



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

2015/2016

TRABAJO FIN DE GRADO

Úlcera de Martorell. Diferencias en el diagnóstico y tratamiento entre estudiantes y profesionales de Enfermería

Autora: Gemma Muñoz Espín

Tutor: José Verdú Soriano

Índice

Resumen/Abstract.....	2
Introducción.....	4
Objetivos.....	11
Material y Métodos.....	11
Resultados.....	14
Discusión.....	24
Conclusiones.....	27
Implicaciones para la práctica clínica.....	28
Referencias bibliográficas.....	29
ANEXOS.....	32

Resumen

Objetivo. Averiguar las diferencias en el nivel de conocimiento de los estudiantes y profesionales de Enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento de la úlcera hipertensiva o de Martorell.

Introducción. Las úlceras de extremidad inferior (UEI) son lesiones que no cicatrizan en el tiempo esperado. Causan gran deterioro social, así como un gran gasto económico. La úlcera de Martorell es una complicación de la HTA sistémica de larga evolución. Su prevalencia es del 0,5 al 1%, pero este tipo de lesiones están infradiagnosticadas por el personal sanitario.

Material y métodos. Se diseñó un cuestionario con un caso clínico a resolver. Se administró a estudiantes de Enfermería de 3º y 4º de la Universidad de Alicante y a profesionales de Enfermería del Hospital G. U. de Alicante, obteniéndose una muestra de 207 participantes. Se registraron varias variables como la edad, sexo, curso o conocimientos previos entre otras.

Resultados. Un 60,9% de la muestra refirió tener conocimientos sobre heridas crónicas, un 43,7% de estudiantes frente a un 56,3% de profesionales. Un 20,8% diagnosticó correctamente la úlcera de Martorell, siendo un 90,7% estudiantes y tan solo un 9,3% enfermeras tituladas. Solo 1 de cada 4 enfermeras indicó el tratamiento correctamente, mientras que los estudiantes acertaron en un 62,1%. Por otro lado, los estudiantes que cursaron la optativa de “Atención Integral al paciente con Heridas Crónicas” tuvieron casi 6 veces más probabilidad de acertar que los que no la cursaron.

Conclusiones. La formación universitaria sobre las UEI resulta imprescindible para desarrollar una buena labor profesional en el futuro, mientras que la formación post-universitaria es un reto en la actualidad. Hay una necesidad en la actualización de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento por parte de los profesionales de Enfermería.

Palabras clave: úlcera de extremidad inferior, úlcera de Martorell, diagnóstico diferencial, tratamiento, conocimiento, Enfermería.

Abstract

Aim. To know the difference between the level of knowledge about hypertensive or Martorell ulcer diagnosis and treatment in students and nurses.

Background. Leg ulcers are wounds that do not heal at the expected time. These wounds cause great social impact as well as constitute an important economic expense. Martorell ulcer is a complication of long term evolution systemic hypertension. Its prevalence is 0,5 to 1%, but this type of wounds are under-diagnosed by health workers.

Methods. A questionnaire based on a clinical case was designed. The questionnaire was distributed to third and fourth year nursing students in the University of Alicante and nurses working at the University General Hospital of Alicante, obtaining a sample of 207 participants. Several variables were included such as age, sex, academic year or prior knowledge among others.

Results. 60,9% of the sample referred having knowledge of chronic wounds, 43,7% of the students compared to 56,3% of the nurses. 20,8% of the sample correctly diagnosed Martorell ulcer, 90,7% were students and only 9,3% were nurses. Surprisingly, only 1 out of 4 nurses indicated the treatment correctly. On the other hand, the probability of success was 6 times higher among students who have completed the optional subject “Integrated care for the patient with chronic wounds” compared to those who haven’t completed it.

Conclusion. Appropriate training in leg ulcers management at the university is essential to develop good professional work in the future, while the post-graduate training is a challenge today. There is a need to update knowledge about diagnosis and treatment by nurses.

Keywords: leg ulcer, Martorell ulcer, differential diagnosis, treatment, knowledge, nurse.

1. Introducción

Las úlceras de extremidad inferior (UEI) son un problema social, el cual origina deterioro, aislamiento y un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Su tratamiento y diagnóstico son muy complejos. Son lesiones espontáneas o accidentales, cuya etiología puede deberse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatrizan en el intervalo temporal esperado (CONUEI, 2009).

Su prevalencia es de 0,10 a 0,30% y su incidencia de 3 a 5 nuevos casos por mil personas y año; estos datos deben multiplicarse por 2 cuando la población es > 65 años de edad (CONUEI, 2009). Dos tercios de las personas con úlceras en la extremidad inferior tienen al menos una recidiva en su vida y esta cifra es del 45% cuando se trata de pacientes que han tenido UEI durante más de 10 años (Graham, Harrison, Shafey & Keast, 2003). Se calcula que entre un 0,6% y un 3,6% de adultos tendrán úlceras de extremidad inferior en algún momento de sus vidas (Adderley & Thompson, 2014). Lo realmente preocupante es que se calcula que solo el 50% recibe un tratamiento adecuado y un 25% no tiene un diagnóstico etiológico; todo esto ocasiona un enorme gasto sanitario y alrededor de 1.391.496 consultas de Atención Primaria en España (Velasco, 2011). Se acepta que en un adecuado tratamiento el 50% de las úlceras curarán en cuatro meses, el 20% no lo harán hasta pasado dos años y un 8% no lo hará hasta después de cinco años (GNEAUPP, 2012).

No debemos olvidar que las úlceras son de difícil tratamiento, requieren curas durante largo tiempo, suelen causar dolor y producen importantes complicaciones y repercusiones en los pacientes: físicas, psicológicas, sociales y económicas, tales como estigmatización social y largos periodos de baja laboral (Esquirol & Herrero, 2015). Tener una úlcera afecta directamente a la calidad de vida relacionada con la salud; a pesar de los avances en investigación y en la evolución de los tratamientos, el dolor y una peor calidad de vida de estos pacientes siguen siendo un problema actual de nuestra sociedad (González-Consuegra & Verdú, 2011). Por todo ello, es muy importante cómo se gestionan este tipo de úlceras, ya que más del 80% de ellas se gestionan en la comunidad, siendo el personal de Enfermería clave tanto en el diagnóstico como en el tratamiento (Graham, Harrison, Shafey & Keast, 2003).

