte de los pacientes, sobre todo si son jóvenes, porque el vendaje les molesta, pica, les da calor... y no les explicamos lo suficiente la importancia de la terapia compresiva. Sobre todo una explicación sencilla y convincente de la necesidad del vendaje” (P51)*

## 2.2. “Recursos Económicos”

*“Las medias de compresión no son accesibles económicamente a todo el mundo”* (P24)

*“Deben tenerse en cuenta los factores sociales y los relacionados con el paciente: coste, comodidad, alivio del dolor...”* (P23)

*“Lo más importante y que por eso los pacientes muchas veces no quieren esta terapia es por tener que pagársela”* (P83)

## 2.3. “Dificultad de aplicación”

*“Resistencia por parte de los pacientes a llevar vendajes, medias compresión, por dificultad en la colocación, incomodidad, calor...”* (P56)

*“Dificultad para autocolocarse en personas añosas sin compañía”* (P58)

## 2.4. “Educación sanitaria”

*“Implicación gradual del paciente a la terapia compresiva mediante la educación sanitaria y concienciación”* (P60)

*“Una buena educación sanitaria impartida desde todos los niveles, tanto primaria como de especializada”* (P88)

*“La educación de las personas que las padecen y su familia”* (P112)

## 2.5. “Apoyo familiar”

*“Colaboración de paciente y familiares”* (P98)

*“Buen apoyo familiar o del entorno del paciente”* (P114)

## 2.6. “Los buenos resultados de la terapia de compresión”

*“Que los pacientes vean los resultados de estas medidas en otras personas”* (P19)

*“Mejora la tolerancia y la buena evolución que tienen las úlceras”* (P35)

## 2.7. “Creencias”

*“Existe la creencia popular contraria a que si se pone...”* (P69)

*“Un obstáculo son las creencias del paciente”* (P82)

## ***Elementos propios de los profesionales sanitarios:***

### 3.1. “Los propios profesionales”

*“Autoconvencimiento del profesional sanitario de la importancia de la compresión”* (P39)

*“El colectivo de enfermería en general, cada vez menos afortunadamente, son muy reacios a aplicar la terapia compresiva. Compromiso por parte del profesional, con el tema” (P99)*

### 3.2. “Formación de los profesionales”

*“Desconocimiento de la patología de base (falta de formación- información” (P77)*

*“Falta de información y de conocimientos sobre la correcta realización de terapia compresiva e información sobre beneficios terapia” (P122)*

### 3.3. “Inexperiencia”

*“Inexperiencia en la aplicación de la terapia compresiva” (P63)*

*“Falta de formación y experiencia en la aplicación de la técnica” (P96)*

### 3.4. “Interrelación con otros profesionales y niveles”

*“La falta de consenso con otros profesionales que intervienen en el proceso” (P25)*

*“Desconocimiento de la técnica de colocación por parte de otros profesionales” (P35)*

### 3.5. “Incertidumbre”

*“Desconocimiento de valores adecuados de presión necesaria” (P4)*

*“Falta de seguridad en su empleo” P(73)*

### 3.6. “Educación sanitaria”

*“Explicarle la importancia y los beneficios de la terapia compresiva” (P95)*

*“Hacer partícipe al paciente como elemento imprescindible de su curación. Facilitarle información sobre el tratamiento. Valorar conjuntamente con el/la usuario/a la evolución positiva de la cicatrización de la herida” (P118)*

#### **Fase 4**

**Conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería sobre uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas.**



### *Características de los participantes*

Respondieron 122 enfermeras-os de un total de 362 de las Áreas Sanitarias de A Coruña y Ferrol, 201 y 161, respectivamente. Lo cual supone un índice de respuesta del 33,7%.

Un 76,92 % fueron mujeres. La edad media fue de 49,88 (DE  $\pm 11,11$ ) años [IC 95%:47,83-51,93] y una mediana de 55 años. La media de años desde que habían acabado los estudios fue de 26,83 (DE  $\pm 11,44$ ) años [IC 95%:24,75-28,92] y el tiempo medio trabajado en atención primaria fue 12,32 (DE  $\pm 10,29$ ) años [IC 95%:10,47-14,1].

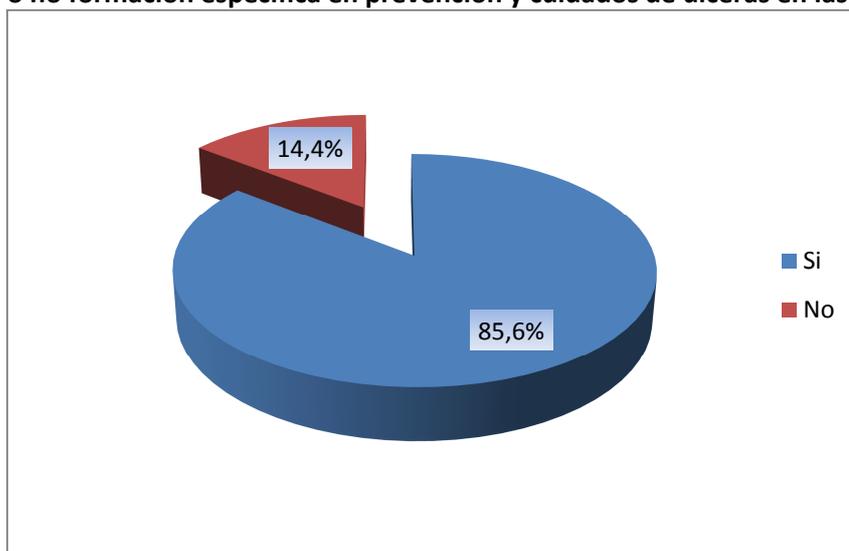
El 73,5% tenían un puesto de trabajo fijo, el 14,1% sustitutos y el 12,4% interinos. La edad media del personal de enfermería con puesto fijo era de 55,29 (DE  $\pm 5,43$ ) años y la mediana de 57 años. La de interinos y sustitutos fue de 36,54 (DE  $\pm 4,05$ ) y 35,37 (DE  $\pm 9,81$ ) años respectivamente. Los tiempos medios de trabajo en atención primaria, el tipo de contrato laboral en la actualidad y el tiempo desde que acabaron los estudios de enfermería se reflejan en la siguiente tabla, Tabla 1.

Tabla 1.- **Tiempo medio transcurrido desde final de los estudios y tiempo trabajado en atención primaria, según el puesto de trabajo de los participantes.**

| <b>Puesto de trabajo</b> | <b>Media años desde final estudios</b> | <b>Media años en atención primaria</b> |
|--------------------------|--|--|
| Fijo                     | 32,4 $\pm$ 6,3                         | 15,2 $\pm$ 10,3                        |
| Interino                 | 14,4 $\pm$ 4,6                         | 5 $\pm$ 3,5                            |
| Sustituto                | 9,9 $\pm$ 6,1                          | 4 $\pm$ 4,5                            |

En la Figura 1 una se muestra el porcentaje de enfermeras de atención primaria que manifestaron haber recibido formación específica sobre prevención y cuidados de las úlceras en las piernas.

**Figura 1.- Distribución porcentual de las enfermeras de atención primaria según han recibido o no formación específica en prevención y cuidados de úlceras en las piernas.**



De la enfermeras que se formaron, por orden de frecuencia el 63,1% lo hicieron en cursos post-grado o de formación continuada sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas, el 61,4% en la asistencia a Jornadas o Congresos sobre heridas crónicas, el 29,5% en la enseñanza pregrado. En el apartado “Otros” se señalaron opciones como artículos de revistas científicas, compañeros de trabajo, sesiones clínicas en el centro, participación en estudio de investigación, internet, casas comerciales, servicio de cirugía y guías clínicas.

La autovaloración de los profesionales sobre la importancia del personal de enfermería en la aplicación de la terapia compresiva en las úlceras venosas y la importancia de la terapia compresiva en la curación de las úlceras venosas obtuvieron unas medias de 9 (DE  $\pm 1,32$ ) puntos [IC95%:8,76-9,23] y 8,8 (DE  $\pm 1,44$ ) puntos [IC 95%:8.61-9.12] respectivamente.

### **Valoración de los conocimientos y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas.**

#### ***Valoración de la úlcera de la pierna***

En la tabla 2 se muestra los datos de las respuestas a las preguntas de en qué proporción de pacientes con úlceras en la pierna atendidos por el personal de enfermería de

atención primaria tienen determinado el Índice Tobillo/Brazo, hecha una valoración vascular o identificada la etiología de la lesión.

Tabla 2.- Proporción de pacientes atendidos con úlceras en la pierna que tienen determinado el Índice Tobillo/Brazo, una valoración vascular o identificada la etiología.

|  | Ninguno<br>0% | Algunos<br>25% | La<br>mitad<br>50% | La<br>mayoría<br>75% | Todos<br>100% | No sé |
|--|---------------|----------------|--------------------|----------------------|---------------|-------|
| Valoración con Doppler (Índice<br>Tobillo – Brazo) | 34,4%         | 41%            | 5,7%               | 9,8%                 | 0,8%          | 8,2%  |
| Valoración Vascular                                | 8,2%          | 59%            | 9,8%               | 14,7%                | 0,8%          | 7,4%  |
| Etiología identificada                             | 3,3%          | 39,3%          | 18%                | 32,8%                | 5,7%          | 0,8%  |

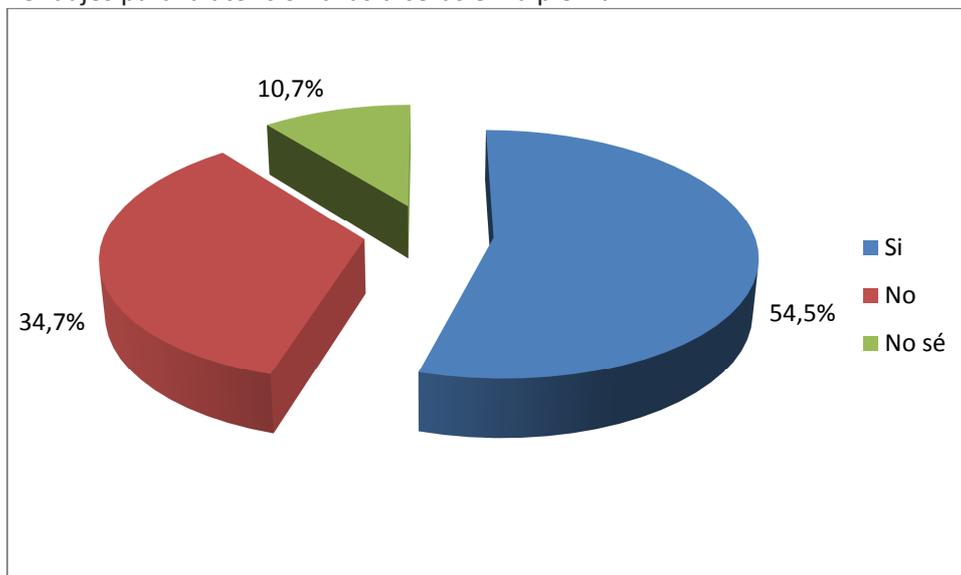
### *Atención a la úlcera de la pierna*

Los profesionales durante el último mes habían atendido una media de 4,39 [IC 95%:3,59-5,19] pacientes con úlceras en las piernas.

A la cuestión *¿Normalmente, quién decide el tratamiento inicial para las úlceras en la pierna (por ejemplo: apósitos, vendajes, frecuencia de los cambios, elección de productos farmacéuticos)?* el 87.7% respondieron que la enfermera/o; el 9,8% contestaron que se trata de una decisión multidisciplinar; y el 2,5% que el médico de familia o el médico especialista.

Algo más de la mitad afirmaron que su servicio de salud tenía normas y procedimientos específicos en cuanto a protocolos de uso de apósitos y vendajes para la atención a las úlceras en la pierna, mientras que casi la otra mitad lo desconocía o negaba (figura 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre el personal fijo, interino o sustituto.

Figura 2.- Distribución porcentual sobre la existencia o no de protocolos de uso de apósitos y vendajes para la atención a las úlceras en la pierna.



Los participantes consideraron que el tiempo medio que lleva cicatrizar a una úlcera típica en la pierna es de 18,23 (DE  $\pm$ 22,37) semanas [IC 95%:13,59-22,86].

La mayor parte de la enfermería (79,8%) respondió que esperaban hasta 3 meses (49,1%) y de 3 a 6 meses (30,7%) antes de derivar una úlcera de pierna que no cicatriza. En cuanto a los profesionales a quienes se derivan, la mayoría lo hacían al médico de familia y/o cirujano vascular, ver figuras 3 y 4.

Figura 3.- Distribución porcentual del tiempo de espera ante una úlcera que no cicatriza antes de derivar a un paciente.

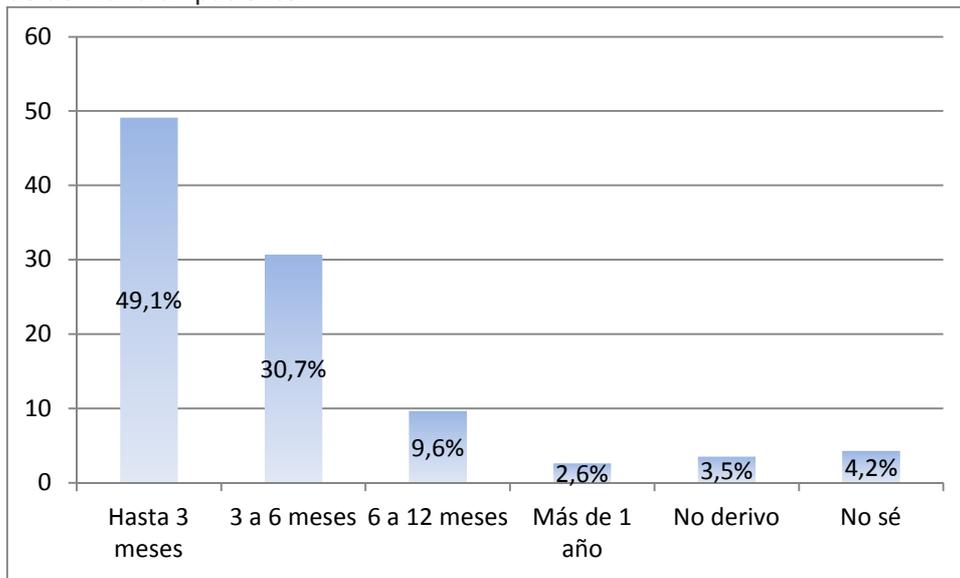
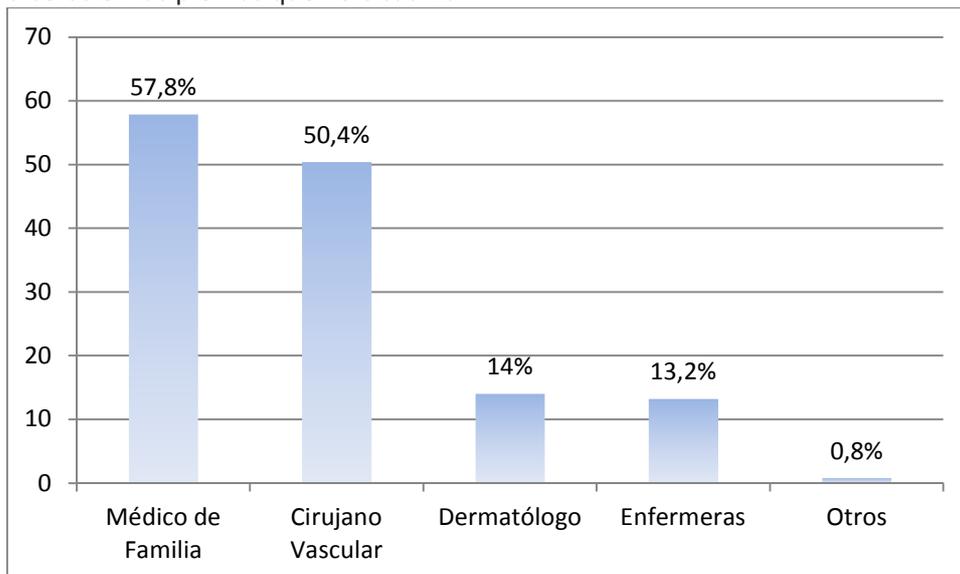


Figura 4.- Distribución porcentual del tipo de profesional al que se derivan los pacientes con úlceras en las piernas que no cicatrizan.



### *Conocimiento y práctica clínica*

La percepción de la eficacia en la cicatrización de las úlceras venosas de diversas alternativas de terapia compresiva se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.- Distribución porcentual del grado de eficacia de diversos sistemas de compresión en la cicatrización de las úlceras venosas.

|   | No es eficaz | A veces es eficaz | Muy eficaz | No sé |
|---|--------------|-------------------|------------|-------|
| Medias de compresión graduada                         | 0,8%         | 26,6%             | 70%        | 2,5%  |
| Vendaje: simple (ej. venda de crepé o venda cohesiva) | 14,1%        | 51,7%             | 33,9%      | 0%    |
| Vendaje con Óxido de Zinc (ej. Bota Unna, Viscopaste) | 2,6%         | 22,1%             | 8,8%       | 66,3% |
| Vendaje: 2 capas (ej. algodón y cohesiva)             | 14,6%        | 58,6%             | 17,2%      | 9,5%  |
| Vendaje: kit comercial de 2 capas                     | 0%           | 23,7%             | 38,6%      | 37,2% |
| Vendaje: kit comercial de 4 capas                     | 2,7%         | 12,5%             | 25,0%      | 59,8% |

La utilización por parte del personal de enfermería de estas alternativas terapéuticas para la compresión se muestra, expresada en porcentajes, en la tabla 4.