Como vemos, las heridas crónicas son un problema de salud de primer nivel que repercute en todos los miembros del sistema sanitario: pacientes, profesionales y

organización y que tiene una repercusión económica fundamental para los sistemas de salud (GNEAUPP, 2012).

Cuando hablamos de las úlceras de extremidad inferior, es muy importante determinar el grado de afectación tisular, ya que es un referente clínico tanto diagnóstico como pronóstico y de orientación terapéutica. Tanto en la exploración inicial como en su curso evolutivo, es recomendable indicar el grado de afectación tisular atendiendo a la siguiente clasificación (CONUEI, 2009):

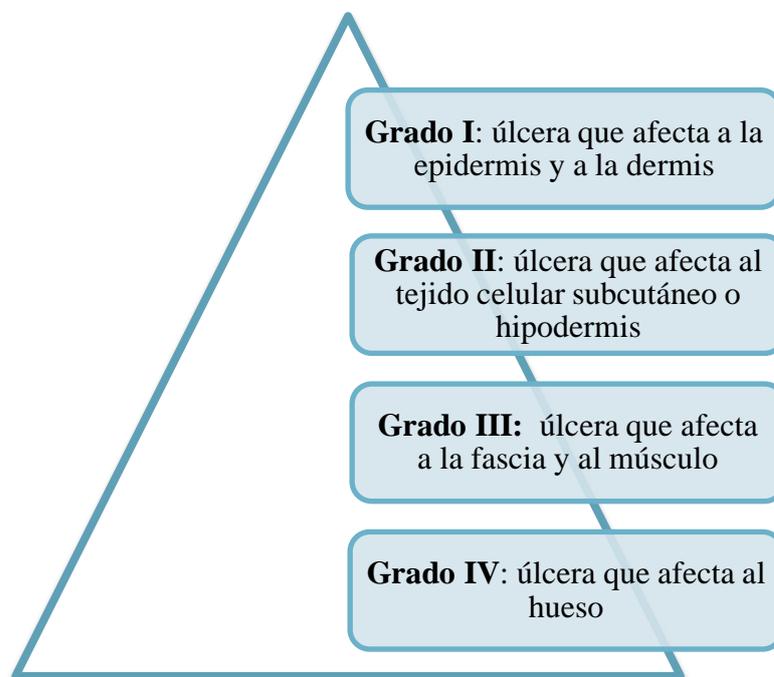


Figura 1. Clasificación UEI según su profundidad

Aunque las úlceras de etiología venosa sean las más comunes (entre un 75-80% del total de las UEI) (CONUEI, 2009; González-Consuegra & Verdú, 2011), es muy importante realizar un diagnóstico diferencial y saber distinguir con otro tipo de úlceras, ya que esto será crucial a la hora de tratarlas y conseguir que curen en el tiempo esperado. Debemos realizar un diagnóstico diferencial entre: úlceras venosas, úlceras isquémicas o arteriales, úlceras neuropáticas, úlceras hipertensivas o úlcera de Martorell o entre otro tipo de úlceras como las neoplásicas o la úlcera terminal de Kennedy.

Las úlceras venosas son las más frecuentes dentro del grupo de las UEI, ya que forman un 75-80% del total. Su prevalencia es del 0,8 al 0,5% y su incidencia está entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año (CONUEI, 2009). Son debidas principalmente a la insuficiencia venosa crónica (CVI). Puede ser primaria o secundaria

a síndromes postrombóticos, varicosis o malformación arteriovenosa (Dissemond, Körber & Grabbe, 2006). El diagnóstico de la úlcera venosa se basa principalmente en criterios clínicos, tales como los siguientes signos y síntomas: localización en la zona lateral interna del tercio distal de la pierna, morfología redonda u oval, bordes excavados, tejido periulceroso significado por alteraciones cutáneas previas (dermatitis ocre, hiperqueratosis o atrofia blanca), expresión de dolor baja (excepto cuando hay infección), el cual mejora en decúbito con extremidad elevada o con terapia compresiva, existencia de pulsos tibiales y un ITB $> 0,75$ (CONUEI, 2009; Velasco, 2011).

Las úlceras isquémicas o arteriales son causadas en su mayoría por arteriopatías periféricas, que en más del 90% de los casos se debe a la arteriosclerosis. Todo ello produce una isquemia crónica y un menor aporte de flujo sanguíneo (Dissemond, Körber & Grabbe, 2006). Uno de los signos más característicos de este tipo de úlceras es la claudicación intermitente que se da cuando hay un déficit en el aporte sanguíneo, provocando dolor e impotencia funcional (Collado, 2015). Su prevalencia está entre el 0,2 y el 2% y su incidencia es de unos 220 casos nuevos por cada millón de habitantes al año. Algunas de las características que se deben de tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico de úlcera arterial son las siguientes: antecedentes de claudicación intermitente en la extremidad, ausencia de pulsos tibiales, localización en los dedos del pie, cara lateral y talón, bordes irregulares y poco profundos, base formada por tejido necrótico y/o fibrina, presencia de dolor importante que empeora en decúbito o durante la deambulación y un ITB $< 0,75$ (CONUEI, 2009; Velasco, 2011).

Las úlceras neuropáticas son causadas casi en su totalidad por la diabetes mellitus (DM), lo que comúnmente se conoce como pie diabético (PD). Su prevalencia se establece entre un 15-25% y su incidencia asciende de 5 a 10 nuevos casos por mil pacientes diabéticos y año. En las úlceras en el PD son el principal factor de riesgo de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo. En la fisiopatología de las úlceras neuropáticas influyen 3 tipos de factores: predisponentes tal como la polineuropatía DM, desencadentes como un trauma, ya sea intrínseco o extrínseco al paciente y factores agravantes, tales como la infección y la isquemia. Se establece un diagnóstico de úlcera neuropática en base a los siguientes signos y síntomas clínicos: presencia de pulsos tibiales, localización en áreas de apoyo, sobrepresión y/o deformidad del pie, morfología redonda u oval, bordes periulcerosos mostrando una hiperqueratosis y una nula manifestación de dolor (CONUEI, 2009).