Tabla 4.- Distribución porcentual de las alternativas terapéuticas para la compresión utilizadas por los profesionales de enfermería.

|   | Nunca lo uso | Alguna vez | De forma regular | Muchas veces | Siempre lo uso |
|---|--------------|------------|------------------|--------------|----------------|
| Medias de compresión graduada                         | 7,1%         | 15,9%      | 26,5%            | 36,3%        | 14,2%          |
| Vendaje: simple (ej. venda de crepé o venda cohesiva) | 7,1%         | 14,3%      | 21,4%            | 34,8%        | 22,3%          |
| Vendaje con Óxido de Zinc (ej. Bota Unna, Viscopaste) | 70,5%        | 14,3%      | 9,5%             | 1%           | 4,7%           |
| Vendaje: 2 capas (ej. algodón y cohesiva)             | 22,7%        | 25,5%      | 29,1%            | 14,5%        | 8,2%           |
| Vendaje: kit comercial de 2 capas                     | 55,5%        | 17,6%      | 16,7%            | 7,4%         | 2,8%           |
| Vendaje: kit comercial de 4 capas                     | 79,8%        | 14,7%      | 5,5%             | 0%           | 0%             |

Tras recodificar las variables de valoración de la eficacia y la de frecuencia de uso en tres categorías se obtuvo que la valoración de la eficacia en las medias de compresión

graduada, vendaje simple, vendaje con óxido de zinc y vendaje de dos capas realizado con el material disponible en la consulta se asocia de forma significativa con la frecuencia de las terapias ( $p < 0,05$ ).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la valoración de la eficacia de los kits comerciales de dos o cuatro capas y su uso.

### ***Práctica Basada en la Evidencia***

Las respuestas a las preguntas que determinan conductas relacionadas con recomendaciones basadas en la evidencia científica se muestran en la tabla 5.

Tabla 5.- Distribucion porcentual de la frecuencia de seguimiento de la evidencia científica más actual.

|   | Nunca | A veces | Frecuente | Casi siempre | Siempre |
|---|-------|---------|-----------|--------------|---------|
| Valoro que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa por la localización, aspecto de la piel y características de la herida | 0.8%  | 9.4%    | 23.2%     | 28.4%        | 37.9%   |
| Valoro que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa mediante la palpación de pulsos distales                               | 9.3%  | 20.3%   | 22%       | 22.9%        | 25.4%   |
| Valoro que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa mediante la determinación del índice tobillo/brazo                     | 37.6% | 33.3%   | 7.7%      | 11.9%        | 9.4%    |
| Mido la extensión de la úlcera en la pierna   | 2.5%  | 18.6%   | 27.9%     | 24.5%        | 26.2%   |
| Utilizo el apósito más sencillo, idóneo y económico del catálogo del servicio de salud  | 6.8%  | 20.5%   | 23.9%     | 30.7%        | 17.9%   |
| Para la prevención de las recidivas de las úlceras venosas recomiendo el uso de medias de compresión graduada                       | 2.5%  | 6.7%    | 11%       | 31.3%        | 48.3%   |

Se consideró como única respuesta correcta la recomendada por la mejor evidencia científica disponible tanto en revisiones sistemáticas como en guías de práctica clínica. Se calcularon las frecuencias de respuestas correctas de los participantes. El rango de puntuaciones fue de 0 (ninguna respuesta correcta) a 6 (todas las respuestas correctas). Los resultados de la puntuación se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Puntuaciones y frecuencias en cuanto al seguimiento de 6 practicas específicas de tratamiento de úlceras venosas basadas en la evidencia.

| Puntuación | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 0          | 37         | 30,3       | 30,3              | 30,3                 |
| 1          | 29         | 23,8       | 23,8              | 54,1                 |
| 2          | 25         | 20,5       | 20,5              | 74,6                 |
| 3          | 14         | 11,5       | 11,5              | 86,1                 |
| 4          | 13         | 10,7       | 10,7              | 96,7                 |
| 5          | 3          | 2,5        | 2,5               | 99,2                 |
| 6          | 1          | ,8         | ,8                | 100,0                |
| Total      | 122        | 100,0      | 100,0             |                      |

Un 30% de los participantes no realizaron ninguna de las seis recomendaciones basadas en la evidencia; un 23,4% siguieron alguna.

El grado de cumplimiento de practica basada en la evidencia fue similar en los profesionales, no se encontraron diferencias ( $p>0,05$ ) entre grupos de edad, tipo de contrato laboral, ni haber recibido formación específica para el cuidado de úlceras de la pierna.

### *Importancia de las Fuentes de Información*

La percepción del personal de enfermería de atención primaria de salud sobre la importancia de las fuentes de información en el cuidado de personas con úlceras en las piernas se muestra en la tabla 7.

Tabla 7.- Distribución porcentual sobre el grado de importancia de las fuentes de información en el cuidado de las úlceras de pierna.

| Importancia de las <b>Fuentes de Información</b> en el cuidado de las úlceras en las piernas | Nada | Poco  | Indiferente | Bastante | Mucho |
|--|------|-------|-------------|----------|-------|
| Enfermera /o   | 0%   | 0%    | 3,3%        | 14%      | 82,6% |
| Médico de Familia / Médico General   | 1,6% | 3,3%  | 20,8%       | 29,2%    | 45%   |
| Cirujano Vascular  | 0%   | 3,3%  | 20%         | 26,7%    | 50%   |
| Dermatólogo  | 2,5% | 15,2% | 33%         | 19,5%    | 29,7% |
| Representantes de productos para el cuidado de heridas                                       | 16%  | 22,7% | 36,9%       | 14,3%    | 10,1% |
| Bibliografía científica / Publicaciones de enfermería  | 0,8% | 4,1%  | 19,8%       | 32,2%    | 43%   |
| Internet   | 9,9% | 9,1%  | 38,8%       | 25,6%    | 16,5% |

## **Comparación de las respuestas dadas a los 17 ítems de la escala de evaluación tipo Likert del cuestionario original con las obtenidas en este estudio.**

En el cuestionario original de 17 ítems establecen 3 dimensiones: habilidades y competencias percibidas por las enfermeras comunitarias, barreras para la cicatrización de las heridas y actitudes hacia los pacientes. En las siguientes tablas 8, 9 y 10 se muestran los resultados obtenidos por Graham en los ítems que componen las tres dimensiones comparados con los obtenidos en las mismas dimensiones en nuestro estudio.

Tabla 8.- Distribución porcentual del grado de acuerdo obtenido en los ítems de habilidades y competencias percibidas en los dos estudios Atención Primaria de Salud A Coruña vs escala de evaluación tipo Likert del cuestionario original.

| <b>Habilidades y competencias percibidas por las enfermeras comunitarias</b>   |               |   |                          |   |
|--|---------------|---|--------------------------|---|
|  |               | <b>Desacuerdo,<br/>Total<br/>desacuerdo<br/>%</b> | <b>Indiferente<br/>%</b> | <b>Acuerdo,<br/>Total<br/>acuerdo<br/>%</b> |
| Desde mi experiencia profesional en enfermería, me siento seguro de mi capacidad para tratar úlceras en las piernas                                    |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 8,9   | 32,5                     | 58,5  |
|  | Coruña A.P.S. | 4,13  | 32,23                    | 63,64                                       |
| Desde que ejerzo mi profesión, pude haberme beneficiado de la formación continuada sobre el cuidado de úlceras en las piernas                          |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 2,4   | 4,8                      | 92,7  |
|  | Coruña A.P.S. | 8,2   | 19,67                    | 72,1  |
| He aprendido de otras enfermeras/os la mayor parte de lo que sé sobre las estrategias para el tratamiento de úlceras en las piernas                    |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 8,9   | 17,9                     | 73,2  |
|  | Coruña A.P.S. | 18,34   | 22,5                     | 59,17                                       |
| Considero que no tengo el conocimiento suficiente sobre los productos para el cuidado de las heridas para usarlos de forma eficaz                      |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 42,6  | 32,8                     | 24,6  |
|  | Coruña A.P.S. | 61,48   | 14,75                    | 23,77                                       |
| Puedo confiar en que los médicos responsables de mis pacientes tengan información actualizada sobre cómo tratar las úlceras en las piernas eficazmente |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 48  | 35,8                     | 16,3  |
|  | Coruña A.P.S. | 48,36   | 29,51                    | 32,13                                       |

Tabla 9.- Distribución porcentual del grado de acuerdo obtenido en los ítems de barreras para la cicatrización de las heridas en los dos estudios Atención Primaria de Salud A Coruña vs escala de evaluación tipo Likert del cuestionario original.

| <b>Barreras para la cicatrización de las heridas</b>   |               |   |                          |   |
|--|---------------|---|--------------------------|---|
|  |               | <b>Desacuerdo,<br/>Total<br/>desacuerdo<br/>%</b> | <b>Indiferente<br/>%</b> | <b>Acuerdo,<br/>Total<br/>acuerdo<br/>%</b> |
| Los profesionales de enfermería deben tener una mayor implicación en la elección de los productos de cura de heridas que efectúa la administración sanitaria                           | Graham et al. | 3,3   | 16,4                     | 83  |
|  | Coruña A.P.S. | 2,48  | 4.96                     | 92,56                                       |
| Es necesario un mayor acceso a los productos para el cuidado de heridas  | Graham et al. | 4,9   | 21,1                     | 74  |
|  | Coruña A.P.S. | 9,02  | 9.84                     | 81,15                                       |
| Según mi experiencia, una barrera para la curación de las úlceras en las piernas, es la adhesión del paciente al tratamiento   | Graham et al. | 13  | 22                       | 65  |
|  | Coruña A.P.S. | 8,4   | 10.92                    | 80,67                                       |
| Un impedimento para la curación de las úlceras en las piernas son los tratamientos inadecuados prescritos por los médicos  | Graham et al. | 14,3  | 26,1                     | 59,7  |
|  | Coruña A.P.S. | 32,5  | 31.67                    | 35,84                                       |
| Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el manejo de las úlceras en las piernas son necesarias para que las enfermeras puedan aplicar los cuidados más adecuados   | Graham et al. | 2,4   | 13,8                     | 83,7  |
|  | Coruña A.P.S. | 3,31  | 8.26                     | 88,43                                       |
| El uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento de úlceras en las piernas podría mejorar la curación de las heridas                                    | Graham et al. | 1,6   | 18                       | 80,3  |
|  | Coruña A.P.S. | 2,46  | 4.1                      | 93,44                                       |
| Cuando es necesario, tengo fácil acceso al médico especialista para consulta sobre las úlceras en las piernas de los pacientes   | Graham et al. | 40,5  | 30,6                     | 28,9  |
|  | Coruña A.P.S. | 71,31   | 18.03                    | 10,66                                       |
| Es necesaria una mejor comunicación entre el personal de enfermería comunitaria y los médicos especialistas para promover la continuidad de los cuidados en las úlceras en las piernas | Graham et al. | 4   | 11,3                     | 94,7  |
|  | Coruña A.P.S. | 4,17  | 5.83                     | 90  |
| Los pacientes se beneficiarían de la existencia en su área sanitaria de una unidad interdisciplinar para la atención a las heridas   | Graham et al. | 3,3   | 12,3                     | 84,4  |
|  | Coruña A.P.S. | 5,74  | 7.38                     | 86,88                                       |

Tabla 10.- Distribución porcentual del grado de acuerdo obtenido en los ítems de actitudes hacia los pacientes en los dos estudios Atención Primaria de Salud A Coruña vs escala de evaluación tipo Likert del cuestionario original.

| <b>Actitudes hacia los pacientes</b>   |               |   |                          |   |
|--|---------------|---|--------------------------|---|
|  |               | <b>Desacuerdo,<br/>Total<br/>desacuerdo<br/>%</b> | <b>Indiferente<br/>%</b> | <b>Acuerdo,<br/>Total<br/>acuerdo<br/>%</b> |
| La mayoría de los médicos especialistas parecen poco interesados en el tratamiento de las úlceras en las piernas |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 39,7  | 43                       | 17,4  |
|  | Coruña A.P.S. | 19,01   | 24,79                    | 56,2  |
| El cuidado de los pacientes con úlceras en las piernas no es gratificante  |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 76  | 11,6                     | 12,4  |
|  | Coruña A.P.S. | 39,34   | 25,41                    | 35,24                                       |
| Si pudiera elegir, preferiría no tratar a pacientes con úlceras en las piernas                                   |               |   |                          |   |
|  | Graham et al. | 86,1  | 10,7                     | 3,3   |
|  | Coruña A.P.S. | 67,77   | 21,49                    | 10,74                                       |

## **Determinación de la fiabilidad y la validez de constructo de la escala *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)***

### **Análisis de la escala de evaluación del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)* traducido y adaptado de 17 ítems.**

#### ***Consistencia interna $\alpha$ -Cronbach y correlaciones interescales***

El cuestionario LUCNAK original, con 17 ítems, mostró una consistencia interna  $\alpha$ -Cronbach=0,67; [IC95%:0,53-0,75]. Los valores obtenidos de consistencia interna para

cada una de las tres dimensiones y las correlaciones inter-escalares se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Consistencia interna ( $\alpha$ -Cronbach) y correlaciones interescalares entre las dimensiones del cuestionario original LUCNAK

|  | $\alpha$ -Cronbach | IC (95%)  | Habilidades | Barreras | Actitudes |
|--|--------------------|-----------|-------------|----------|-----------|
| <b>Total (<math>\Sigma</math>17 ítems)</b> | 0,67               | 0,53-0,75 | 0,572**     | 0,819**  | 0,478**   |
| <b>Habilidades</b>                         | 0,26               | 0,03-0,45 |             |          |           |
| <b>Barreras</b>                            | 0,76               | 0,69-0,82 | 0,193*      |          |           |
| <b>Actitudes</b>                           | 0,57               | 0,44-0,70 | 0,263**     | 0.005    |           |

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Las tres subescalas mostraron una correlación positiva con la puntuación total ( $\Sigma$  de los 17 ítems).

#### ***Puntuaciones según sexo, edad, puesto de trabajo y formación específica en úlceras***

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones medias  $\Sigma$ total y tampoco con las puntuaciones de cada una de las tres subescalas.

En cuanto a la edad no se encontraron diferencias significativas en las medias de la puntuación total y las subescalas de percepción de habilidades y percepción de barreras.

En la dimensión de actitudes hacia el paciente los profesionales < de 55 años obtuvieron una puntuación media 10,27 (DE  $\pm$ 2,63) [IC95%:0,29-2,29] frente a 8,98 (DE  $\pm$ 2,85) [IC95%:0,29-2,28] en  $\geq$  55 años. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p=0,012$ ).

En las puntuaciones medias de la subescala de actitudes, el personal con puesto fijo obtuvo una puntuación media de 9,16 (DE  $\pm$ 2,75) [IC95%:-2,58- -0,36] y el resto (interinos, sustitutos) una puntuación media de 10,63 (DE  $\pm$ 2,73) [IC95%:-2,59- -0,35] ( $p=0,01$ ).

Los profesionales que respondieron haber recibido formación específica sobre el cuidado de úlceras en la pierna han obtenido una media superior en la subescala de

“Habilidades y competencias” a aquellos que refirieron no haberla recibido; 18,07 (DE  $\pm 2,74$ ) versus 15,58 (DE  $\pm 2,00$ ) ( $p < 0,01$ ).

La subescala “Actitudes hacia el paciente” obtuvo una correlación de Pearson negativa con la edad, -0,191, y con los años desde la finalización de los estudios de enfermería, -0,215 ( $p < 0,5$ ).

### **Determinación de la fiabilidad y la validez de constructo de la escala Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK) adaptada al español y modificada de 34 ítems.**

Tras el primer análisis de los resultados de la escala de evaluación de 44 ítems (Anexo IIa) se adoptaron los siguientes pasos:

Eliminar 10 ítems (nº 1 y 2 de la escala original y nº 18, 19, 23, 26, 28, 31, 39 y 41 de la escala modificada) por no cumplir criterios de homogeneidad con el conjunto de ítems.

Se invirtió la dirección de puntuación en 6 ítems (nº 3 y 6 de la escala original y nº 21, 25, 34 y 36 de la escala modificada).

Una vez realizadas estas modificaciones, la escala de evaluación del cuestionario LUCNAK quedó formada definitivamente con 34 ítems (Anexo III).

### ***Consistencia interna $\alpha$ -Cronbach y correlaciones interescales***

La consistencia interna ( $\alpha$ -Cronbach) de la escala de evaluación de 34 ítems fue de 0,729 [IC 95%:0,647-0,800]. Los valores obtenidos de consistencia interna para cada una de las dimensiones se muestra en la tabla 12 y las correlaciones interescales se muestran en la tabla 13.

Tabla 12. Consistencia Interna ( $\alpha$ -Cronbach) de la escala de evaluación de 34 ítems LUCNAK adaptada.

|   | $\alpha$ -Cronbach | IC (95%)     |
|---|--------------------|--------------|
| <b>Total (34 ítems)</b>                           | 0,729              | 0,647-0,800  |
| <b>F1. Actitud hacia T<sup>a</sup> Compresiva</b> | 0,712              | 0,625-0,786  |
| <b>F2. Relación con otros recursos</b>            | 0,748              | 0,657-0,817  |
| <b>F3. Material disponible / Competencia</b>      | 0,500              | 0,283-0,652  |
| <b>F4. Actitud hacia paciente</b>                 | 0,588              | 0,440-0,701  |
| <b>F5. Apoyo GPC – Unidad heridas</b>             | 0,766              | 0,683-0,830  |
| <b>F6. Actitud hacia los profesionales</b>        | 0,471              | 0,298-0,610  |
| <b>F7. Barreras otros profesionales</b>           | 0,568              | 0,412-0,688  |
| <b>F8. Otras Barreras</b>                         | 0,587              | 0,402-0,714  |
| <b>F9. Confianza del profesional</b>              | 0,337              | 0,045-0,540  |
| <b>F10. Barreras material</b>                     | 0,235              | -0,094-0,465 |
| <b>F11. Formación / material</b>                  | 0,458              | 0,221-0,623  |
| <b>F12. Confianza intragrupo enfermería</b>       |                    |              |

Tabla 13. Correlaciones interescalares entre factores de la escala de evaluación de 34 ítems LUCNAK adaptada.

|            | F1     | F2      | F3      | F4      | F5      | F6     | F7     | F8      | F9    | F10   | F11   |
|------------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|-------|-------|-------|
| <b>F2</b>  | 0,237* |         |         |         |         |        |        |         |       |       |       |
| <b>F3</b>  | 0,075  | 0,065   |         |         |         |        |        |         |       |       |       |
| <b>F4</b>  | 0,211* | 0,008   | 0,132   |         |         |        |        |         |       |       |       |
| <b>F5</b>  | 0,040  | 0,615** | 0,091   | -0,156  |         |        |        |         |       |       |       |
| <b>F6</b>  | -0,061 | 0,224*  | 0,249** | 0,066   | 0,229*  |        |        |         |       |       |       |
| <b>F7</b>  | 0,092  | 0,232*  | 0,178   | 0,226*  | 0,081   | 0,206* |        |         |       |       |       |
| <b>F8</b>  | 0,223* | 0,293** | 0,044   | 0,286** | 0,243** | -0,017 | 0,153  |         |       |       |       |
| <b>F9</b>  | 0,213* | 0,277** | 0,119   | 0,203*  | 0,164   | 0,021  | 0,158  | 0,268** |       |       |       |
| <b>F10</b> | 0,101  | -0,013  | -,343** | 0,074   | -0,126  | -0,168 | 0,022  | 0,037   | 0,061 |       |       |
| <b>F11</b> | 0,183  | 0,151   | 0,206   | 0,120   | 0,077   | 0,054  | 0,203* | 0,116   | 0,103 | 0,027 |       |
| <b>F12</b> | 0,161  | 0,127   | -0,131  | 0,010   | 0,180*  | -0,167 | 0,005  | 0,105   | 0,031 | 0,019 | 0,007 |

\*p<0,05 \*\*p<0,01

### *Análisis factorial de la escala de evaluación de 34 ítems LUCNAK adaptada.*

Al aplicar el análisis factorial exploratorio con los 34 ítems se obtuvieron 12 factores con autovalores >1 que explicaron 66,98% de la varianza total. La matriz de los componentes principales tras la rotación Varimax se muestra en la tabla 14.

Tabla 14. Matriz de componentes con rotación Varimax de los 34 ítems de la escala de evaluación LUCNAK adaptada.

| Coeficientes factoriales de los ítems después de la rotación |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|  | F1   | F2   | F3   | F4   | F5   | F6   | F7   | F8   | F9   | F10  | F11  | F12  |
| <b>Actitud hacia Tª Compresiva</b>                           |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P43.- Me falta preparación para TC                           | .732 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P40.- No me han preparado para TC                            | .705 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P44.- No hago TC por riesgo                                  | .644 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P37.- Difícil disponer de Doppler                            | .618 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P32.- No se dispone de tiempo                                | .524 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P29.- Imprescindible cirujano vascu.                         | .512 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P38.- Como siempre lo he hecho                               | .373 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Relación con otros recursos</b>                           |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P12.- Implicación elección productos                         |      | .749 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P14.- Comunicación entre niveles                             |      | .749 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P9.- Acceso a productos                                      |      | .586 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Material disponible / Competencia</b>                     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P25.- Material adecuado para TC                              |      |      | .729 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P36.- Enfermería sabe hacer TC                               |      |      | .705 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Actitud hacia paciente</b>                                |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P17.- Preferiría no tratar                                   |      |      |      | .803 |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P13.- Poco gratificante                                      |      |      |      | .789 |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P30.- Pacientes rechazan                                     |      |      |      | .392 |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Apoyo GPC – Unidad heridas</b>                            |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P8.- GPC necesarias para enfermeras                          |      |      |      |      | .790 |      |      |      |      |      |      |      |
| P15.- GPC mejoran curación                                   |      |      |      |      | .725 |      |      |      |      |      |      |      |
| P16.- Existencia unidad de heridas                           |      |      |      |      | .483 |      |      |      |      |      |      |      |
| <b>Actitud hacia los profesionales</b>                       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P21.- Acceso a cirugía vascular                              |      |      |      |      |      | .699 |      |      |      |      |      |      |
| P3.- Confianza de formación médico                           |      |      |      |      |      | .587 |      |      |      |      |      |      |
| P6.- Acceso a médico especialista                            |      |      |      |      |      | .512 |      |      |      |      |      |      |
| P34.- Interés enfermería en TC                               |      |      |      |      |      | .387 |      |      |      |      |      |      |
| <b>Barreras otros profesionales</b>                          |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P20.- Apoyo médico   |      |      |      |      |      |      | .692 |      |      |      |      |      |
| P10.- Tratamiento inadecuado médic                           |      |      |      |      |      |      | .682 |      |      |      |      |      |
| P11.- Especialistas poco interesados                         |      |      |      |      |      |      | .637 |      |      |      |      |      |
| <b>Otras Barreras</b>  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P35.- TC es gran responsabilidad                             |      |      |      |      |      |      |      | .810 |      |      |      |      |
| P5.- Barrera adhesión a tratamiento                          |      |      |      |      |      |      |      | .688 |      |      |      |      |
| <b>Confianza del profesional</b>                             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P24.- Adherencia del paciente                                |      |      |      |      |      |      |      |      | .770 |      |      |      |
| P33.- Confío en mi observación                               |      |      |      |      |      |      |      |      | .577 |      |      |      |
| <b>Barreras material</b>                                     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P7.- Desconocimiento productos                               |      |      |      |      |      |      |      |      |      | .779 |      |      |
| P41.- Disponibilidad de productos                            |      |      |      |      |      |      |      |      |      | .491 |      |      |
| <b>Formación - material y TC</b>                             |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P27.- Formación y TC   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | .822 |      |
| P22.- Idoneidad material y TC                                |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | .534 |      |
| <b>Confianza intragrupo enfermería</b>                       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| P4.- He aprendido de otras enfermeras                        |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | .758 |

Autovalores sin rotar >1

Método de extracción análisis de componentes principales.

Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

TC: Terapia Compresiva

GCP: Guías de Práctica Clínica

### ***Descripción de la puntuación total e ítems individuales***

La puntuación media total ( $\sum 34$  ítems) fue de 111,96 (DE  $\pm 12,12$ ) [IC95%:109,6-114,4]. Las puntuaciones medias de los ítems con sus intervalos de confianza (96%) se muestran en las tablas 16 A (ítems 1-18) y 16 B (ítems 19-34).

### ***Puntuaciones según sexo, edad, puesto de trabajo y formación específica en úlceras***

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo en las puntuaciones medias total y de las 12 dimensiones.

Sí se encontró una puntuación media total más alta en los profesionales que no habían recibido formación específica en el cuidado de las úlceras de pierna. También se observó una actitud más positiva hacia la terapia compresiva en los profesionales más jóvenes y menos tiempo trabajado, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,5$ ), tabla 15.

Tabla 15. Puntuaciones media total y en dimensiones de la escala con diferencias significativas según edad, tiempo trabajado, puesto de trabajo.

|  |               | <b>Media total 34 ítems</b> | <b>F1.- Actitud hacia Tª Compresiva</b> | <b>F9.- Confianza del profesional</b> |
|--|---------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| <b>Edad</b>                            | < 55 años     |                             | 16.25 $\pm$ 5.05                        |                                       |
|  | 55 años o más |                             | 14.40 $\pm$ 4.58                        |                                       |
| <b>Tiempo trabajo</b>                  | < 15 años     |                             | 18.33 $\pm$ 5.24                        |                                       |
|  | 15 años o más |                             | 14.64 $\pm$ 4.59                        |                                       |
| <b>Contrato laboral</b>                | Fijo          |                             |   | 7.17 $\pm$ 1.71                       |
|  | Otros         |                             |   | 7.90 $\pm$ 1.52                       |
| <b>Recibieron formación específica</b> | Sí            | 110.83 $\pm$ 11.51          | 14.74 $\pm$ 4.70                        |                                       |
|  | No            | 120.47 $\pm$ 11.9           | 18.41 $\pm$ 4.23                        |                                       |

$p < 0.05$

Tabla 16 A.- Puntuación media e Intervalos IC:95% de los ítems 1-18.

|  | Media | Desviación<br>Típica | IC 95%    |
|--|-------|----------------------|-----------|
| 1. Puedo confiar en que los médicos responsables de mis pacientes tengan información actualizada sobre cómo tratar las úlceras en las piernas eficazmente (inv)                            | 3.40  | 1.09                 | 3,19-3,61 |
| 2. He aprendido de otras enfermeras/os la mayor parte de lo que sé sobre las estrategias para el tratamiento de úlceras en las piernas   | 3.66  | 1.66                 | 3,42-3,88 |
| 3. Según mi experiencia, una barrera para la curación de las úlceras en las piernas, es la adhesión del paciente al tratamiento  | 4.15  | 1.06                 | 3,95-4,35 |
| 4. Cuando es necesario, tengo fácil acceso al médico especialista para consulta sobre las úlceras en las piernas de los pacientes (inv)  | 4.05  | 1.09                 | 3,84-4,26 |
| 5. Considero que no tengo el conocimiento suficiente sobre los productos para el cuidado de las heridas para usarlos de forma eficaz   | 2.30  | 1.16                 | 2,07-2,54 |
| 6. Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el manejo de las úlceras en las piernas son necesarias para que las enfermeras puedan aplicar los cuidados más adecuados    | 4.53  | .68                  | 4,38-4,66 |
| 7. Es necesario un mayor acceso a los productos para el cuidado de heridas   | 4.29  | 1.01                 | 4,09-4,48 |
| 8. Un impedimento para la curación de las úlceras en las piernas son los tratamientos inadecuados prescritos por los médicos   | 3.08  | 1.26                 | 2,83-3,35 |
| 9. La mayoría de los médicos especialistas parecen poco interesados en el tratamiento de las úlceras en las piernas  | 3.53  | 1.20                 | 3,29-3,78 |
| 10. Los profesionales de enfermería deben tener una mayor implicación en la elección de los productos de cura de heridas que efectúa la administración sanitaria                           | 4.62  | 0.59                 | 4,51-4,74 |
| 11. El cuidado de los pacientes con úlceras en las piernas no es gratificante  | 2.74  | 1.33                 | 2,48-3,00 |
| 12. Es necesaria una mejor comunicación entre el personal de enfermería comunitaria y los médicos especialistas para promover la continuidad de los cuidados en las úlceras en las piernas | 4.62  | 0.69                 | 4,49-4,75 |
| 13. El uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento de úlceras en las piernas podría mejorar la curación de las heridas                                    | 4.63  | 0.58                 | 4,51-4,74 |
| 14. Los pacientes se beneficiarían de la existencia en su área sanitaria de una unidad interdisciplinar para la atención a las heridas0.58   | 4.52  | 0.85                 | 4,35-4,68 |
| 15. Si pudiera elegir, preferiría no tratar a pacientes con úlceras en las piernas   | 1.80  | 1.06                 | 1,60-2,02 |
| 16. La falta de apoyo por parte del médico a las decisiones que tomo es irrelevante cuando se trata de aplicar la terapia compresiva   | 2.44  | 1.34                 | 2,20-2,72 |
| 17. Es fácil derivar al paciente con úlceras venosas para interconsulta al cirujano vascular (inv)   | 4.04  | 1.03                 | 3,82-4,24 |
| 18. En general usamos material inadecuado en el tratamiento de las úlceras venosas   | 2.68  | 1.06                 | 2,49-2,90 |

Tabla16 B.- Puntuación media e Intervalos IC:95% de los ítems 19-34 y valoración de la importancia de enfermería en la terapia compresiva y de la terapia compresiva en la cicatrización.

|  | Media | Desviación<br>Típica | IC 95%    |
|--|-------|----------------------|-----------|
| 19. El mayor inconveniente en la aplicación de la compresión es la falta de adhesión del paciente a esta terapia   | 3.85  | 1.16                 | 3,63-4,08 |
| 20. Disponemos de material adecuado en nuestro centro de trabajo para aplicar terapia compresiva (inv)   | 3.27  | 1.35                 | 3,02-3,53 |
| 21. Los cursos de formación continuada de prevención y tratamiento de heridas crónicas en las piernas apenas influyen en la aplicación de la terapia compresiva. | 2.70  | 1.48                 | 2,42-3,01 |
| 22. Es imprescindible la valoración del cirujano vascular para aplicar la terapia de compresión.   | 2.13  | 1.10                 | 1,92-2,34 |
| 23. Los pacientes con úlceras venosas rechazan la terapia de compresión  | 3.16  | 1.08                 | 2,97-3,39 |
| 24. En la consulta no se dispone del tiempo suficiente para aplicar la terapia de compresión   | 2.28  | 1.28                 | 2,03-2,57 |
| 25. Sé si una úlcera tiene etiología venosa mediante la observación de las características de la herida  | 3.49  | 1.04                 | 3,29-3,69 |
| 26. Hay falta de interés en el tema de la terapia compresiva en los profesionales de enfermería (inv)  | 3.25  | 1.11                 | 3,03-3,47 |
| 27. Aplicar compresión en una pierna con úlcera venosa es una gran responsabilidad   | 3.67  | 1.11                 | 3,47-3,88 |
| 28. El personal de enfermería sabe hacer vendajes compresivos de forma correcta (inv)  | 2.90  | 1.03                 | 2,70-3,11 |
| 29. Es difícil disponer de Doppler para realizar el Índice Tobillo/Brazo a los pacientes con úlceras en la pierna  | 3.10  | 1.52                 | 2,87-3,46 |
| 30. Las curas realizadas como siempre lo he hecho curan aunque no utilice la terapia compresiva  | 2.36  | 0.93                 | 2,18-2,55 |
| 31. No me han preparado para realizar terapia de compresión en piernas con úlceras venosas   | 2.81  | 1.36                 | 2,55-3,06 |
| 32. Me resulta fácil disponer de material adecuado para el tratamiento de las úlceras venosas en las piernas   | 3.10  | 1.29                 | 2,85-3,34 |
| 33. Me falta preparación para para realizar terapia de compresión en piernas con úlceras venosas   | 2.80  | 1.30                 | 2,56-3,06 |
| 34. No aplico compresión en las piernas con úlceras venosas porque tiene grandes riesgos   | 1.93  | 0.91                 | 1,75-2,10 |
| En qué medida valora la importancia del personal de enfermería en la aplicación de la terapia compresiva en las úlceras venosas                                  | 9.8   | 1.32                 | 8.76-9.23 |
| En qué medida valora la importancia de la terapia compresiva en la curación de las úlceras venosas   | 8.8   | 1.44                 | 8.61-9.12 |



# ***LIMITACIONES DEL ESTUDIO***



## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

**Limitaciones de la Fase 1: Búsqueda bibliográfica de un instrumento para valorar conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con úlceras venosas en la utilización de la terapia compresiva.**

La investigación científica editada en publicaciones biomédicas ha tenido un crecimiento exponencial por lo que podría haber un cierto grado de obsolescencia en los resultados de la búsqueda bibliográfica hecha en el momento de hacer el diseño del protocolo de investigación; sin embargo se ha continuado la revisión a lo largo de todo el estudio a través de las bases de datos electrónicas disponibles en la Biblioteca de la Universidad de A Coruña.

**Limitaciones de la Fase 2: Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) para enfermería en salud comunitaria.**

Al tratarse de una adaptación transcultural de un cuestionario escrito en inglés al castellano, una limitación importante podría ser el que tanto los investigadores como los participantes en la entrevista cognitiva pertenecían a una misma Comunidad Autónoma, no obstante, el estudio para la ampliación de dimensiones los participantes abarcaban todo el ámbito territorial español.

**Limitaciones de la Fase 3: Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) mediante el estudio cualitativo “Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas”**

La principal limitación de este estudio es el no poder generalizar los hallazgos a la población general, limitación inherente a los estudios realizados con metodología cualitativa.

#### **Limitaciones de la Fase 4: Conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas.**

Una limitación potencial de nuestro estudio la tasa de respuesta de participantes. Aunque se solicitó la participación al 100% del personal de enfermería de atención primaria de salud de A Coruña y Ferrol, el índice de respuesta puede introducir un sesgo de selección tal que, el porcentaje de enfermería que no contestó, en caso de hacerlo, diese lugar a resultados diferentes. No obstante, se ha obtenido un índice de respuesta similar o en consonancia con estudios realizados con la misma metodología y en contextos similares.