Las úlceras hipertensivas o de Martorell son una complicación poco frecuente de la HTA sistémica de larga evolución. Son lesiones isquémicas causadas por la obliteración de pequeñas arteriolas. Los pacientes con úlcera de Martorell tienen una mayor resistencia vascular, incremento que provoca hiperplasia intimal e hipertrofia de la media de las arteriolas, con el consecuente estrechamiento de las mismas, que no solo produce disminución de la perfusión tisular, sino que también reduce el mecanismo vasodilatador compensatorio que ocurre habitualmente distal a una oclusión o estrechamiento arterial (Blanco, Gago, Murillo y Del Valle, 2011; Rendón-Elías et al., 2011). Su fisiopatología está relacionada con la microvasculatura y no con la participación de grandes vasos (Frade-Lima, 2015).

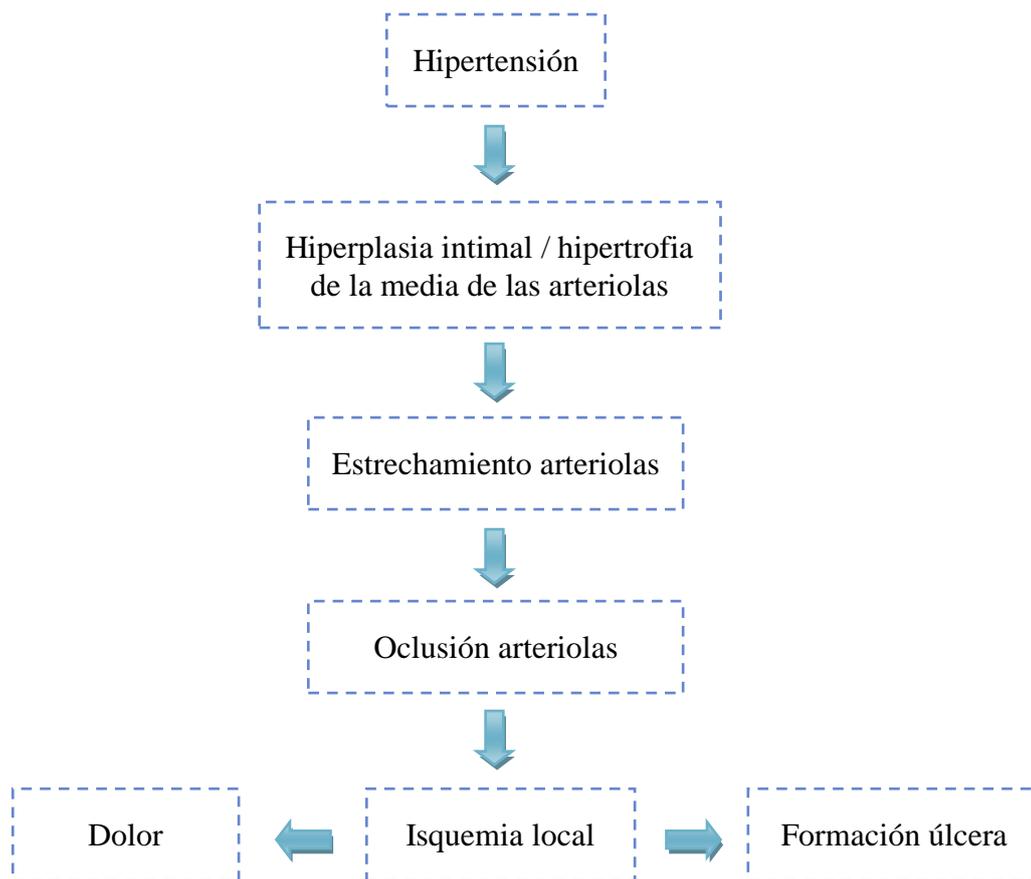


Figura 2. Fisiopatología de la úlcera de Martorell (Vuerstaek et al., 2010)

El factor que desencadena la úlcera suele ser un mínimo trauma inadvertido que el paciente no suele recordar (Garelli, D'angelo & Morales, 2009). Constituyen el 3-4% de todas las UEI, estando su prevalencia entre el 0,5 y el 1% y su incidencia suma de 4 a 6 nuevos casos por mil habitantes y año. Así mismo, en la población del género femenino y con una evolución de HTA > 25 años, su prevalencia es del 15 al 18%. También hay

que destacar que este tipo de úlceras se producen más comúnmente en mujeres entre 50 y 70 años de edad (Frade-Lima, 2015; CONUEI, 2009). Para realizar un diagnóstico clínico de úlcera hipertensiva o de Martorell hay que tener presentes los siguientes signos y síntomas en una persona de edad > 55 años y con HTA de evolución > 10 años: localización en la cara lateral externa del tercio inferior de la extremidad supramaleolar, bordes planos, irregulares e hipéremicos, base con componente de fibrina elevado, tejido periulceroso indemne o con infartos cutáneos lacunares, expresión de dolor elevada en todas las posiciones, que se agrava con la posición de decúbito, pulsos tibiales positivos e ITB > 0,75 (CONUEI, 2009).

El conocimiento en el diagnóstico diferencial y el inicio temprano de una terapia interdisciplinar son absolutamente esenciales para garantizar el éxito en el tratamiento de las úlceras de extremidad inferior (Dissemond, Körber & Grabbe, 2006). Para todo ello, se debe de realizar una valoración exhaustiva para instaurar un diagnóstico que debe incluir: anamnesis con la patología de base del paciente, el tiempo de evolución, los tratamientos previos y los episodios de úlcera precedentes, observar el estado de la piel perilesional, determinar localización, profundidad, estado del borde, presencia de necrosis, cantidad y calidad del exudado, presencia o no de tejido de granulación, su tamaño, realizar un eco-doppler y un ITB (índice tobillo-brazo) (Velasco, 2011).

Independientemente de la calidad de la cura que se haga, el tratamiento de la causa es fundamental para la curación de la úlcera y diagnosticar esta correctamente resulta imprescindible. El dilema más frecuente en la práctica diaria es distinguir entre una úlcera en la pierna de etiología venosa y el resto de etiologías (Velasco, 2011). Así mismo, algunos de los factores que contribuyen a la expansión de las UEI como problema social y a la demora de su solución son su diagnóstico y tratamiento tardíos (Nettel et al., 2013). La literatura deja muy claro que es imprescindible realizar un buen diagnóstico para posteriormente tratar la úlcera de manera adecuada y asegurarnos de que esta cure satisfactoriamente. En el caso de la úlcera hipertensiva o de Martorell esto se hace más patente, ya que este tipo de úlcera es mucho más común de lo que se piensa, pero con frecuencia hay una confusión y pérdida en su diagnóstico (Vuerstaek et al., 2010). Esta úlcera es de difícil manejo, ya que implica varios diagnósticos diferenciales por lo que el diagnóstico es tardío y muchas veces la respuesta al tratamiento es lenta (Frade-Lima et al. 2015; Malburg, Conceição & Piñeiro-Madeira, 2006).