# ***ASPECTOS ÉTICO-LEGALES***



## **ASPECTOS ÉTICO-LEGALES**

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de Galicia; código de registro: 2012/004 y fue llevado a cabo según lo establecido por la vigente Ley de Protección de Datos.

Se solicitó y se obtuvo la autorización de la Xerencia de Atención Primaria de A Coruña y de la Dirección de Enfermería de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Se garantizó, en todo momento, la confidencialidad de la información según la Ley de Protección de Datos RD 15/1999 de Carácter Personal.

*Conflicto de interés:* El autor principal declara no tener ningún conflicto de intereses.

*Financiación:* El autor principal declara que este estudio de investigación se ha realizado sin ningún tipo de financiación pública o privada.



# ***DISCUSIÓN***



## Fase 1

### **Búsqueda bibliográfica de un instrumento para valorar conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con úlceras venosas en la utilización de la terapia compresiva.**

La elaboración de cuestionarios es un proceso arduo que precisa una gran cantidad de tiempo por lo que lo más razonable es utilizar uno existente que reúna las condiciones para dar respuesta adecuada a aquello que se quiera conocer<sup>84</sup>. En la búsqueda bibliográfica llevada a cabo para este estudio se localizó un solo cuestionario que medía conocimientos de enfermería comunitaria respecto a la terapia de compresión, importancia de las fuentes de información, habilidades y competencias en los cuidados, barreras a la cicatrización y actitudes hacia los pacientes con úlceras en la pierna, el cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)*<sup>82</sup>. Aunque fue elaborado en idioma inglés y no constaban sus propiedades psicométricas había demostrado dar información relevante sobre los aspectos mencionados para la enfermería comunitaria por lo que se consideró oportuno adoptarlo como futuro instrumento de medición de los conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de salud que atienden a los pacientes con úlceras venosas y del uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas.



## Fase 2

### **Traducción y adaptación cultural al castellano del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)* para enfermería en salud comunitaria.**

La realización de este tipo de adaptación transcultural evita el complejo y costoso proceso de crear un nuevo instrumento.

Ante el creciente número de adaptaciones de cuestionarios elaborados la mayor parte de ellos en lengua inglesa al contexto lingüístico y cultural de países y/o idiomas distintos a los de su origen, y ante la gran variabilidad en el procedimiento metodológico empleado, emergieron propuestas para disminuir esa variabilidad y elevar el rigor en el método<sup>95,96</sup>. En el momento en que se diseñó este estudio la propuesta de la ISPOR<sup>86</sup> era la que ofrecía mayor rigor sistemático y metodológico, por lo que se decidió adoptarla para llevar a cabo nuestro estudio. Tras la elaboración del protocolo de investigación y diseño y mientras se llevó a cabo este estudio, el número de adaptaciones transculturales siguió aumentando y se propusieron nuevas guías para normalizar la metodología en los procesos de adaptación transcultural de instrumentos de medida. Aunque parece haber consenso sobre la troncalidad del proceso, se recomienda actuar con cautela y sentido común al elegir la metódica a emplear<sup>97</sup>. Una de estas propuestas fue la de la Organización Mundial de la Salud que, básicamente, coincide con el seguido en el estudio de traducción y adaptación cultural utilizado en este trabajo<sup>98</sup>.

En este estudio se ha adoptado la expresión “adaptación al castellano” y no “al español” debido a que la equivalencia lingüística trasciende la simple traducción: un instrumento desarrollado en España en castellano no tendría necesariamente aplicabilidad en cualquier otro país de habla hispana<sup>99</sup>.

A lo largo del proceso de traducción al castellano no encontramos grandes problemas semánticos. La mayor parte de los cambios que se realizaron consistieron en la modificación de alguna expresión de difícil traducción literal manteniendo su significado conceptual y/o de adaptación a nuestro contexto asistencial. Casi todos los ítems resultaron comprensibles en la entrevista cognitiva y los que ofrecieron alguna dificultad fueron modificados o eliminados.

En definitiva, tras seguir el procedimiento recomendado por la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, creemos que el resultado de la traducción y adaptación cultural del cuestionario LUCNAK es una versión equivalente al instrumento original y de fácil comprensión para los destinatarios.

Con este proceso quedó determinada la viabilidad (sencillez, amenidad) y la validez de contenido, es decir, el grado en que la medición abarca la mayor cantidad de dimensiones del concepto que se quiere estudiar. La evaluación de la validez de contenido del cuestionario adaptado, traducido al castellano y modificado se basó en juicios de diferente procedencia: revisión de la literatura científica, la opinión de los expertos y en la entrevista cognitiva<sup>83</sup>.

Las modificaciones consistieron en la incorporación al cuestionario de recogida de datos de variables personales que no figuraban en el original, nuevas cuestiones sobre práctica basada en la evidencia científica y, el incremento del número de enunciados de la escala de evaluación tipo Likert, de 17 a 44 ítems, para aumentar el número de dimensiones de la misma; estas modificaciones elevaron el tiempo de cumplimentación del cuestionario.

Consideramos que este estudio ha permitido obtener la versión al castellano de un instrumento específico de medición de conocimientos, actitudes y prácticas de enfermería en la terapia compresiva y la atención a personas con úlceras en las piernas. Esta versión del cuestionario se constituye en la base fundamental para contar con un nuevo instrumento de medida<sup>47</sup>. Llegados a este punto, se hace necesario determinar la fiabilidad y la validez de constructo de este instrumento, de forma que los resultados obtenidos en futuros estudios con este instrumento de medida permita la comparación de los resultados obtenidos de ellos.

### Fase 3

## Aumento del número de dimensiones de la escala de evaluación tipo Likert del formulario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* (LUCNAK) mediante el estudio cualitativo “Obstáculos y apoyos percibidos por profesionales de enfermería en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas no complicadas”

En la figura nº1 representamos el marco explicativo de las diferentes categorías identificadas y sus interrelaciones, evaluados los resultados del estudio de investigación. Se trata de un modelo explicativo que nos induce a reflexionar sobre la factibilidad de las medidas para impulsar el uso de la terapia de compresión, válido para que profesionales y gestores sanitarios diseñen estrategias que minimicen o eliminen las barreras o dificultades para su implementación y puesta en práctica.

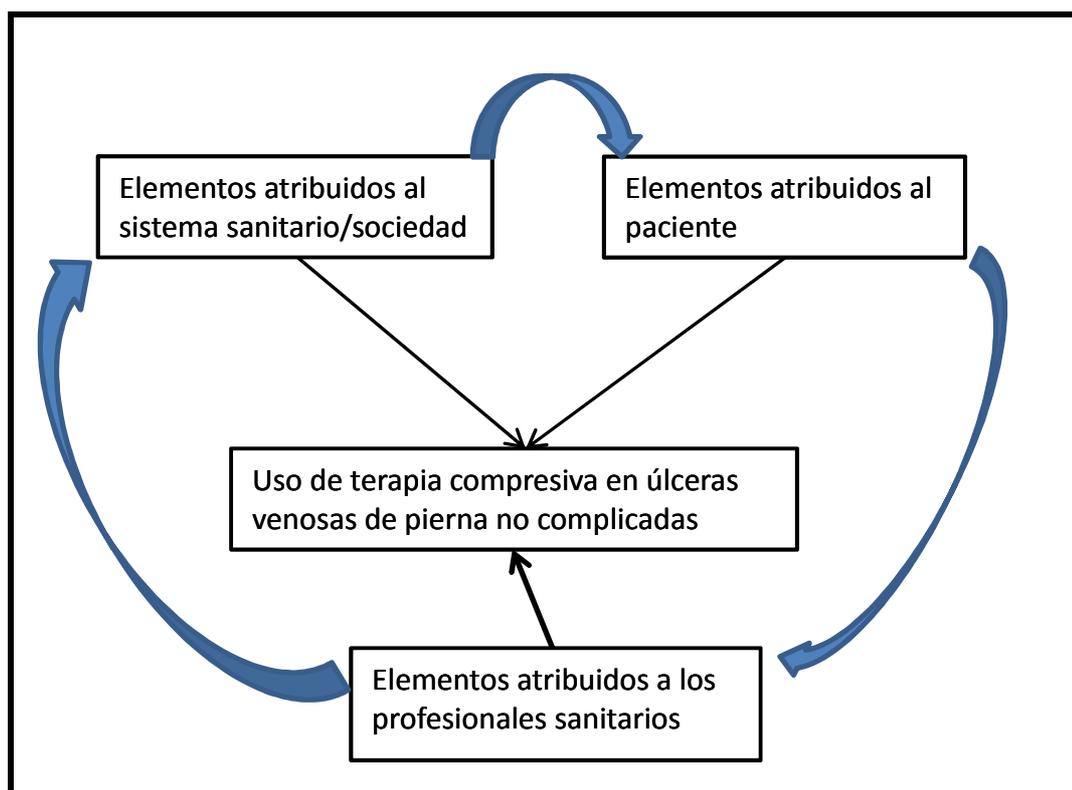


Figura nº1. Modelo explicativo categorial de barreras/facilitadores en el uso de la terapia compresiva en úlceras venosas de pierna.

Tras la lectura exhaustiva de este marco explicativo y evaluado el proceso de análisis de los datos no podemos concluir que una categoría temática influya más que otra a favor o en contra del uso de terapia compresiva en úlceras venosas de pierna no complicadas; es

por ello que la interrelación de todas ellas daría lugar al proceso de animadversión o adherencia hacia este tipo de terapias.

En nuestro estudio, la categoría “*Elementos atribuidos a los profesionales sanitarios*” podría ser la más interesante desde un punto de vista pragmático ya que el conocimiento de los impedimentos así como de los elementos que faciliten la aplicación de la terapia de compresión por los profesionales implicados en la misma quizá sea un punto de partida en la mejora del proceso de atención. Se podría plantear *¿Qué se podría hacer como profesional sanitario para mejorar el porcentaje de utilización de terapia compresiva en úlceras venosas de pierna no complicadas?* Las respuestas de los participantes en el estudio indicarían las vías a seguir para que se produzca dicha mejora, principalmente hacer énfasis en la educación sanitaria y la relación con el paciente y su entorno relacional, la autoformación/formación continuada y usar la terapia de compresión, cuando proceda, del modo recomendado por la mejor evidencia científica.

En un estudio reciente sobre el déficit de conocimiento y búsqueda de información en pacientes con úlcera de la pierna<sup>100</sup>; los pacientes admitieron no saber qué es lo que les causaba la úlcera venosa y que cuidados debían aplicar. Decían desconocer cuales eran los consejos sobre hábitos de vida saludable y cuál era la función de la terapia compresiva. Se referían a la úlcera venosa como una herida/lesión crónica incurable que les creaba un problema cutáneo y que repercutía física y psicológicamente en sus vidas. Esta es una experiencia, que nuestro estudio también ha detectado, ya que los profesionales saben que la adherencia a la terapia compresiva va a depender de la comprensión del tratamiento por parte del paciente, y sobre todo, del rol que el paciente tiene que desempeñar durante todo el proceso terapéutico. Conseguir un paciente informado e implicado es la primera tarea para eliminar barreras.

Por otro lado, los participantes de nuestro estudio perciben como principales **obstáculos** a la terapia compresiva (TC): el déficit de material adecuado, la adherencia al tratamiento, la tolerancia a la compresión, la formación-información, la interrelación con otros profesionales y la incertidumbre. Así como se identificaron como principales **factores facilitadores** de la TC: la disponibilidad de instrumental y/o material, la educación sanitaria, la formación de los profesionales, los buenos resultados de la terapia de compresión, la interrelación profesional y la existencia de protocolos-guías.

Los obstáculos y factores facilitadores descritos anteriormente, guardan cierta similitud con otro estudio de investigación<sup>101</sup> presentado en la *24th Conference of the European Wound Management Association*, en el cual se tuvo en cuenta una revisión de la literatura de los último 10 años y en el que nosotros observamos una correlación superior al 90% entre nuestros resultados y los de este estudio.

Finalmente, queremos llamar la atención sobre la necesidad de llevar a cabo intervenciones eficaces a corto-medio plazo, para lograr así revertir una realidad que perjudica al paciente al no aprovechar un recurso terapéutico beneficioso para la curación de las úlceras venosas que padece.

No cabe duda que la limitación principal de este estudio fue el no poder generalizar los hallazgos a la población general, limitación inherente a los estudios realizados con metodología cualitativa. Pero estos hallazgos, basados en el conocimiento científico de la visión y la experiencia de los profesionales implicados en la terapia compresiva, tienen indudables implicaciones y evidencian futuras vías de estudio en la mejora de la práctica clínica en este campo de cuidados.

Este estudio cualitativo ha servido de base para elaborar nuevos ítems con puntuación escalar que fueron incorporados al cuestionario LUCNAK con objeto de aumentar el número de dimensiones de la escala de evaluación que contiene.



## Fase 4

### **Conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras varicosas**

Las encuestas *on line* tienen muchas ventajas sobre las tradicionalmente usadas vía postal, son rápidas, eficientes y pueden facilitar el análisis de gran cantidad de datos. Sin embargo, para sacar provecho de estos beneficios, los investigadores deben examinar cuidadosamente las técnicas para maximizar las tasas de respuesta y minimizar los sesgos de selección de la población diana<sup>102,103</sup>. La tasa de respuesta obtenida, 33,7% de un total de 362 profesionales de enfermería, seguramente esté subestimada por los siguientes motivos: En primer lugar, en el cuestionario se solicitaba la participación a personal de enfermería que atendiese a personas con úlceras de pierna; se estima que al menos 26 enfermeras del ámbito del estudio realizaban atención pediátrica. Otro motivo está relacionado con la utilización del correo corporativo para difundir el cuestionario; se estima que al menos un 5% del personal no lo usa, lo tiene bloqueado por tener el buzón lleno o tiene problemas de recepción de mensajes. Estos motivos elevarían el índice de respuesta al 38,1%. Además de los motivos mencionados habría que añadir la dificultad para cuantificar el total del personal de enfermería de atención primaria ya que las fuentes, Memorias Anuales de las Xerencias de Xestión Integrada, carecen de precisión al no tener en cuenta determinantes coyunturales como la tasa de reposición de personal jubilado (10%) y de vacantes por otros motivos, la cobertura parcial de bajas laborales o por vacaciones, y los contratos a tiempo parcial.

También se considera una limitación a la tasa de respuesta el periodo de recogida de datos del estudio, el mes de junio, en que comienza el tiempo de vacaciones de verano del personal.

El índice de respuesta en este tipo de encuestas es muy variable, en la actualidad se tiende a hacer encuestas electrónicas. En un estudio, Bojic et al. 2014, enviando el mismo cuestionario autocumplimentado mediante un correo electrónico con un enlace al cuestionario *on line* y por correo postal a 1.486 pacientes operados de rodilla encontró una tasa de respuesta estadísticamente significativa a favor de la encuesta *on line*, al año (35% vs 25%,  $p = 0.004$ ), a los dos años (38% vs 20%,  $p = 0.004$ ), y a los 5 (35% vs

21%) después de la cirugía<sup>104</sup>. Fließ et al. 2014, enviaron un cuestionario por correo postal a 4.600 personas haciendo 4 grupos, uno con el cuestionario en papel impreso por una cara, otro igual pero añadiendo la opción de hacer la encuesta vía internet, un tercero con el cuestionario en papel impreso en doble cara, y el cuarto igual al tercero pero con la opción de hacer la encuesta on line. Las tasas de respuesta oscilaron entre el 34,3% y el 39,4%. La opción de poder contestar vía internet incrementó la participación<sup>105</sup>. Finalmente, añadir que en un reciente estudio realizado a 1.033 enfermeras de todos los ámbitos de atención en un área sanitaria de nuestro servicio de salud, en el que se utilizó una metodología similar para la recogida de datos, se obtuvo una tasa de respuesta del 13,7%<sup>106</sup>.

Otra barrera importante para la tasa de respuesta es la extensión del cuestionario, en nuestro caso contiene 86 variables. Rolstad et al. en 2011 llevaron a cabo un meta-análisis con objeto de determinar la asociación entre el índice de respuesta y la longitud de los cuestionarios, encontrando que las tasas de respuesta eran menores para los cuestionarios más largos pero, por los resultados estadísticos obtenidos, concluye que es preferible basar las decisiones sobre el uso de cuestionarios en el contenido más que en la longitud *per se*<sup>107,108</sup>; en el mismo sentido se pronuncian Edwards et al. al concluir que los cuestionarios deberían ser lo más cortos como fuese posible siempre que no se comprometan los requerimientos de la recogida de datos del estudio<sup>109</sup>. En otro estudio, Aerny et al. utilizaron las direcciones de correo electrónico institucionales para llevar a cabo tres estudios de opinión *on line* dirigidos a profesionales sanitarios, uno en hospitales, otro en la administración central y el tercero en centros de salud encontrándose unas tasas de respuesta más altas en los dos primeros casos (hasta el 63%) y las más bajas en Atención Primaria. En la participación en los centros de salud se observó una asociación estadísticamente significativa con la edad, con una mayor participación de los menores de 50 años. En dicho estudio, la tasa de respuesta del grupo de edad de 50 años o más fue del 18,6% (la total fue del 25%)<sup>110</sup>. Este hallazgo es relevante en relación con el índice de participación nuestro estudio ya que la edad media de los participantes, en nuestro caso, es de 50 años.

### ***Características de los participantes***

En el estudio original no se recogían datos como la edad, el sexo, ni el tiempo trabajado en enfermería comunitaria. El porcentaje de mujeres participantes (76,9%) refleja el

hecho de ser la enfermería una profesión femenina, pero lo que llama la atención de este dato es el alto porcentaje de hombres participantes (23,1%); los datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>111</sup> del año 2014 nos muestran que el porcentaje de enfermeros varones en Galicia es del 10,92%. La presencia masculina enfermera es considerada minoritaria<sup>112</sup>, sin embargo, en nuestro estudio está sobrerrepresentada. Otro dato que llama la atención es que la edad media de todos los participantes es de 50 años y la del personal fijo, que representa a la gran mayoría de los encuestados (73,5%), sube a una media  $55 \pm 5,43$  y una mediana de 57 años. Lo que nos indica que la mitad del personal fijo está a 8 años o menos de la jubilación.

El personal de enfermería de atención primaria con puesto de trabajo fijo refiere un tiempo medio desde que acabaron los estudios de  $32,4 \pm 6,3$  años y un tiempo medio de trabajo en atención primaria de  $15,2 \pm 10,3$  años. Esta discrepancia podría ser explicada por el actual sistema de provisión de plazas en Atención Primaria de salud, que propicia que el personal con más antigüedad pase de una plaza fija hospitalaria a otra fija de Atención Primaria.

## **Valoración de los conocimientos y práctica clínica de enfermería sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas.**

### ***Valoración de la úlcera de la pierna***

Tanto en el estudio original como en el nuestro, los resultados sobre la proporción de pacientes a los que se les ha determinado el Índice Tobillo/Brazo o realizado una valoración vascular indican una valoración muy deficiente de estos pacientes. Sin embargo, respecto al conocimiento de la etiología existe diferencia entre ambos estudios, dos tercios de las enfermeras canadienses consideraban que se conocía la etiología en menos de la mitad de los pacientes, mientras que en nuestro estudio el 56,4% de las respuestas reflejan que la etiología es conocida en la mitad o más de los pacientes<sup>82</sup>.

### ***Atención a la úlcera de la pierna***

En el estudio de Graham et al., el 91,9% de las enfermeras respondieron que el médico de familia, solo o en colaboración con un especialista, decidía el tratamiento inicial de la

úlceras de la pierna, y un 6,5% que lo determinaba un especialista del hospital. Esta es otra de las grandes diferencias con nuestro estudio ya que en nuestro contexto asistencial en 9 de cada 10 de los casos el tratamiento inicial lo determina la enfermera comunitaria, y en 1 de cada 10 se hace de forma multidisciplinaria. De forma que el personal de enfermería, solo o en colaboración, decide el tratamiento inicial de las úlceras de la pierna en el 97,5% de los casos. La magnitud de este resultado justifica el estudio del papel de enfermería de atención primaria de salud en relación con la aplicación de la terapia de compresión en pacientes con úlceras venosas.

Poco más de la mitad (52,9%) de las enfermeras del estudio original consideraban que el tiempo de cicatrización de una úlcera típica en la pierna llevaba más de 6 meses, en nuestro estudio el tiempo medio fue un poco más bajo, 18,23 (DE  $\pm 22,37$ ) semanas, es decir, unos 4 meses y medio. En cuanto a los profesionales a quien se derivan, en el estudio original el cirujano vascular se encuentra en tercer lugar (11,6%) tras la terapeuta enterostomal y el dermatólogo; mientras que en nuestros resultados el cirujano vascular tiene un papel mucho más relevante en cuanto a derivación de estos pacientes (50,4%). Esta es otra de las diferencias que se pueden atribuir a contextos asistenciales parecidos pero no iguales.

En cuanto a la existencia de protocolos de uso de apósitos y vendajes existe una disonancia o, quizás, desconocimiento en las respuestas, ya que poco más de la mitad confirmaban la existencia de dichos protocolos pero, un 45,45% afirmaban lo contrario o desconocían su existencia. Este dato, particularmente llamativo que también se manifiesta en otros estudios<sup>69</sup> podría indicar un déficit en el proceso de difusión de normas, procedimientos y protocolos por parte de la administración sanitaria.

La valoración personal de la importancia que los participantes dan al personal de enfermería en la aplicación de la terapia compresiva en las úlceras venosas, en una escala de 1 a 10, obtuvo una media de 9 (DE  $\pm 1,32$ ), y la que dan a la terapia compresiva en la curación de las úlceras venosas, obtuvo una media de 8,8 (DE  $\pm 1,44$ ). Estos datos unidos al de quién decide el manejo inicial de las úlceras de la pierna y a que el 96,6% de los participantes señalan al personal de enfermería como principal fuente de información en el cuidado de las úlceras, podría interpretarse como que el personal de

enfermería de Atención Primaria de Salud asume un papel protagonista en los cuidados del paciente con úlceras de la pierna.

### ***Conocimiento y práctica clínica***

#### *Conocimiento sobre la eficacia en la cicatrización de las úlceras venosas y utilización de seis tipos de compresión*

Al valorar el conocimiento sobre la eficacia en la cicatrización de las úlceras venosas de los seis tipos de compresión propuestos, el 70% respondieron correctamente al valorar la eficacia de las medias de compresión como muy eficaz. Sin embargo solo el 14,1% señaló la respuesta correcta sobre eficacia del vendaje simple (venda de crepé o venda cohesiva) como “no es eficaz” prefiriendo más de la mitad la opción “a veces es eficaz” y 3 de cada 10 enfermeras-os como “muy eficaz”. Estas respuestas concuerdan con las dadas respecto al uso de dichos tipos de compresión, el 50,5% usan las medias de compresión graduada “muchas veces” o “siempre”, y el vendaje simple (venda de crepé) el 57%.

Al determinar la asociación entre la percepción de la eficacia de las formas de compresión con el uso de las mismas, se halló que existe asociación estadísticamente significativa,  $p < 0,05$ , entre la valoración de la eficacia de las medias de compresión graduada, del vendaje simple, del vendaje con óxido de zinc y del vendaje de dos capas realizado con el material disponible en la consulta con la utilización de estos sistemas de compresión por parte de la enfermería de Atención Primaria de salud. La dirección de la asociación se dio en el sentido de “a mayor valoración de la eficacia de un sistema de compresión, mayor uso” y “a menor valoración de la eficacia de un sistema de compresión, menor uso”.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la valoración de la eficacia de los kits comerciales de dos y cuatro capas y su uso. El no haber encontrado asociación podría deberse, entre otros motivos, a la accesibilidad a dichos productos y/o a la falta de conocimiento sobre los mismos; cualquiera que sea el motivo, debiera existir un sistema de información accesible a los profesionales sobre la eficacia demostrada de los distintos sistemas de compresión y una disponibilidad del material respaldado adecuado para el cuidado de las úlceras varicosas con un coste-beneficio asumible por la sociedad y valorado por los pacientes con úlceras venosas.

El porcentaje manifestado en las respuestas de uso de sistemas que garantizan una compresión adecuada es muy bajo.

De estos datos se pueden inducir algunos enunciados:

- El conocimiento de la eficacia de las medias de compresión graduada podría considerarse aceptable.
- El desconocimiento de la Bota Unna y su uso podría considerarse normal ya que es una alternativa terapéutica cuya difusión no está muy extendida y no ofrece ventajas sobre otras opciones más conocidas.
- Las valoraciones sobre la eficacia y el uso de las otras opciones, vendaje simple, vendaje de 2 capas con material disponible en consulta, *kits* comerciales de 2 y 4 capas tienen un porcentaje de respuesta correcta bajo o muy bajo.

Estas respuestas de los profesionales de enfermería comunitaria manifiestan un importante desconocimiento sobre una parte crucial de la terapia compresiva.

### ***Práctica Basada en la Evidencia***

En nuestro estudio, el 66,3% de las enfermeras comunitaria valoran casi siempre o siempre la localización, aspecto de la piel y características para orientarse sobre la etiología de la herida. Solo 1 de cada 10 lo hacen a veces o casi nunca. Cerca de la mitad palpan los pulsos distales casi siempre o siempre, un tercio lo hacen nunca o casi nunca. Siete de cada 10 determinan el índice tobillo/brazo nunca o casi nunca. Miden la extensión de la úlcera en la pierna y usan el apósito más sencillo, idóneo y económico del catálogo del servicio de la salud, la mitad de las enfermeras. Y 8 de cada 10 recomiendan el uso de medias de compresión graduada para prevenir recurrencias.

El peor dato, sin duda, es el de la determinación del índice tobillo/brazo pero, así como las otras recomendaciones tienen un grado de dificultad muy bajo para ser llevadas a cabo, en este caso se puede afirmar que el resultado depende de la existencia o no de sonda Doppler en los centros de salud en que se hizo la encuesta.

En todo caso, el resultado de la agregación de las respuestas dadas por cada participante a estos seis ítems que reflejan su práctica en relación con las recomendaciones basadas en la evidencia (tabla 6), es preocupante, cuanto que si se considerase como un

“aprobado” el haber señalado tres ítems de los seis con la respuesta correcta, acorde a una buena práctica clínica, suspendería el 74,6%.

El 30,3% no señalaron ninguna de las seis correctas y solo un participante de los 122 refirió realizar las seis. Las respuestas de los participantes de este estudio están alejadas de las recomendaciones para una buena práctica clínica basada en la evidencia<sup>31,56,64,92,113-115</sup>.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la práctica basada en la evidencia entre grupos de edad, tipo de puesto de trabajo y haber recibido o no formación específica para el cuidado de úlceras de la pierna.

Del mismo modo que se ha manifestado en el personal de enfermería comunitaria un déficit importante en el conocimiento relacionado con la atención a personas con la terapia compresiva, éste también se manifiesta en la práctica basada en la evidencia.

Este desconocimiento y este comportamiento profesional es de interés, sobre todo cuando casi 9 de cada 10 (85,6%) profesionales de enfermería afirman haber recibido formación específica sobre prevención y cuidados de las úlceras en las piernas. Este resultado paradójico se ha manifestado en otros estudios como el de Güimil et al<sup>106</sup> en el que las enfermeras manifiestan que la variabilidad en la atención a heridas crónicas es debida principalmente al déficit de formación, a pesar de que en los datos recabados en dicho estudio se muestra que un alto porcentaje de las encuestadas tienen un buen nivel de formación y la existencia de guías clínicas y/o manuales para el abordaje de las heridas. Granados et al. encontraron en su estudio un resultado similar “*un amplio margen de los profesionales de enfermería entrevistados había recibido formación*” y detectaron “*una gran variabilidad en la atención a las heridas*”<sup>69</sup>. Asimismo, Ylönen et al en una revisión para detectar lagunas en el conocimiento de enfermería sobre los cuidados de enfermería basados en la evidencia a las úlceras venosas concluyó en que hay una carencia de conocimiento relacionado con la fisiología de las úlceras venosas, el proceso de cicatrización y de cómo estas carencias afectan al tratamiento y a los cuidados. En buena lógica, el desconocimiento de la enfermedad de base de las úlceras venosas, la Insuficiencia Venosa Crónica, es un obstáculo para realizar un adecuado abordaje de las mismas. También concluyó, Ylönen, que las enfermeras pueden no estar utilizando suficientemente bien las recomendaciones basadas en la evidencia para

conseguir la cicatrización de la úlcera y el bienestar del paciente, por lo que concluye, al igual que García-Díaz, que es necesario el desarrollo, tanto para enfermería como para las políticas sanitarias, de una cultura de trabajo positiva y de programas de formación continuada encaminados a mejorar el conocimiento de enfermería y a disminuir la variabilidad en la atención a las heridas crónicas<sup>116,117</sup>. Van Hecke obtuvo unos hallazgos en el mismo sentido que los de nuestro estudio<sup>66</sup> y señala que quizá otro de los factores que contribuyen a que emerjan estos resultados es inherente al propio proceso de desarrollo de las guías de práctica clínica (GPC), en la revisión de GPC que hizo encontró que la mayoría de las guías fallaban en los apartados que conciernen a su diseminación e implantación<sup>114</sup>. Lorimer et al., basándose en los resultados de su estudio a 66 pacientes con úlceras varicosas que habían recibido atención de enfermería para determinar en qué medida era congruente el cuidado de las úlceras venosas con la mejor práctica clínica, concluyó que es necesario un enfoque estandarizado de la atención que incluya una valoración completa para determinar la etiología de la úlcera, la determinación del índice tobillo/brazo para detectar enfermedad arterial y la aplicación de terapia compresiva a todos los pacientes que cumplan los criterios para ello. Y que deben ser estudiados y abordados otros factores organizativos y clínicos que influyen en la prestación de la mejor práctica clínica<sup>118</sup>. Kimmel llega a la misma conclusión, un enfoque sistemático en el abordaje de las úlceras venosas de la pierna puede mejorar los resultados clínicos, para ello propone la utilización de algoritmos basados en la mejor evidencia científica disponible (revisiones sistemáticas de la Biblioteca Cochrane, y estudios de cohortes de úlceras varicosas) para guiar el tratamiento de las úlceras venosas<sup>119</sup>.

### ***Importancia de las Fuentes de Información***

La percepción del personal de enfermería de atención primaria de salud sobre la importancia de las fuentes de información en el cuidado de personas con úlceras en las piernas se muestra en la tabla 6 de la fase 4 del estudio pero, quizá sea más visual a efectos de destacar la importancia dada por enfermería comunitaria a dichas fuentes la figura 5, en la que destaca la gran importancia dada al personal de enfermería como fuente de información, teniendo el menor peso como fuentes de información los

representantes de las casas comerciales de productos para la atención a los pacientes. Este resultado es consistente por el hallado por Granados et al en un estudio realizado sobre la variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas en el que un 73% de las enfermeras manifiestan que su primera fuente de información son otras enfermeras y como segunda opción consultarían una guía de práctica clínica<sup>69</sup>.

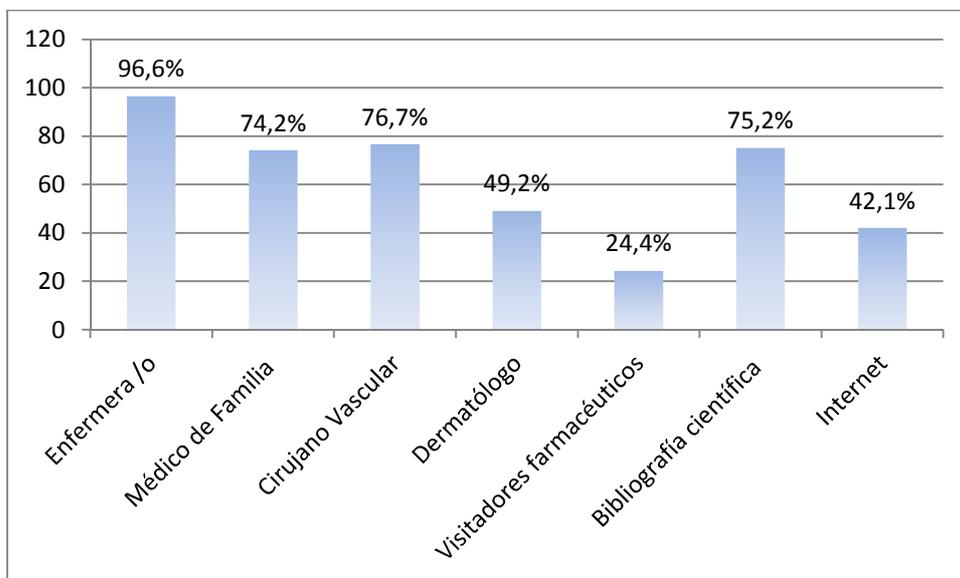


Figura 5.- Proporción de enfermeras-os que consideran “bastante / muy importantes” diversas Fuentes de información en el cuidado de personas con úlceras en las piernas

## **Determinación la fiabilidad y la validez de constructo de la escala tipo Likert *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)* adaptada al español y modificada.**

### ***Valoración del análisis de la escala de evaluación del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)* traducido y adaptado de 17 ítems.***

Los cuestionarios son instrumentos diseñados para poder cuantificar, universalizar la información y estandarizar el procedimiento a fin de conseguir la comparabilidad de la información<sup>120</sup> Al comparar las respuestas de la escala de evaluación tipo Likert de

nuestro estudio con las del cuestionario original se puede apreciar que, salvo diferencias probablemente debidas a los distintos contextos en que fueron recabadas, los resultados son similares.

Como ya se ha comentado, el cuestionario original escrito en inglés no tenía estudiadas sus propiedades psicométricas, por lo que antes de llevar a cabo el análisis del cuestionario modificado, se procedió a hacer lo propio con los 17 ítems originales.

Consideramos que la consistencia interna de los 17 ítems originales es discreta, 0,67. La de la dimensión “Habilidades y competencias percibidas”, 0,26, baja, la de “Barreras para la cicatrización”, 0,76, alta y la de “Actitudes hacia los pacientes”, 0,57, aceptable si tenemos en cuenta que a mayor número de ítems adecuados mayor consistencia y que las tres dimensiones están compuestas, respectivamente, de 5, 9 y la última de solo 3 ítems.

Las tres dimensiones tienen una correlación estadísticamente significativa positiva con la puntuación total. Este resultado contrasta con que a mayor edad y tiempo desde la finalización de los estudios de enfermería la actitud hacia los pacientes sea más negativa.