Sería muy lógico pensar el por qué de que ocurra esto, una de las razones que se encuentran en la literatura son las lagunas de conocimiento por parte de los profesionales de Enfermería que fueron identificadas en la evaluación, fisiología y el proceso de curación de las UEI (Ylönen, Stolt, Leino-Kilpi & Suhonen, 2014). Un buen cuidado en todos los aspectos por parte de enfermería hará que se haga una buena gestión de los pacientes con úlceras en la extremidad inferior, ya que un tratamiento adecuado y eficaz depende en gran medida de un diagnóstico correcto. Las lagunas de conocimiento junto con la pérdida de diagnóstico en muchas ocasiones hace que exista una variabilidad considerable en el manejo de las úlceras de extremidad inferior (Templeton & Telford, 2010). Toda esta información deja claro que los profesionales de Enfermería necesitan ser más activos en el acceso y aplicación de los conocimientos a la práctica clínica así como crear una cultura de investigación en el cuidado de las heridas para permitir que los hallazgos que se hagan se interpreten, evalúen y apliquen a la práctica (Martin & Duffy, 2011). Además, muchas enfermeras perciben su nivel de conocimiento insuficiente y dependen en gran medida del conocimiento transferido por sus compañeros o de su propia experiencia (Collado, 2015). En cuanto al conocimiento de los estudiantes de Enfermería hay muy poca literatura al respecto, pero en un estudio que se realizó en 2011 se observó que aproximadamente la mitad de los estudiantes de Enfermería (46,8%) recibieron menos de 1 a 5 horas de educación sobre úlceras de pierna, y más de un tercio de los participantes (37,9%) pensaban que su conocimiento era muy limitado (Van Hecke, Goeman, Beeckman, Heinen & Defloor, 2011).

Después de todo lo expuesto, nos surgen algunas preguntas: ¿saben los profesionales de Enfermería diagnosticar las UEI?, ¿saben realizar un diagnóstico diferencial entre la úlcera venosa y la úlcera hipertensiva o de Martorell?, ¿influye el diagnóstico en el tratamiento y su posterior recuperación? y, por último, ¿están los estudiantes de Enfermería más capacitados que los profesionales para diagnosticar y tratar las úlceras de extremidad inferior? La revisión bibliográfica llevada a cabo para responder a estas preguntas desvela que hay muy poca literatura sobre el conocimiento y diagnóstico diferencial de las UEI. Todo lo encontrado está relacionado casi en su totalidad con úlceras venosas y en España no se ha encontrado nada al respecto. Por todo ello, es muy importante estudiar el conocimiento que tienen las enfermeras tituladas y los estudiantes de Enfermería sobre el diagnóstico, en concreto sobre el diagnóstico de una úlcera de etiología hipertensiva o de Martorell, ya que la mayoría de las veces se diagnostica

erróneamente como úlcera venosa, y tratamiento de este tipo de úlceras. Es interesante comparar estos dos grupos, ya que la formación inicial recibida es el principal problema encontrado. Averiguar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la úlcera hipertensiva o de Martorell de los estudiantes y profesionales de Enfermería sería muy interesante, y es por esto por lo que se plantea este estudio.

2. Objetivos

- Averiguar las diferencias en el nivel de conocimiento de los estudiantes y profesionales de Enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento de la úlcera hipertensiva o de Martorell.
- Demostrar que una buena formación inicial durante la universidad es clave para realizar un buen diagnóstico diferencial.

3. Material y Métodos

3.1. Diseño de estudio

Se diseñó un estudio transversal y analítico, puesto que se establecen relaciones entre las variables, mediante la aplicación de un cuestionario (ver ANEXO) en el que se exponía un caso clínico a resolver.

3.2. Población

La población escogida para realizar este estudio fueron los estudiantes de 3º y 4º del Grado de Enfermería de la Universidad de Alicante y los profesionales de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

3.3. Muestra

El cuestionario fue entregado a 104 alumnos de 3º y 4º de Enfermería, entregando 53 y 51 cuestionarios, respectivamente. También se entregaron 103 cuestionarios a profesionales de Enfermería de distintas unidades del HGUA, obteniéndose en total una muestra de conveniencia de 207 sujetos.

3.4. Criterios de inclusión

Criterios de inclusión: los estudiantes de 3º y 4º del Grado en Enfermería que estudien en la Universidad de Alicante, hayan cursado la optativa o no. También los profesionales de enfermería que trabajen en las siguientes unidades del HGUA: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urgencias, Medicina Interna, Reanimación (REA), Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) y la Unidades de Cuidados Intermedios Médicos (CIME).

3.5. Variables

Las variables registradas fueron: edad, sexo, curso en el caso de estudiantes y unidad de trabajo en el caso de profesionales, si habían cursado, en el caso de los estudiantes, la optativa “Atención Integral al paciente con Heridas Crónicas”, si tenían conocimientos previos sobre el diagnóstico y tratamiento de las heridas crónicas y si podían indicar cuál en caso afirmativo y si se sentían preparados para tratar este tipo de heridas.

A continuación se describió un caso clínico donde se describía la edad de la paciente, sus antecedentes patológicos, la causa de la lesión y si había edema o dolor. Se facilitó una imagen de la úlcera donde se podía observar la localización, el estado de la piel perilesional, el lecho de la herida y sus bordes (figura 3). A continuación, se les realizó tres preguntas abiertas: ¿cuál es el diagnóstico para esta úlcera?, ¿en qué te has basado para realizar el diagnóstico diferencial? y ¿cómo la trataría? En este último apartado de tratamiento, también se realizaron cuatro preguntas acerca del mismo: ¿la desbridarías?, ¿con qué limpiarías el lecho de la herida?, ¿qué tipo de apósito le pondrías? y, por último, ¿cada cuánto lo cambiarías?