A nuestro juicio, los resultados del análisis bivariante de las medias de la puntuación de la dimensión “Actitudes hacia los pacientes” con la edad, años transcurridos desde la finalización de los estudios y tipo de contrato laboral pueden tener una gran relevancia ya que a mayor edad se constatan actitudes menos positivas hacia los pacientes. Y el personal fijo, que también tiene una edad media superior a la del resto, muestra el mismo resultado. También se puede interpretar desde la óptica de que a mayor juventud de la enfermería de Atención Primaria, haber finalizado los estudios recientemente y tener un tipo de contrato laboral inestable están relacionados con tener actitudes más positivas hacia los pacientes. El hecho de que la mediana de edad del personal fijo de enfermería comunitaria sea de 57 años, sitúa al 50% de este grupo de trabajadores a 8 años o menos de la edad de jubilación. Lo cual, unido a los datos anteriores, podría ser un elemento a tener muy en cuenta en la atención al paciente en Atención Primaria de salud y las personas con úlceras venosas activas o no en particular.

### ***Determinación de la fiabilidad y la validez de constructo de la escala Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK) adaptada al español y modificada de 34 ítems.***

Consideramos que tras las modificaciones realizadas y la incorporación de 17 ítems la consistencia interna (el valor  $\alpha$ -Cronbach) de la escala de valoración de 34 ítems es aceptable, por lo que se puede estimar que el cuestionario LUCNAK modificado es fiable.

La estructura factorial con los 34 ítems señala 12 factores que explican un 66,98% de la varianza. La rotación Varimax de nuestros datos muestra una solución satisfactoria que apoya la validez de constructo del instrumento utilizado.

### ***Puntuaciones según sexo, edad, puesto de trabajo y formación específica en úlceras***

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo en las puntuaciones medias total y de las 12 dimensiones. Sin embargo, la edad de los participantes y el tiempo transcurrido desde la finalización de los estudios de enfermería se comportan de forma parecida a lo que sucede con el cuestionario de 17 ítems, en aquel caso la actitud hacia los pacientes era menos positiva en el grupo de mayor edad y con más años desde la finalización de los estudios. En este, la actitud hacia la terapia compresiva se comporta del mismo modo, es menor en la enfermería de mayor edad y con más años desde la finalización de los estudios.

### ***Consideraciones generales sobre el cuestionario LUCNAK modificado.***

Como se ha visto, el cuestionario original LUCNAK aunque aborda aspectos relacionados con la atención a las úlceras venosas, incluida la compresión terapéutica, está dirigido a la atención de las úlceras de la pierna en general. Con las modificaciones y ampliación de preguntas e ítems de la escala de evaluación consideramos que hemos conseguido un instrumento de medida orientado a la medición de aspectos relacionados con la atención a las úlceras de la pierna pero más dirigido a las úlceras venosas y, sobre todo, a la terapia compresiva.

El cuestionario LUCNAK adaptado y modificado es el único instrumento validado en castellano que permite evaluar los conocimientos, actitudes y práctica clínica de los profesionales de enfermería de Atención Primaria que atienden a personas con úlceras venosas. En nuestro contexto, debido a la ya mencionada magnitud del problema de las úlceras venosas en la extremidad inferior, es necesario disponer de instrumentos adaptados, válidos y fiables en castellano, sin embargo, cuando se diseñó este estudio no había ningún instrumento para valorar estos aspectos de los cuidados de enfermería a los pacientes con úlceras varicosas.

Este instrumento puede utilizarse en Atención Primaria de salud para medir aquellos aspectos relacionados con conocimientos, actitudes y práctica clínica de enfermería que están en íntima relación con la evolución del proceso de cicatrización de las UV para compararlos con los estándares de calidad de la atención que se vayan estableciendo. Evidentemente, también es útil para detectar la fortaleza de puntos clave en el proceso de atención como: formación, disponibilidad de materiales, actitudes en la asistencia, variabilidad de la práctica clínica, práctica basada en la evidencia, etc.

La obtención de un instrumento de medida de conocimientos, actitudes y prácticas de enfermería respecto al uso de la terapia compresiva en úlceras varicosas tiene una gran relevancia desde el punto de vista de la investigación en este campo ya que el uso en diversos estudios de un mismo instrumento de medida, validado, permite que los resultados puedan ser comparados y, por tanto, cuantificar y universalizar la información científica<sup>83</sup>. Por tanto este cuestionario puede facilitar la comparación de resultados con otros estudios que lo hayan empleado.

El proceso seguido para desarrollar este cuestionario, desde el original hasta la versión actual, los valores obtenidos en el alpha de Cronbach y el análisis factorial nos permiten considerar el cuestionario escalar tipo Likert LUCNAK como un instrumento válido para medir las percepciones de enfermería de Atención Primaria de Salud sobre la atención de úlceras en la pierna y, específicamente, la utilización de la terapia de compresión en las úlceras venosas.

A lo largo del proceso de elaboración de la versión definitiva se eliminaron ítems cuyos enunciados estaban relacionados con la educación sanitaria. Esto fue así por diversas circunstancias: ítems no discriminantes, baja concordancia con el conjunto de la escala, etc. Tanto en el estudio cualitativo que hemos realizado como en la literatura científica

revisada, la educación para la salud en estos pacientes se considera un elemento clave<sup>66,116</sup>. Dada la alta prevalencia de la IVC y el hecho de que el 86% de las personas que la padecen son atendidas en el primer nivel asistencial, es frecuente encontrarnos en la consulta de enfermería con personas con dicha afección. Las intervenciones educativas que mejoren la promoción y el manejo de la salud y que resuelvan los problemas reales o potenciales que presenta cada persona individualmente son fundamentales para contribuir a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo para potenciar la autonomía del paciente<sup>23,24</sup>. Creemos que la reformulación de los enunciados eliminados o la incorporación de otros ítems nuevos referidos a la educación sanitaria podrían mejorar el cuestionario de forma que éste explicase un porcentaje mayor de la varianza total.

La validación de un instrumento de medición es un proceso acumulativo, se deben realizar nuevos estudios con el objetivo de verificar las propiedades psicométricas del cuestionario LUCNAK modificado. Estudios prospectivos que incluyan la validación test-retest y el análisis de la sensibilidad al cambio podrían consolidar la validación de la versión en castellano del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* adaptado transculturalmente y modificado.



# ***CONCLUSIONES***



## Conclusiones

1. Con el proceso de traducción y adaptación cultural del cuestionario se ha garantizado la equivalencia lingüística y cultural al castellano, la validez de contenido y la viabilidad del cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK)* adaptado y modificado para enfermería de Atención Primaria de Salud.
2. Con una mayor implicación terapéutica profesional-paciente en el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones de práctica clínica basada en la evidencia científica, en las preferencias de los pacientes, y la experiencia de los clínicos en la técnica de compresión, así como la de los gestores sanitarios en facilitar la disponibilidad de los recursos instrumentales y/o materiales necesarios, se podría cambiar la realidad actual de baja adherencia al tratamiento y alta prevalencia de úlceras de la pierna de origen venoso.
3. El personal de enfermería de Atención Primaria de Salud asume un papel protagonista en los cuidados del paciente con úlceras en la pierna.
4. La edad avanzada del personal de enfermería de Atención Primaria puede estar asociada a la baja tasa de participación en este estudio, a una actitud menos favorable hacia los pacientes con heridas crónicas en las piernas y a una actitud menos positiva hacia la terapia compresiva.
5. El personal de enfermería de Atención Primaria de salud tiene déficit notable de conocimientos sobre los sistemas de compresión terapéutica en las úlceras varicosas.
6. El personal de enfermería de Atención Primaria de salud realiza una práctica clínica en los cuidados de las úlceras de la pierna desacorde con las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.
7. La formación sobre cuidados de las úlceras en la pierna recibida por la mayor parte de los profesionales de enfermería debe ser reconsiderada de forma integral para mejorar su efectividad.

8. Es necesario establecer vías de comunicación efectivas que permitan la transferencia del mejor conocimiento científico disponible actualizado a la práctica clínica en el cuidado de las úlceras en la pierna.
9. La atención a este problema de salud debe ser multidisciplinar y con una adecuada colaboración entre niveles asistenciales; en el que los actores principales, pacientes y familias, especialistas médicos hospitalarios y comunitarios y el personal de enfermería colaborasen con la única finalidad de minimizar las consecuencias socio-sanitarias asociadas a este problema de salud pública.
10. El cuestionario *Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge* adaptado al castellano y modificado es una herramienta útil, válida y fiable, para la medición de conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras de Atención Primaria respecto a los cuidados a pacientes con úlceras venosas y el uso de la terapia compresiva. También puede resultar válido para comparar resultados entre diferentes estudios en nuestro país que lo usen como instrumento de medida.
11. Teniendo en cuenta que la validación de un instrumento de medición es un proceso acumulativo, se deben realizar nuevos estudios con el objetivo de verificar las propiedades psicométricas del cuestionario LUCNAK modificado.
12. En definitiva, el cuestionario adaptado y modificado LUCNAK es una herramienta útil para la medición de conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras de Atención Primaria de salud respecto a la terapia de compresión en pacientes con úlceras venosas; es útil para detectar la fortaleza de puntos clave en el proceso de cuidados de enfermería en las úlceras de pierna; también resulta válido para comparar resultados entre diferentes estudios en nuestro país que lo usen como instrumento de medida; y puede usarse como instrumento de medida en procesos antes y después para valorar la efectividad de intervenciones educativas dirigidas a profesionales y el establecimiento de estrategias de mejora de la calidad.

# ***BIBLIOGRAFÍA***



## Bibliografía

- (1) Téllez de Peralta G. Tratado de cirugía cardiovascular. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- (2) Veraart JC. [Chronic venous insufficiency]. Ned Tijdschr Geneeskd 2002;146(5):199-203.
- (3) de Roos KP. [Chronic venous insufficiency]. Ned Tijdschr Geneeskd 2002;146(17):822-23.
- (4) Villa-Estébanez R. *Insuficiencia Venosa Crónica*. 2012; Available at: <http://www.fisterra.com.mergullador.sergas.es:2048/guias-clinicas/insuficiencia-venosa-cronica/>. Accessed 11/5, 2013.
- (5) Sándor T. Chronic venous disease. A state of art. Orv Hetil 2010;151(4):131-9. doi: 10.1556/OH.2010.28790.
- (6) Álvarez Fernández LJ, Lozano F, Marinello-Roura J, Masegosa-Medina J. An epidemiological survey on chronic venous insufficiency in Spain: The DETECT-IVC 2006 study | Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: Estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología* 2008;60(1):27-36.
- (7) Eberhardt R, Raffetto J. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2014;130(4):333-46.
- (8) Robertson L, Evans C, Lee A, Allan P, Ruckley C, Fowkes F. Incidence and risk factors for venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;48(2):208-14.
- (9) White J, Ryjewski C. Chronic venous insufficiency. *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* 2005;17(4):319-27.
- (10) Beebe-Dimmer J, Pfeifer J, Engle J, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol* 2005;15(3):175-84.
- (11) Szewczyk MT, Jawien A, Kedziora-Kornatowska K, Moscicka P, Cwajda J, Cierzniaowska K, et al. The nutritional status of older adults with and without venous ulcers: A comparative, descriptive study. *Ostomy Wound Manage* 2008;54(9):34-6,-38-40,42.
- (12) Shai A, Karakis I, Shemesh D. Possible ramifications of prolonged standing at the workplace and its association with the development of chronic venous insufficiency. *Harefuah* 2007;146(9):677-85, 734.
- (13) Raffetto J, Khalil R. Mechanisms of varicose vein formation: valve dysfunction and wall dilation. *Phlebology* 2008;23(2):85-98.
- (14) Meissner M, Moneta G, Burnand K, Gloviczki P, Lohr J, Lurie F, et al. The hemodynamics and diagnosis of venous disease. *J Vasc Surg* 2007;46 Suppl S:4S-24S.
- (15) Bergan J, Pascarella L, Schmid-Schönbein G. Pathogenesis of primary chronic venous disease: Insights from animal models of venous hypertension. *J Vasc Surg* 2008;47(1):183-92.
- (16) Barron G, Jacob S, Kirsner R. Dermatologic complications of chronic venous disease: medical management and beyond. *Ann Vasc Surg* 2007;21(5):652-62.
- (17) Do D, Husmann M. Diagnosis of venous disease. *Herz* 2007;32(1):10-7.

- (18) Depairon M. [Anatomy and physiopathology of venous system]. *Praxis* 2006;95(12):451-3.
- (19) van Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovill E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. *Thromb Haemost* 2003;90(1):27-35.
- (20) Lozano-Sánchez F, Sánchez-Nevarez I, González-Porras J, Marinello-Roura J, Escudero-Rodríguez J, Díaz-Sánchez S, et al. Quality of life in patients with chronic venous disease: influence of the socio-demographical and clinical factors. *Int Angiol* 2013;32(4):433-41.
- (21) Felty C, Rooke T. Compression therapy for chronic venous insufficiency. *Semin Vasc Surg* 2005;18(1):36-40.
- (22) Tisi P, Beverley C, Rees A. Injection sclerotherapy for varicose veins. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(4):CD001732.
- (23) Valiño-Pazos C, Pita-Barral M, Pedre-Seoane M, Platas-Labandeira D, Segura-Iglesias H. *En una consulta de varices... ¿Llega la información a nuestros pacientes de la forma que deseamos?*. 2015; Available at: <http://www.aeev.net/comunicaciones/1com2002.pdf>. Accessed 12/12, 2014.
- (24) Raña-Lama C, Ramil-Pernas H, Pita-Vizoso R. *Plan de cuidados de enfermería para personas con insuficiencia venosa crónica en miembros inferiores en atención primaria de salud*. *Enferm Cient* 2004((268-269)):44-48.
- (25) Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). 2014; Available at: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>. Accessed Febrero / 8, 2013.
- (26) Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*. 2014; Available at: <http://www.rae.es/>. Accessed 10/18, 2014.
- (27) Abbade L, Lastoria S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol* 2005;44(6):449-56.
- (28) Kelechi T, Bonham P. Lower extremity venous disorders: implications for nursing practice. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(2):132-143.
- (29) Dissemond J, Körber A, Grabbe S. [Differential diagnoses in leg ulcers]. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4(8):627-34.
- (30) Verdú S. Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. CONUEI. Barcelona: EdiKaMed S.L.; 2009.
- (31) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. 2010; Available at: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf>. Accessed 6/14, 2014.
- (32) Graham I, Harrison M, Nelson E, Lorimer K, Fisher A. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care* 2003;16(6):301-16.
- (33) Meissner M, Gloviczki P, Bergan J, Kistner R, Morrison N, Pannier F, et al. Primary chronic venous disorders. *J Vasc Surg* 2007;46 Suppl S:54S-57S.doi: 10.1016/j.jvs.2007.08.038.
- (34) Marinello J, Gesto R. *Guía de diagnóstico y tratamiento del capítulo español de flebología*. Madrid: Luzán; 2003.

- (35) Lees T, Lambert D. Prevalence of lower limb ulceration in an urban health district. *Br J Surg* 1992;79(10):1032-4.
- (36) Van den Oever R, Hepp B, Debbaut B, Simon I. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency. An underestimated public health problem. *Int Angiol* 1998;17(3):161-7.
- (37) Olin J, Beusterien K, Childs M, Seavey C, McHugh L, Griffiths R. Medical costs of treating venous stasis ulcers: evidence from a retrospective cohort study. *Vasc Med* 1999;4(1):1-7.
- (38) Weiss R, Heagle C, Raymond M. The bulletin of the North American Society of Phlebology. Insurance advisory committee. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;14(12):S14-S17.
- (39) Augustin M, Brocatti L, Rustenbach S, Schäfer I, Herberger K. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *Int Wound J* 2014;11(3):283-92. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01089.x.
- (40) Soldevilla J, Torra J, Verdú J, Rueda J, Martínez F, Roche E. Epidemiology of chronic wounds in Spain: Results of the first national studies of pressure and leg ulcer prevalence. *Wounds* 2006;18(8):218-216.
- (41) Herber O, Schnepf W, Rieger M. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:44.
- (42) Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care* 2014;23(12):601-12. doi: 10.12968/jowc.2014.23.12.601.
- (43) Franks P, Winterberg H, Moffatt C. Health-related quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. *Wound Repair Regen* 2002;10(3):133-40.
- (44) Green J, Jester R. Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 1. *Br J Community Nurs* 2009;14(12):S12, S14, S16-7.
- (45) Green J, Jester R. Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: Part 2. *Br J Community Nurs* 2010;15(3):S4-6, S8, S10, passim.
- (46) London N, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Ulcerated lower limb. *BMJ* 2000;320(7249):1589-91.
- (47) González-Consuegra R, 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* 2010;21(2):80-87.
- (48) Abbade L, Lastória S, Rollo-Hde A. Venous ulcer: clinical characteristics and risk factors. *Int J Dermatol* 2011;50(4):405-11. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04654.x.
- (49) Margolis D, Berlin J, Strom B. Risk factors associated with the failure of a venous leg ulcer to heal. *Arch Dermatol* 1999;135(8):920-6.
- (50) Smith PC. The causes of skin damage and leg ulceration in chronic venous disease. *Int J Low Extrem Wounds* 2006;5(3):160-8.
- (51) Nicolaidis AN. Chronic venous disease and the leukocyte-endothelium interaction: from symptoms to ulceration. *Angiology* 2005;56 Suppl 1:S11-9.

- (52) Pascarella L, Penn A, Schmid-Schönbein G. Venous hypertension and the inflammatory cascade: major manifestations and trigger mechanisms. *Angiology* 2005;56 Suppl 1:S3-10.
- (53) Fukaya E, Margolis D. Approach to diagnosing lower extremity ulcers. *Dermatol Ther* 2013;26(3):181-6. doi: 10.1111/dth.12054.
- (54) Marston W. Evaluation and treatment of leg ulcers associated with chronic venous insufficiency. *Clin Plast Surg* 2007;34(4):717-30.
- (55) Meissner M, Eklof B, Smith P, Dalsing M, DePalma R, Gloviczki P, et al. Secondary chronic venous disorders. *J Vasc Surg* 2007;46 Suppl S:68S-83S. doi: 10.1016/j.jvs.2007.08.048.
- (56) O'Meara S, Cullum N, Nelson E, Dumville J. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD000265. doi: 10.1002/14651858.CD000265.pub3.
- (57) Nelson E, Hillman A, Thomas K. Intermittent pneumatic compression for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;5:CD001899. doi: 10.1002/14651858.CD001899.pub4.
- (58) White-Chu E, Conner-Kerr T. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective. *J Multidiscip Healthc* 2014;7:111-7. doi: 10.2147/JMDH.S38616. eCollection 2014.
- (59) Cullum N, Al-Kurdi D, Bell-Syer S. Therapeutic ultrasound for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(6):CD001180. doi: 10.1002/14651858.CD001180.pub3.
- (60) Jull A, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. *CD001733* doi: 10.1002/14651858.CD001733.pub3 2012;12:CD001733. doi: 10.1002/14651858.CD001733.pub3.
- (61) Scallon C, Bell-Syer S, Aziz Z. Flavonoids for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD006477. doi: 10.1002/14651858.CD006477.pub2.
- (62) Palfreyman S, Bell-Syer S, Aziz Z. Dressings for healing venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(3):CD006477. doi: 10.1002/14651858.CD006477.pub2.
- (63) Weller C, Buchbinder R, Johnston R. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD008378. doi: 10.1002/14651858.CD008378.pub2.
- (64) Nelson E, Bell-Syer S. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(Issue 9):CD002303-DOI: 10.1002/14651858.CD002303.pub3.
- (65) Brown A. Life-style advice and self-care strategies for venous leg ulcer patients: what is the evidence? *J Wound Care* 2012;21(7):342-50.
- (66) Van-Hecke A, Grypdonck M, Beele H, De-Bacquer D, Defloor T. How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *J Adv Nurs* 2009;65(2):337-47. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04871.x. Epub 2008 Nov 6.
- (67) Finlayson K, Edwards H, Courtney M. Factors associated with recurrence of venous leg ulcers: a survey and retrospective chart review. *Int J Nurs Stud* 2009;46(8):1071-8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.012. Epub 2009 Jan 30.

- (68) Ferrer-Sola M, Chiveches-Pérez E, Molist-Señé G, Molas-Puigvila M, Besolí-Codina A, Jaumira-Areñas E, et al. Prevalencia de la heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. *Enferm Clin* 2009;19(1):4-10.
- (69) Granados-Matute A, Cejudo-Lopez A, Vega-Fernandez V. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. *Evidentia* 2014;11(45).
- (70) Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and Management of Venous Leg Ulcers. Toronto, Canada. 2004; Available at: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-venous-leg-ulcers>. Accessed 6/14, 2014.
- (71) Bullock I, Collins C, Cullum N, Ferguson Y, Gray W, Henriksson M, et al. The management of patients with venous leg ulcers [guide on the Internet] 2<sup>a</sup> ed. London: Royal College of Nursing; 2006. 2014; Available at: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107941/001269.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/107941/001269.pdf). Accessed 6/16, 2014.
- (72) Comunidad valenciana: Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas. 2008. 2014; Available at: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>. Accessed 6/14, 2014.
- (73) Petherick E, Cullum N, Pickett K. Investigation of the effect of deprivation on the burden and management of venous leg ulcers: a cohort study using the THIN database. *PLoS One* 2013;8(3):e58948. doi: 10.1371/journal.pone.0058948. Epub 2013 Mar 19.
- (74) Martinho, Paulo Jorge de Jesus, Gaspar PJS. Conhecimentos e práticas de Terapia Compressiva de enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência* 2012;serIII(6):69-79.
- (75) Dowsett C. Assessment and management of patients with leg ulcers. *Nurs Stand* 2005;19(32):65-6, 68, 70 passim.
- (76) Bruce F, Byrne S, Dougall D, et al. The Care of Patients with Chronic Leg Ulcer [guide on the Internet]. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 1998-2005. 2015; Available at: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf>. Accessed 6/14, 2014.
- (77) Haute Autorité de Santé. Management of leg ulcers of predominantly venous origin (dressing excluded). *J Mal Vasc* 2007;32(2):100-11.
- (78) Torra-Bou J, Soldevilla-Agreda J, Rueda-López J, Verdú-Soriano J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos* 2004;15(4):230-247.
- (79) Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. 2011. Available at: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38249>. Accessed 6/14, 2014.
- (80) World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd; 2008.
- (81) Bainbridge P. Why don't patients adhere to compression therapy? *Br J Community Nurs* 2013;Suppl:S35-6, S38-40.

- (82) Graham I, Harrison M, Moffat C, Franks P. Leg ulcer care: nursing attitudes and knowledge. *Can Nurse* 2001;97(3):19-24.
- (83) García de Yébenes Prous MA. [Validation of questionnaires]. *Reumatología clínica* 2009;5(4):171.
- (84) Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (85) Molina G T, Montaña E R, González A E, Sepúlveda P R, Hidalgo-Rasmussen C, Martínez N V, et al. Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Revista médica de Chile* 2014;142(11):1415-1421.
- (86) Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005 Mar-Apr;8(2):94-104.
- (87) Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson A. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in Health* 2008;11(3):509–521. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x.
- (88) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) [página en Internet]. 2015; Available at: <http://www.gneaupp.es/app/portada/>. Accessed 6/14, 2014.
- (89) Calderón C, Fernández S. Investigación cualitativa en atención primaria. In: Martín-Zurro J, Cano-Pérez, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 211-240.
- (90) Gobierno de España. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado* 14/12/1999(298).
- (91) Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Declaración de Helsinki 1964, Tokyo 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo. 2000. 2000; Available at: [http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]). Accessed 4/25, 2014.
- (92) Australian Wound Management Association / New Zealand Wound Care Society. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. *2011*. 2011; Available at: [http://www.awma.com.au/publications/2011\\_awma\\_vlug.pdf](http://www.awma.com.au/publications/2011_awma_vlug.pdf). Accessed 6/14, 2014.
- (93) Thomas F, O'Donnell T, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2014;60(2 Suppl):3S-59S. doi: 10.1016/j.jvs.2014.04.049. Epub 2014 Jun 25.
- (94) Burrows C, Miller R, Townsend D, Bellefontaine R, Mackean G, Orsted H, et al. Best practice recommendations for the prevention and treatment of venous leg ulcers: update 2006. *Adv Skin Wound Care* 2007;20(11):611-21; quiz 622-3.
- (95) Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol* 1995;24(2):61-3.

- (96) Beaton D, Bombardier CG,F., Ferraz F. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Philadelphia, Pa.1976)* 2000;25(24):3186-3191.
- (97) Epstein J, Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol* 2015;68(4):435-441.
- (98) World Health Organisation. Process of translation and adaptation of instruments. 2015; Available at: <http://www.who.int/>. Accessed 7/7, 2015.
- (99) Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México* 2013;55(1):57-66.
- (100) Van-Hecke A, Beeckman D, Grypdonck M, Meuleneire F, Hermie L, Verhaeghe S. Knowledge deficits and information-seeking behavior in leg ulcer patients: an exploratory qualitative study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013;40(4):381-7. doi: 10.1097/WON.0b013e31829a2f4d.
- (101) Folgueira A, Verdú S. Why do patients with venous ulcers not adhere to compression therapy treatment? Abstract Book: 24th Conference of the European Wound Management Association Madrid: EWMA-GNEAUPP 2014:142.
- (102) McPeake J, Bateson M, O'Neill A. Electronic surveys: how to maximise success. *Nurse researcher* 2014;21(3):24-26.
- (103) Edwards PJ, Edwards PJ, Roberts IG, Clarke MJ, DiGuseppi C, Wentz R, et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996(2).
- (104) Bojcic J, Sue V, Huon T, Maletis G, Inacio M. Comparison of paper and electronic surveys for measuring patient-reported outcomes after anterior cruciate ligament reconstruction. *Perm J* 2014;18(3):22-6. doi: 10.7812/TPP/13-142.
- (105) Flüß E, Bond C, Jones G, Macfarlane G. The effect of an internet option and single-sided printing format to increase the response rate to a population-based study: a randomized controlled trial. *BMC Med Res Methodol* 2014;14:104. doi: 10.1186/1471-2288-14-104.
- (106) Esperón-Güimil J, Loureiro-Rodríguez M, Antón-Fuentes V, Rosendo-Fernández J, Pérez-García I, Soldevilla-Agreda J. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos* 2014;25(4):171-177.
- (107) Rolstad S, Adler J, Rydén A. Response burden and questionnaire length: is shorter better? A review and meta-analysis. *Value Health* 2011;14(8):1101-8. doi: 10.1016/j.jval.2011.06.003. Epub 2011 Aug 2.
- (108) Creavin ST. Do GPs respond to postal questionnaire surveys? A comprehensive review of primary care literature. *Fam Pract* 2011;28(4):461.
- (109) Edwards P. Follow-up by mail in clinical trials: does questionnaire length matter? *Control Clin Trials* 2004;25(1):31.
- (110) Aerny-Perreten N, Domínguez-Berjón M, Astray-Mochales J, Esteban-Vasallo M, Blanco-Ancos L, Lópaz-Pérez M. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gac Sanit [revista en la Internet]* 2012 [citado 2015 Jun 03];26(5):477-479. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000500015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000500015&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.016>.

(111) Instituto Nacional de Estadística. Profesionales sanitarios colegiados 2014. 2014; Available at: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>. Accessed 10/18, 2014.

(112) Bernalte-Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería: reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Global* 2015;14(37):328-334.

(113) Cullum N, Nelson E, Fletcher A, Sheldon T. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD000265.

(114) Van Hecke A, Grypdonck M., T. Guidelines for the management of venous leg ulcers: a gap analysis. *J Eval Clin Pract* 2008;14(5):812-22. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00846.x. Epub 2008 Feb 18.

(115) Harding K, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. *Wounds International* 2015; Available to download from [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com).

(116) Ylönen M, Stolt M, Leino-Jilpi H, Suhonen R. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *Int Nurs Rev* 2014;61(2):194-202. doi: 10.1111/inr.12088. Epub 2014 Apr 22.

(117) García-Díaz J, Muñoz- Conde M, Cabello-Jaime R. Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación de referentes en úlceras por presión. *Biblioteca Lascasas*, 2013 [accesado 2.6.2015];9(1): Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0689.php>.

(118) Lorimer K, Harrison M, Graham I, Friedberg E, Davies B. Venous leg ulcer care: How evidence-based is nursing practice? *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2003;30(3):132-142.

(119) Kimmel H, Robin A. An Evidence-Based Algorithm for Treating Venous Leg Ulcers Utilizing the Cochrane Database of Systematic Reviews. *Wounds* 2013;25(9):242-50.

(120) Martín-Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión* 2004;5:23-29.

# ***ANEXOS***



## Anexo Ia. Escala de evaluación de la percepción de habilidades y competencias, barreras para la cicatrización y actitudes hacia los pacientes para enfermería comunitaria

| Please indicate how strongly you agree with each of the following statements:<br><i>Please circle one choice for each.</i>       |                |   |         |   |                   |
|--|----------------|---|---------|---|-------------------|
|  | Strongly Agree |   | Neutral |   | Strongly Disagree |
| 1. Within my scope of nursing practice, I feel confident in my ability to treat leg ulcers                                       | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 2. Since being in practice, I could have benefited from ongoing education about leg ulcer care                                   | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 3. I can rely on the physicians responsible for my clients to have up to date information on how to treat leg ulcers effectively | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 4. I have learned most of what I know about leg ulcer treatment strategies from other nurses                                     | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 5. In my experience, a barrier to leg ulcer healing is client compliance with their treatment plan                               | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 6. When needed, I have easy access to physician specialist consultation for leg ulcer clients                                    | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 7. I do not feel I have adequate knowledge of wound care products to use them effectively  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 8. Evidence-based practice guidelines for leg ulcer care are needed for nurses to give appropriate care                          | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 9. Greater access to wound care products is necessary  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 10. A barrier to leg ulcer healing is inappropriate treatments ordered by physicians   | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 11. Most physician specialists seem disinterested in the care of leg ulcers  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 12. Nurses need greater input into the products CCAC (Home Care) purchase  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 13. Caring for clients with leg ulcers is not rewarding  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 14. The use of evidence-based guidelines for leg ulcer care would improve wound healing  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 15. Better communication between community nurses and physician specialists is needed to promote continuity of leg ulcer care    | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 16. Clients would benefit from an interdisciplinary wound care centre in this region   | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |
| 17. If I had the option, I would prefer not to care for leg ulcer clients  | 1              | 2 | 3       | 4 | 5                 |



## Anexo Ib. Cuestionario de valoración de conocimientos, práctica profesional, fuentes de información y datos socio-profesionales para enfermería comunitaria

### Leg Ulcer Diagnosis

In your experience, what proportion of clients with leg ulcers that are referred by family physicians/GP's have:

|  | A Few<br><10%            | Some<br>10-25%           | Many<br>26-50%           | Most<br>51-75%           | Almost All<br>>75%       | Don't Know               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Doppler assessment (ankle/brachial index)    | <input type="checkbox"/> |
| Vascular Studies/Clinical Laboratory Work-Up | <input type="checkbox"/> |

In what proportion of your leg ulcer clients is the disease etiology known (ie. it is known that the disease etiology is venous, arterial or mixed)?

|                     | A Few<br><10%            | Some<br>10-25%           | Many<br>26-50%           | Most<br>51-75%           | Almost All<br>>75%       | Don't Know               |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etiology is known   | <input type="checkbox"/> |
| Etiology is unknown | <input type="checkbox"/> |

### Leg Ulcer Care

Who usually determines the initial treatment for leg ulcers (e.g. type of dressings, bandages, frequency of dressing changes, choice of pharmaceutical products)?

*Check more than one if the decision is made collaboratively.*

- GP/Family Physician
- MD Specialist
- Podiatrist/Chiropodist/Foot Specialist
- ET
- RN
- Other \_\_\_\_\_

Does your agency have policy and procedures regarding dressing and bandage protocols for leg ulcer care?

Yes  No  Don't Know

Does your agency accept physician's standing orders regarding dressing and bandage protocols for leg ulcer care?

Yes  No  Don't Know

In your experience, how long does a typical leg ulcer usually take to heal?

< 1 mos  < 2 mos  1-2 mos  2-3 mos  3-6 mos  6-12 mos   
1-3 years  > 3 years  Don't Know

How long do you usually wait with a non-healing ulcer before referring the client for additional care?

2-3 mos  3-6 mos  6-12 mos  Don't Know

To whom do you typically refer non-healing ulcer clients to?

Other RN  GP/Family Physician  Vascular Surgeon  
 Dermatologist  ET  Podiatrist  Other

In your experience, how effective is each of the following in healing venous leg ulcers?

|  | Never Use | Not Effective | Somewhat Effective | Very Effective | Don't Know |
|--|-----------|---------------|--------------------|----------------|------------|
| <i>Please circle one choice for each</i> |           |               |                    |                |            |
| Compression Stockings (eg. Jobst)        | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |
| Tensors                                  | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |
| Zinc oxide boot (eg. Ichthopaste)        | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |
| Zinc oxide boot (eg. Unnaboot)           | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |
| Two layer bandage (eg. Surepress)        | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |
| Four Layer Compression (Profore)         | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |
| Other: Specify .....                     | 1         | 2             | 3                  | 4              | 5          |

Please comment on other treatments you've found useful for venous leg ulcers:

.....

To what extent are each of the following, important sources of information on caring for individuals with leg ulcers?

*Please circle one choice for each*

|  | Not at all important | Important | Very important |
|--|----------------------|-----------|----------------|
| ET                                       | 1                    | 2         | 3              |
| RN                                       | 1                    | 2         | 3              |
| GP/Family Physician                      | 1                    | 2         | 3              |
| Podiatrist/Chiropodist/Foot Specialist   | 1                    | 2         | 3              |
| Vascular Surgeon                         | 1                    | 2         | 3              |
| Dermatologist                            | 1                    | 2         | 3              |
| Representatives of wound care products   | 1                    | 2         | 3              |
| Nursing literature/Scientific literature | 1                    | 2         | 3              |
| Internet                                 | 1                    | 2         | 3              |

### Description of Practice

- In the past month, approximately how many clients have you cared for? \_\_\_\_\_
- How many of these clients had leg ulcers? \_\_\_\_\_
- Check all that applies to you.