Figura 3. Úlcera de etiología hipertensiva o de Martorell

3.6. Procedimiento

Para los alumnos de tercer y cuarto curso, el cuestionario se les administró en Enero de 2016 de forma presencial durante una reunión de organización de los practicums. Tras pedirle permiso al profesor, se pedía voluntariamente la participación de los estudiantes y se les explicó en qué consistía el cuestionario y por qué se realizaba. En

cuanto a los profesionales de Enfermería, el cuestionario se administró durante el mes de Febrero de 2016. A primera hora del turno de la tarde, se les entregó el cuestionario a los diferentes profesionales que quisieron participar libre y voluntariamente en el estudio de las distintas unidades implicadas y se les explicó en qué consistía y por qué se realizaba. A última hora de ese mismo turno, se procedió a la recogida de los cuestionarios.

3.7. Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. En el caso de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar, la mediana y los valores mínimos y máximos. En el caso de las variables cualitativas, se obtuvo la frecuencia y los porcentajes de respuesta.

Para el análisis inferencial y comparar los diferentes grupos a estudio, se utilizó la prueba de chi-cuadrado o el estadístico exacto de Fisher, según procediera. Además, se calculó el Riesgo Relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% para ver la probabilidad de respuesta un grupo frente al otro. En todos los casos se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95%.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS.

3.8. Consideraciones éticas

Antes de entregar los cuestionarios a los participantes de este estudio, tanto a estudiantes como a profesionales, se les repartió una hoja de consentimiento informado de acuerdo a la declaración de Helsinki explicando el proceso (ver ANEXO). Se explicó que la información proporcionada es confidencial, anónima cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su uso se limita a fines exclusivos orientados a la investigación y realización de este estudio.

4. Resultados

La muestra se compuso por 104 estudiantes (50,2%) y 103 profesionales de Enfermería (49,8%). De los estudiantes, 53 (51,0%) eran de tercer curso y 51 (49,0%) de cuarto. Respecto a los profesionales de Enfermería, 52 (50,5%) eran de unidades de hospitalización (Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI), Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y Cuidados Intermedios Médicos (CIME)) y 51 (49,5%) eran de unidades de cuidados especializados (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urgencias y Reanimación (REA)).

En cuanto a la edad de la muestra, esta queda representada en la tabla 1, diferenciada entre estudiantes de 3º, 4º y Enfermeras.

Tabla 1. Distribución de la edad por grupos.

	Estudiantes		Enfermeras
	3º	4º	
	Media ± Sd (Mediana, min, máx)		
Edad	21,51 ± 3,70 (20, min: 20, máx: 45)	23,33 ± 6,91 (21, min: 21, máx: 52)	39,18 ± 9,18 (38, min: 25, máx: 61)

Respecto a la distribución por sexo, como suele ser habitual en la profesión de Enfermería la mayoría son mujeres, en los estudiantes hay un 81,1% en tercero y un 72,5% en cuarto. Entre los profesionales de Enfermería, las mujeres son un 69,9%.

Un 39,42% de estudiantes cursaron la optativa “Atención integral de las Heridas Crónicas”, distribuidos en un 41,5% en tercero y en un 37,3% entre los de cuarto. En cuanto a la pregunta de si consideran si tienen conocimientos sobre heridas crónicas, 126 (60,9%) participantes refirieron que si. De estos, un 43,70% eran estudiantes y un 56,30% enfermeras, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Así, las enfermeras tienen un riesgo relativo de decir que tienen conocimientos de 1,43, (IC_{95%} = [1,05-1,95], test de Chi-cuadrado, p = 0,018). Posteriormente se preguntó ¿qué tipo de conocimiento? Predominando las charlas, cursos, seminarios y talleres tanto en

estudiantes como en enfermeras. A destacar la experiencia profesional como fuente de conocimientos, donde 21 enfermeras refieren este tipo de conocimiento (un 20,4% del total de las mismas). También es importante señalar que hay un 39,1% de la muestra que refiere no tener ningún tipo conocimientos (tabla 2).

Tabla 2. Tipo de conocimiento que refieren los participantes. (Test de Chi-cuadrado, $p \leq 0,001$)

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Charlas, cursos, seminarios y talleres	40 (48,8%)	42 (51,2%)
Congresos y Jornadas	15 (65,2%)	8 (34,8%)
Experiencia profesional	0 (0,0%)	21 (100,0%)
Ninguno	49 (60,5%)	32 (39,5%)

Otra cuestión es si se sienten preparados para tratar este tipo de lesiones. En este sentido, también las enfermeras refieren sentirse más preparadas para ello, un 74,1% frente a un 25,9% (RR = 2,26; IC_{95%} = [1,70-3,00], test de Chi-cuadrado, $p \leq 0,001$).

Resultados entre profesionales y estudiantes de enfermería

Pero a pesar de que las enfermeras refieren tener más conocimientos y sentirse más preparadas, luego, tienen menos aciertos en el diagnóstico y variables relacionadas con el tratamiento. Así, 43 participantes (20,8%) diagnostican correctamente este tipo de lesión. De estos, un 90,7% eran estudiantes y un 9,3% enfermeras (RR = 2,29; IC_{95%} = [1,85-2,83], test de Chi-cuadrado, $p \leq 0,001$). O sea, que los estudiantes tiene 2,3 veces mayor probabilidad de acertar que las enfermeras. En la tabla 3 se representan los porcentajes de respuesta respecto al diagnóstico, remarcando que la respuesta correcta sería “úlceras de Martorell”. Estas diferencias observadas son estadísticamente significativas.

Tabla 3. Distribución de respuesta al diagnóstico por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
U. Martorell	39 (90,7%)	4 (9,3%)
U. Venosa	54 (41,5%)	76 (58,5%)
U. Arterial	6 (30,0%)	14 (70,0%)
U. Mixta	0 (0,0%)	5 (100%)
H. Traumática	0 (0,0%)	4 (100,0%)
NS/NC	5 (100,0%)	0 (0,0%)

Después del diagnóstico se preguntaba sobre en qué se basaba para el diagnóstico diferencial. Solo lo indican correctamente un 31,4% de la muestra y acertando en mayor proporción los estudiantes, un 64,5% frente a un 35,4% (RR = 1,48; IC_{95%} = [1,14-1,92], test de Chi-cuadrado, p = 0,005). En la tabla 4 se presentan las respuesta agrupadas en la toma de decisiones.

Tabla 4. Distribución de respuesta a la toma de decisiones por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Semiología y HTA	42 (64,6%)	23 (35,4%)
Solo semiología	27 (35,5%)	49 (64,5%)
Semiología y pulsos	29 (48,3%)	31 (51,7%)
NS/NC	6 (100,0%)	0 (0,0%)

En cuanto al tratamiento hubo una gran variabilidad en las respuestas, se agrupó finalmente en tres categorías: correcto, parcialmente correcto e incorrecto. En función de si se tenía en cuenta el tratamiento sistémico para la HTA y si se recomendaba o no terapia compresiva. El resultado se muestra en la tabla 5, siendo los datos de nuevo estadísticamente significativos a favor de los estudiantes ($p = 0,001$).

Tabla 5. Distribución de respuesta al tratamiento por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Correcto	41 (62,1%)	25 (37,9%)
Parcialmente correcto	21 (31,8%)	45 (68,2%)
Incorrecto	42 (56,0%)	33 (44,0%)

Respecto a qué producto utilizar, la mayoría recomienda el uso de suero salino fisiológico, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de respuesta al producto a utilizar para la limpieza por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Suero Salino Fisiológico	100 (50,3%)	99 (49,7%)
Povidona Yodada	3 (60,0%)	2 (40,0%)
Clorhexidina	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Solución de PHMB	0 (0,0%)	1 (100,0%)
NS/NC	1 (100,0%)	0 (0,0%)

En cuanto a la pregunta de si harían desbridamiento, prácticamente la mitad responden afirmativamente, no encontrándose diferencias estadísticamente entre estudiantes y profesionales (tabla 7).

Tabla 7. Distribución de respuesta a si desbridarían o no por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
SI	57 (54,3%)	48 (45,7%)
NO	44 (44,44%)	55 (55,6%)

Cuando se pregunta por el tipo de apósito a utilizar, también se presenta una gran variabilidad en la práctica, siendo la elección mayoritaria el uso de hidrocoloides, seguido de productos que contienen plata. En este caso, volvemos a encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,018$). El resultado se muestra en la tabla 8. Si agrupamos los tipos de apósitos, volvemos a encontrar diferencias ($p = 0,019$) y como se observa en la tabla 9, la principal diferencia es que los profesionales de Enfermería utilizarían más productos antimicrobianos que los estudiantes.

Tabla 8. Distribución de respuesta al tipo de apósito que utilizarían por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Hidrocoloides	41 (58,6%)	29 (41,4%)
Espumas de poliutero y/o silicona	19 (51,4%)	18 (48,6%)
Hidrofibras y/o alginatos	17 (68,0%)	8 (32,0%)
Productos con plata	15 (31,2%)	33 (68,8%)
Productos con hidrogel y/o colagenasa	3 (75,0%)	1 (25,0%)
Productos con cadexómero yodado	2 (100,0%)	0 (0,0%)
Otros (TPN, compresión, no sabe, etc.)	5 (41,7%)	7 (58,3%)

Tabla 9. Distribución de respuesta agrupando los tipos de apósitos que utilizarían por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Apósitos de CAH	77 (58,3%)	55 (41,7%)
Productos antimicrobianos	17 (34,0%)	33 (66,0%)
Hidrogel y/o colagenasa	3 (75,0%)	1 (25,0%)
Otros (TPN, compresión, no sabe, etc.)	5 (41,7%)	7 (58,3%)

Respecto a la frecuencia de cambio de apósito, también hay una gran variabilidad, siendo lo más frecuente cada 48-72 horas en ambos grupos y encontrando la diferencia más importante en el cambio de apósito “según exudado”, donde un 63,9% de las enfermeras dice que lo haría así frente a solo un 36,1% de estudiantes ($p = 0,019$). Los resultados se representan en la tabla 10.

Tabla 10. Distribución de respuesta a la frecuencia de cambio de apósito por grupo

	Estudiantes	Enfermeras
	n (%)	n (%)
Cada 24-48 horas	32 (56,1%)	25 (43,9%)
Cada 48-72 horas	55 (51,9%)	51 (48,1%)
Cada 4-5 días	0 (0,0%)	4 (100,0%)
Según exudado	13 (36,1%)	23 (63,9%)
NS/NC	4 (100,0%)	0 (0,0%)

Resultados entre los estudiantes que han cursado la optativa y los que no

Entre los estudiantes, un dato de interés es conocer si tienen mejor diagnóstico los que habían realizado la asignatura optativa. Así, los que cursaron la optativa acertaron en mayor medida (casi 6 veces más), 32 (82,1%) frente a 7 (17,9%); (RR = 5,93; IC_{95%} = [3,18-11,06], test de Chi-cuadrado, $p \leq 0,001$). De igual modo, la distribución está en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución de respuesta al diagnóstico por asignatura optativa

	OPTATIVA	
	SI n (%)	NO n (%)
U. Martorell	32 (82,1%)	7 (17,9%)
U. Venosa	7 (13,0%)	47 (87,0%)
U. Arterial	2 (33,3%)	4 (66,7%)
NS/NC	0 (0,0%)	5 (100,0%)

En cuanto a la toma de decisiones en el diagnóstico, en la tabla 12 se puede observar que los que han cursado la optativa contestan mayoritariamente a la respuesta de semiología y HTA ($p \leq 0,001$).

Tabla 12. Distribución de respuesta a la toma de decisiones por asignatura optativa

	OPTATIVA	
	SI n (%)	NO n (%)
Semiología y HTA	32 (76,2%)	10 (23,8%)
Solo semiología	5 (18,5%)	22 (81,5%)
Semiología y pulsos	4 (13,8%)	25 (86,2%)
NS/NC	0 (0,0%)	6 (100,0%)

Del mismo modo, los que cursaron la optativa aciertan el tratamiento en mayor medida que los que no ($p \leq 0,001$) (tabla 13).

Tabla 13. Distribución de respuesta al tratamiento por asignatura optativa

	OPTATIVA	
	SI n (%)	NO n (%)
Correcto	30 (73,2%)	11 (26,8%)
Parcialmente correcto	5 (23,8%)	16 (76,2%)
Incorrecto	6 (14,3%)	36 (85,7%)

Respecto a la limpieza de la herida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, puesto que la gran mayoría refirieron el uso de SSF (97,6% de la optativa frente a un 95,2% que no la cursaron). Curiosamente, cuando se pregunta por el desbridamiento, la mayoría de los que no cursaron la optativa refieren que desbridarían (opción correcta). Posiblemente, el resto se mantienen en una actitud conservadora ($p \leq 0,001$) (tabla 14). De hecho, los que no han cursado la optativa tienen 1,8 veces mayor probabilidad de desbridar que el resto ($RR = 1,8$, $IC_{95\%} = [1,22-2,65]$).