RN  BSN/BN  ET  MSN/MN  RPN  Other, specify \_\_\_\_\_

Are you, Full-time  Part-time  Other \_\_\_\_\_

**THANK YOU**

**Anexo IIa. Versión traducida, adaptada y ampliada del formulario LUCNAK. Escala tipo Likert de evaluación de la percepción de habilidades y competencias, barreras para la cicatrización y actitudes hacia los pacientes.**

| <i>Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones</i>   | Desacuerdo Total | Desacuerdo | Indiferente | Acuerdo | Acuerdo Total |
|--|------------------|------------|-------------|---------|---------------|
| 1. Desde mi experiencia profesional en enfermería, me siento seguro de mi capacidad para tratar úlceras en las piernas   |                  |            |             |         |               |
| 2. Desde que ejerzo mi profesión, pude haberme beneficiado de la formación continuada sobre el cuidado de úlceras en las piernas   |                  |            |             |         |               |
| 3. Puedo confiar en que los médicos responsables de mis pacientes tengan información actualizada sobre cómo tratar las úlceras en las piernas eficazmente                                  |                  |            |             |         |               |
| 4. He aprendido de otras enfermeras/os la mayor parte de lo que sé sobre las estrategias para el tratamiento de úlceras en las piernas   |                  |            |             |         |               |
| 5. Según mi experiencia, una barrera para la curación de las úlceras en las piernas, es la adhesión del paciente al tratamiento  |                  |            |             |         |               |
| 6. Cuando es necesario, tengo fácil acceso al médico especialista para consulta sobre las úlceras en las piernas de los pacientes  |                  |            |             |         |               |
| 7. Considero que no tengo el conocimiento suficiente sobre los productos para el cuidado de las heridas para usarlos de forma eficaz   |                  |            |             |         |               |
| 8. Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el manejo de las úlceras en las piernas son necesarias para que las enfermeras puedan aplicar los cuidados más adecuados    |                  |            |             |         |               |
| 9. Es necesario un mayor acceso a los productos para el cuidado de heridas   |                  |            |             |         |               |
| 10. Un impedimento para la curación de las úlceras en las piernas son los tratamientos inadecuados prescritos por los médicos  |                  |            |             |         |               |
| 11. La mayoría de los médicos especialistas parecen poco interesados en el tratamiento de las úlceras en las piernas   |                  |            |             |         |               |
| 12. Los profesionales de enfermería deben tener una mayor implicación en la elección de los productos de cura de heridas que efectúa la administración sanitaria                           |                  |            |             |         |               |
| 13. El cuidado de los pacientes con úlceras en las piernas no es gratificante.   |                  |            |             |         |               |
| 14. Es necesaria una mejor comunicación entre el personal de enfermería comunitaria y los médicos especialistas para promover la continuidad de los cuidados en las úlceras en las piernas |                  |            |             |         |               |
| 15. El uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento de úlceras en las piernas podría mejorar la curación de las heridas                                    |                  |            |             |         |               |
| 16. Los pacientes se beneficiarían de la existencia en su área sanitaria de una unidad interdisciplinar para la atención a las heridas   |                  |            |             |         |               |
| 17. Si pudiera elegir, preferiría no tratar a pacientes con úlceras en las piernas   |                  |            |             |         |               |
| 18. La información que doy favorece la adherencia del paciente a la terapia compresiva   |                  |            |             |         |               |
| 19. Tengo dudas sobre la eficacia de la terapia de   |                  |            |             |         |               |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| compresión como piedra angular del tratamiento de la úlcera venosa   |  |  |  |  |  |
| 20. La falta de apoyo por parte del médico a las decisiones que tomo es irrelevante cuando se trata de aplicar la terapia compresiva                             |  |  |  |  |  |
| 21. Es fácil derivar al paciente con úlceras venosas para interconsulta al cirujano vascular   |  |  |  |  |  |
| 22. En general usamos material inadecuado en el tratamiento de las úlceras venosas   |  |  |  |  |  |
| 23. Los profesionales de enfermería explicamos suficientemente la importancia de la terapia compresiva a los pacientes   |  |  |  |  |  |
| 24. El mayor inconveniente en la aplicación de la compresión es la falta de adhesión del paciente a esta terapia   |  |  |  |  |  |
| 25. Disponemos de material adecuado en nuestro centro de trabajo para aplicar terapia compresiva.  |  |  |  |  |  |
| 26. Conocer el índice de presión Tobillo-Brazo (ITB) es innecesario para la aplicación de la terapia compresiva.   |  |  |  |  |  |
| 27. Los cursos de formación continuada de prevención y tratamiento de heridas crónicas en las piernas apenas influyen en la aplicación de la terapia compresiva. |  |  |  |  |  |
| 28. Los autocuidados del paciente no influyen en la curación de las úlceras venosas si se utiliza terapia compresiva de forma adecuada.                          |  |  |  |  |  |
| 29. Es imprescindible la valoración del cirujano vascular para aplicar la terapia de compresión.   |  |  |  |  |  |
| 30. Los pacientes con úlceras venosas rechazan la terapia de compresión.   |  |  |  |  |  |
| 31. Solo aplico la terapia compresiva si se ha determinado el Índice Tobillo-Brazo.  |  |  |  |  |  |
| 32. En la consulta no se dispone del tiempo suficiente para aplicar la terapia de compresión.  |  |  |  |  |  |
| 33. Sé si una úlcera tiene etiología venosa mediante la observación de las características de la herida.   |  |  |  |  |  |
| 34. Hay falta de interés en el tema de la terapia compresiva en los profesionales de enfermería.   |  |  |  |  |  |
| 35. Aplicar compresión en una pierna con úlcera venosa es una gran responsabilidad.  |  |  |  |  |  |
| 36. El personal de enfermería sabe hacer vendajes compresivos de forma correcta.   |  |  |  |  |  |
| 37. Es difícil disponer de Doppler para realizar el Índice Tobillo/Brazo a los pacientes con úlceras en la pierna  |  |  |  |  |  |
| 38. Las curas realizadas como siempre lo he hecho curan aunque no utilice la terapia compresiva.   |  |  |  |  |  |
| 39. La mejoría de la lesión con terapia compresiva favorece el abandono del tratamiento por parte del paciente.  |  |  |  |  |  |
| 40. No me han preparado para realizar terapia de compresión en piernas con úlceras venosas   |  |  |  |  |  |
| 41. Me resulta fácil disponer de material adecuado para el tratamiento de las úlceras venosas en las piernas.  |  |  |  |  |  |
| 42. La educación sanitaria al paciente con úlceras venosas es inefectiva.  |  |  |  |  |  |
| 43. Me falta preparación para para realizar terapia de compresión en piernas con úlceras venosas   |  |  |  |  |  |
| 44. No aplico compresión en las piernas con úlceras venosas porque tiene grandes riesgos.  |  |  |  |  |  |

**Anexo IIb. Encuesta sobre conocimientos, práctica basada en la evidencia y fuentes de información de enfermería sobre úlceras de pierna y terapia de compresión. Versión traducida y modificada.**

**Valoración de Úlcera de la Pierna**

*En este cuestionario se usan indistintamente los términos úlcera de pierna, extremidades inferiores, miembros inferiores.*

En su experiencia ¿qué proporción de los pacientes con úlceras en la pierna que atiende tienen hecho

|   | Ninguno<br>0%            | Algunos<br>≈25%          | La mitad<br>≈50%         | La mayoría<br>≈75%       | Todos<br>100%            | No sé                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Valoración con Doppler (Índice Tobillo – Brazo) | <input type="checkbox"/> |
| Valoración Vascular                             | <input type="checkbox"/> |

¿En qué proporción de sus pacientes con úlceras en piernas es conocida la etiología de la enfermedad ( es decir: se sabe que la etiología de la enfermedad es venosa, arterial, etc.)

|                          | Ninguno<br>0%            | Algunos<br>≈25%          | La mitad<br>≈50%         | La mayoría<br>≈75%       | Todos<br>100%            | No sé                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La etiología es conocida | <input type="checkbox"/> |

**Atención a la Úlcera de la Pierna**

¿Normalmente, quién decide el tratamiento inicial para las úlceras en la pierna (por ejemplo: apósitos, vendajes, frecuencia de los cambios, elección de productos farmacéuticos)?

*Marque más de una opción si la decisión está hecha en colaboración.*

- Médico de familia / Médico general
- Médico especialista
- Enfermera/o
- Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene su *servicio de salud* normas y procedimientos específicos en cuanto a protocolos de uso de apósitos y vendajes para la atención a las úlceras en la pierna?

Si  No  No sé

¿En su experiencia, normalmente, cuánto tiempo le lleva cicatrizar a una úlcera típica en la pierna?

¿Aproximadamente cuánto tiempo suele esperar ante una úlcera que no cicatriza antes de derivar al paciente para realizar atención adicional?

..... mes /meses  No derivo  No sé

Por regla general ¿a quién deriva a los pacientes con úlceras que no cicatrizan? *Señale, si procede, más de una opción.*

- A otras Enfermeras /os       Al Médico       Al Cirujano Vascular  
 Al Dermatólogo       A otros profesionales       No aplicable (no derivó)

En su experiencia ¿cuán eficaz es cada elemento de los que se mencionan a continuación en la cicatrización de las úlceras venosas?

| <i>Rodee con un círculo la opción elegida para cada ítem</i> | No es eficaz | A veces es eficaz | Muy eficaz | No sé |
|--|--------------|-------------------|------------|-------|
| Medias de compresión graduada                                | 1            | 2                 | 3          | 4     |
| Vendaje: simple (ej. venda de crepé o venda cohesiva)        | 1            | 2                 | 3          | 4     |
| Con Óxido de Zinc (ej. Bota Unna, Viscopaste)                | 1            | 2                 | 3          | 4     |
| Vendaje: 2 capas (ej. Venda de algodón y venda cohesiva)     | 1            | 2                 | 3          | 4     |
| Vendaje: kit comercial de 2 capas                            | 1            | 2                 | 3          | 4     |
| Vendaje: kit comercial de 4 capas                            | 1            | 2                 | 3          | 4     |
| Otros: Especificar .....                                     | 1            | 2                 | 3          | 4     |

Por favor, haga comentarios sobre otros tratamientos que haya encontrado útiles para las úlceras venosas: .....

| <i>Rodee con un círculo la opción elegida para cada ítem</i> | Nunca lo uso | Alguna vez | De forma regular | Con frecuencia | Siempre lo uso |
|--|--------------|------------|------------------|----------------|----------------|
| Medias de compresión graduada                                | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |
| Vendaje: simple (ej. venda de crepé o venda cohesiva)        | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |
| Con Óxido de Zinc (ej. Bota Unna, Viscopaste)                | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |
| Vendaje: 2 capas (ej. Venda de algodón y venda cohesiva)     | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |
| Vendaje: kit comercial de 2 capas                            | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |
| Vendaje: kit comercial de 4 capas                            | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |
| Otros: Especificar .....                                     | 1            | 2          | 3                | 4              | 5              |

|  |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|----|
| En una escala de 1 a 10 (de menos a más)<br>¿en qué grado valora la importancia del personal de enfermería en la aplicación de la terapia compresiva en las úlceras venosas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  |
|  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| En una escala de 1 a 10, de menor a mayor importancia ¿Cómo valora la importancia de la terapia compresiva en la curación de las úlceras venosas?                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  |
|  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Valoro la posibilidad de que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa por la localización, aspecto de la piel y características de la herida.

|       |         |                |              |         |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | A veces | Con frecuencia | Casi siempre | Siempre |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|

Valoro la posibilidad de que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa mediante la palpación de pulsos distales.

|       |         |                |              |         |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | A veces | Con frecuencia | Casi siempre | Siempre |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|

Valoro la posibilidad de que las úlceras en la pierna sean de etiología venosa mediante la determinación del índice tobillo/brazo.

|       |         |                |              |         |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | A veces | Con frecuencia | Casi siempre | Siempre |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|

Mido la extensión de la úlcera en la pierna

|       |         |                |              |         |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | A veces | Con frecuencia | Casi siempre | Siempre |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|

Para el tratamiento de las úlceras de etiología venosa en las extremidades inferiores en las que se aplica terapia de compresión utilizo el apósito más sencillo, idóneo y económico del catálogo del servicio de salud

|       |         |                |              |         |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | A veces | Con frecuencia | Casi siempre | Siempre |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|

Para la prevención de las recidivas de las úlceras venosas recomiendo el uso de medias de compresión graduada.

|       |         |                |              |         |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | A veces | Con frecuencia | Casi siempre | Siempre |
|-------|---------|----------------|--------------|---------|

¿En qué medida es importante en el cuidado de personas con úlceras en las piernas cada una de las siguientes **fuentes de información**?

| <i>Marque una sola opción cada una de ellas.</i>       | Nada importante | Poco importante | Importante | Bastante | Importantísimo |
|--|-----------------|-----------------|------------|----------|----------------|
| Enfermera /o   | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Médico de Familia / Médico General                     | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Cirujano Vascular                                      | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Dermatólogo  | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Representantes de productos para el cuidado de heridas | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Bibliografía científica / Publicaciones de enfermería  | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Internet   | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |
| Otro, indicar...                                       | 1               | 2               | 3          | 4        | 5              |

### Descripción de la práctica

- ¿En total, cuántos pacientes recuerda haber atendido con úlceras en las piernas el último mes? \_\_\_\_\_
- Tiempo trabajado \_\_\_\_ años desde la finalización de los estudios de enfermería.
- Tiempo trabajado en atención primaria \_\_\_\_ años.
- Puesto de trabajo:    Fijo            Interino            Sustituto            Otro \_\_\_\_\_
- Ha recibido formación específica sobre prevención y cuidados de úlceras en las piernas: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- Si la respuesta es afirmativa, indique que tipo de formación (puede incluir más de una opción)
  - o En la Diplomatura / Grado de Enfermería
  - o Cursos post-grado o de formación continuada de prevención y tratamiento de heridas / heridas crónicas
  - o Asistencia a Jornadas o Congresos sobre heridas / heridas crónicas
  - o Participación en la realización de algún tipo de investigación sobre úlceras en la pierna (extremidad inferior, miembro inferior)
  - o Otros \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_ años
- Mujer             Hombre

**Muchas gracias por su participación / Moitas grazas pola súa participación.**

### **Anexo III. Versión final de la escala de evaluación tipo Likert del cuestionario LUCNAK.**

1. Puedo confiar en que los médicos responsables de mis pacientes tengan información actualizada sobre cómo tratar las úlceras en las piernas eficazmente (inv)
2. He aprendido de otras enfermeras/os la mayor parte de lo que sé sobre las estrategias para el tratamiento de úlceras en las piernas
3. Según mi experiencia, una barrera para la curación de las úlceras en las piernas, es la adhesión del paciente al tratamiento
4. Cuando es necesario, tengo fácil acceso al médico especialista para consulta sobre las úlceras en las piernas de los pacientes (inv)
5. Considero que no tengo el conocimiento suficiente sobre los productos para el cuidado de las heridas para usarlos de forma eficaz
6. Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el manejo de las úlceras en las piernas son necesarias para que las enfermeras puedan aplicar los cuidados más adecuados
7. Es necesario un mayor acceso a los productos para el cuidado de heridas
8. Un impedimento para la curación de las úlceras en las piernas son los tratamientos inadecuados prescritos por los médicos
9. La mayoría de los médicos especialistas parecen poco interesados en el tratamiento de las úlceras en las piernas
10. Los profesionales de enfermería deben tener una mayor implicación en la elección de los productos de cura de heridas que efectúa la administración sanitaria
11. El cuidado de los pacientes con úlceras en las piernas no es gratificante
12. Es necesaria una mejor comunicación entre el personal de enfermería comunitaria y los médicos especialistas para promover la continuidad de los cuidados en las úlceras en las piernas
13. El uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el tratamiento de úlceras en las piernas podría mejorar la curación de las heridas
14. Los pacientes se beneficiarían de la existencia en su área sanitaria de una unidad interdisciplinar para la atención a las heridas
15. Si pudiera elegir, preferiría no tratar a pacientes con úlceras en las piernas
16. La falta de apoyo por parte del médico a las decisiones que tomo es irrelevante cuando se trata de aplicar la terapia compresiva
17. Es fácil derivar al paciente con úlceras venosas para interconsulta al cirujano vascular (inv)
18. En general usamos material inadecuado en el tratamiento de las úlceras venosas
19. El mayor inconveniente en la aplicación de la compresión es la falta de adhesión del paciente a esta terapia
20. Disponemos de material adecuado en nuestro centro de trabajo para aplicar terapia compresiva (inv)
21. Los cursos de formación continuada de prevención y tratamiento de heridas crónicas en las piernas apenas influyen en la aplicación de la terapia compresiva.
22. Es imprescindible la valoración del cirujano vascular para aplicar la terapia de compresión.
23. Los pacientes con úlceras venosas rechazan la terapia de compresión
24. En la consulta no se dispone del tiempo suficiente para aplicar la terapia de compresión
25. Sé si una úlcera tiene etiología venosa mediante la observación de las características de la herida
26. Hay falta de interés en el tema de la terapia compresiva en los profesionales de enfermería (inv)
27. Aplicar compresión en una pierna con úlcera venosa es una gran responsabilidad
28. El personal de enfermería sabe hacer vendajes compresivos de forma correcta (inv)
29. Es difícil disponer de Doppler para realizar el Índice Tobillo/Brazo a los pacientes con úlceras en la pierna
30. Las curas realizadas como siempre lo he hecho curan aunque no utilice la terapia compresiva
31. No me han preparado para realizar terapia de compresión en piernas con úlceras venosas
32. Me resulta fácil disponer de material adecuado para el tratamiento de las úlceras venosas en las piernas
33. Me falta preparación para para realizar terapia de compresión en piernas con úlceras venosas
34. No aplico compresión en las piernas con úlceras venosas porque tiene grandes riesgos

(inv): ítem invertido