Tabla 14. Distribución de respuesta al desbridamiento por asignatura optativa

	OPTATIVA	
	SI n (%)	NO n (%)
SI	15 (26,3%)	42 (73,7%)
NO	26 (59,1%)	18 (40,9%)

Respecto al tipo de apósito que elegirían para la cura, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el tipo de apósito a utilizar, aunque descriptivamente sí que se observa un mayor uso de productos antimicrobianos por parte de los que no cursaron la optativa (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de respuesta agrupando los tipos de apósitos por asignatura optativa

	OPTATIVA	
	SI n (%)	NO n (%)
Apósitos de CAH	33 (42,9%)	44 (57,1%)
Productos antimicrobianos	4 (23,5%)	13 (76,5%)
Hidrogel y/o colagenasa	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Otros (TPN, compresión, no sabe, etc.)	1 (20,0%)	4 (80,0%)

Y, finalmente, respecto a la pauta de cambio de apósito, de nuevo, los que no cursaron la optativa acertaron en mayor medida, ya que la respuesta correcta sería cada 24-48 horas por el exudado abundante que presenta la úlcera ($p = 0,034$) (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de respuesta al cambio de apósito por asignatura optativa

	OPTATIVA	
	SI n (%)	NO n (%)
Cada 24-48 horas	8 (25,0%)	24 (75,0%)
Cada 48-72 horas	29 (52,7%)	26 (47,3%)
Según exudado	3 (23,1%)	10 (76,9%)
NS/NC	1 (25,0%)	3 (75,0%)

Resultados entre las enfermeras de unidades de hospitalización y unidades especiales

Respecto al diagnóstico, no existen diferencias estadísticamente significativas, puesto que la mayoría la clasifican como úlcera venosa (69,2% de hospitalización frente a un 78,4% de cuidados especializados). Solo un 3,9% del total la clasifican correctamente, siendo el 75% de unidades de hospitalización.

Tampoco se encuentran diferencias en la toma de decisiones para el diagnóstico, donde la mayoría las clasifican según semiología (47,6%), seguido de semiología y pulsos (30,1%).

En cuanto al tratamiento, de nuevo, no hay diferencias. Solo 1 de cada 4 enfermeras indican el tratamiento correcto (24,3%). El 97,1% utilizarían SSF para la limpieza, distribuidos por igual entre grupos de unidades, y un 46,6% desbridarían la herida. En cuanto al tipo de apósito a utilizar, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas, siendo lo más utilizado los apósitos de CAH (57,3%), predominando los hidrocoloides, seguido de los productos antimicrobianos (34,4%). Para la pauta de cambios, mayoritariamente, refieren el cambio cada 48-72 horas (49,5%).

5. Discusión

Llegados a este punto, sabemos que el conocimiento sobre la valoración para realizar un buen diagnóstico diferencial de las UEI y poder tratarlas adecuadamente es primordial e imprescindible. La falta de conocimiento en estas áreas puede hacer que el diagnóstico sea erróneo y con ello el tratamiento, prolongando así la curación de la úlcera y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la persona que la sufre. De este modo, hemos podido comprobar que casi toda la bibliografía encontrada hace referencia a úlceras venosas. No hay nada en español acerca de la úlcera de Martorell y lo poco que se encuentra es en inglés. Esto puede ser debido a que las úlceras venosas son las más prevalentes y se escribe mucho más sobre ellas.

Solo un 20,8% de la muestra diagnóstica bien la úlcera hipertensiva o de Martorell, siendo estudiantes un 90,7% y profesionales un 9,3%. Esto nos hace pensar que los estudiantes tienen un nivel de conocimiento mucho más elevado que los profesionales de Enfermería. Sin embargo y pese a los datos estadísticos, las enfermeras tituladas se sienten casi 2 veces más preparadas que los estudiantes para tratar este tipo de úlceras (74,1% frente a 25,9%). Casi la totalidad de enfermeras respondieron que el diagnóstico era el de úlcera venosa, solo un 3,9% la clasificaron bien y solo 1 de cada 4 indicó el tratamiento correctamente. Probablemente, esto puede ser debido a que la mayoría de profesionales solo conciben el diagnóstico de úlcera venosa, ya que son las úlceras más comunes y sobre las que hay más bibliografía. Si introducimos los descriptores “venous ulcer” en PubMed encontramos 7350 resultados, mientras que “hypertensive ulcer” refleja 317 y “Martorell ulcer” tan solo recoge 56 resultados. No nos extraña que cuando se pregunta por el diagnóstico, los profesionales solo perciban la úlcera venosa como única respuesta sin contemplar ninguna más.

Por otro lado, las enfermeras refieren que sí tienen conocimientos suficientes para diagnosticar y tratar este tipo de heridas en mayor medida que los estudiantes, pero lo sorprendente es que aciertan menos. Nos sorprendió que el grupo de profesionales encuestados señalaran “la experiencia” como fuente de conocimiento. Esto nos hace reflexionar acerca del reciclaje de competencias que deben tener todos los profesionales de Enfermería, ya que día a día se enfrentan a problemas de este tipo. Los datos estadísticos nos dicen que los estudiantes tratan mejor este tipo de lesiones que las enfermeras tituladas (62,1% frente a 37,9%), a pesar de tener una nula experiencia profesional en este ámbito.

Otro aspecto que nos sorprende son los datos acerca de los estudiantes que cursaron la optativa de “Atención Integral a las Heridas Crónicas”, ya que estos alumnos tienen casi 6 veces más probabilidades de acertar que los que no la cursaron. También toman mejores decisiones a la hora de realizar un buen diagnóstico diferencial. Estos datos afianzan nuestra hipótesis de que una buena formación inicial en la universidad es clave para realizar un buen diagnóstico diferencial y un buen tratamiento. Otro aspecto curioso de los resultados obtenidos es que en referencia al tratamiento y desbridamiento, los alumnos que más fallan son los que cursaron la optativa. La opción correcta es que habría que desbridar y los alumnos de la optativa mantienen una actitud conservadora en este aspecto. Esto nos hace pensar que les quedó muy claro el diagnóstico de los diferentes tipos de heridas crónicas a lo largo de la asignatura y no tanto el tratamiento.

Solo se ha encontrado una referencia acerca del tiempo de formación que los estudiantes recibían durante la carrera sobre las UEI. En este estudio, aproximadamente la mitad de los estudiantes de Enfermería (46,8%) recibieron entre 1 y 5 horas de formación. Más de un tercio de estos alumnos (37,9%) manifestaron que su conocimiento era limitado (Van Hecke, Goeman, Beeckman, Heinen & Defloor, 2011). Estos datos van en consonancia con los extraídos de nuestro estudio, ya que solo uno de cada cuatro alumnos (25,9%) de la Universidad de Alicante manifestaron sentirse preparados para tratar este tipo de lesiones, pese a tener muchas más horas lectivas dedicadas al aprendizaje de úlceras que los alumnos del mencionado estudio.

En cuanto a la formación que reciben los profesionales de Enfermería en úlceras de extremidad inferior, las referencias bibliográficas también son escasas. En un estudio que se realizó en 2001, de 29 enfermeras que respondieron a un cuestionario donde se les preguntaba sobre sus conocimientos de enfermería en el tratamiento de úlceras de pierna, solamente 6 (20,7%) habían recibido algún tipo de formación en los últimos 3 años (Dealey, 2001). Por su parte, Dugdall y Watson (2009) llevaron a cabo un estudio cualitativo con 156 enfermeras donde se tenía en cuenta la relación entre la actitud de las enfermeras en la práctica basada en la evidencia y la selección de los procedimientos del cuidado de las heridas. Los resultados del estudio mostraron que las enfermeras mejor cualificadas y con mejor formación académica obtuvieron una puntuación más alta en cuanto al conocimiento de heridas que las enfermeras que solo habían recibido una formación básica. En otro estudio encontrado, solo el 49% de las enfermeras que participaron hizo una evaluación clínica de las úlceras, la cual consistía en una

inspección minuciosa de la úlcera y la piel perilesional, la descripción de la úlcera a los observadores y la palpación de la pierna en el transcurso del tratamiento. Ninguna de las enfermeras palparon los pulsos pedios y solo el 54% inspeccionó ambos pies (Ribu, Haram & Rustøen, 2003).

Martin (2014) manifiesta que muchas enfermeras perciben su nivel de conocimiento como insuficiente cuando se trata de diagnosticar y tratar las UEI y que estas dependen en gran medida del conocimiento que les transmiten sus compañeros o de su propia experiencia. Esto nos hace pensar sobre la importancia que tiene una buena formación universitaria y post-universitaria, ya que a pesar de los años de experiencia, los profesionales de Enfermería consideran que sus conocimientos son insuficientes y los estudios encontrados nos corroboran esta idea. En Reino Unido, Adderley & Thompson (2014) se centraron en los juicios de 36 enfermeras a la hora de la toma de decisiones sobre la gestión de las UEI. Los resultados mostraron que el juicio y la toma de decisiones a la hora de diagnosticar fueron un reto para las enfermeras; alcanzaron una precisión diagnóstica de 0,48 cuando deberían de haber logrado un 0,63 y en cuanto al tratamiento, deberían de haber alcanzado un 0,88 de precisión y solo obtuvieron un 0,49. Esto puede ser debido a que las enfermeras han sido formadas enfocando su formación y conocimientos al tratamiento y no tanto al diagnóstico (Martin, 2014).

Estas ideas corresponden con lo que podemos observar día a día en la universidad, ya sea en clase o en los seminarios prácticos. Casi toda la docencia va encaminada al tratamiento, olvidándose casi siempre del diagnóstico. Este problema también lo podemos ver en los cursos, charlas y talleres que se imparten a estudiantes y profesionales, ya que estos van orientados al conocimiento de apósitos, productos y diversas estrategias de tratamiento que se puedan seguir. Es necesaria una formación continuada que garantice que los profesionales de Enfermería están actualizados y preparados para diagnosticar correctamente estas lesiones. Es de vital importancia que las enfermeras tituladas contemplen más opciones a la hora de diagnosticar que solo la de úlcera venosa, ya que como hemos podido comprobar la úlcera de Martorell está infradiagnosticada. Después de realizar el cuestionario, muchos profesionales nos comunicaron que no sabían que existía tal diagnóstico; esto significa que si no se diagnostica correctamente, no se trata adecuadamente y, por tanto, nunca llega a curar. Así, la educación y la formación es vital para proporcionar cuidados de enfermería de calidad a los pacientes con úlceras de extremidad de inferior (Martin & Duffy, 2011).

6. Conclusiones

Como hemos comprobado, la formación universitaria sobre las UEI resulta imprescindible para desarrollar una buena labor profesional en el futuro. Nos sorprende que no se le preste la suficiente atención a este tema, ya que como podemos observar en nuestros resultados, la calidad de la formación influye directamente en el juicio profesional en la toma de decisiones y en el tratamiento a administrar. Este aspecto se podría solucionar revisando las guías académicas del grado en Enfermería para analizar cuántas horas se invierten en la formación de úlceras de extremidad inferior. Otro punto interesante sería hacer asignatura obligatoria la optativa de “Atención Integral al paciente con Heridas Crónicas”, ya que hemos podido comprobar que los alumnos que la cursaron tuvieron un porcentaje de aciertos mucho mayor que los que no la cursaron. Dados los resultados de los análisis estadísticos, esto mejoraría la capacidad diagnóstica de los estudiantes y futuros profesionales de Enfermería

Por otro lado, la formación post-universitaria es un reto en la actualidad. En base a nuestros resultados podemos afirmar que se necesita un cambio, ya que solo el 3,9% de los profesionales de Enfermería encuestados acertaron el diagnóstico de úlcera de Martorell para el caso clínico propuesto. Estos datos son muy preocupantes, ya que a diario se diagnostican y tratan a muchos pacientes con estas lesiones que perjudican gravemente su calidad de vida. Se podrían facilitar herramientas a los profesionales para que pudieran consultar lo que dice la evidencia científica, ofrecer clases, charlas y talleres específicos y encaminados al diagnóstico diferencial y al tratamiento de la úlcera de Martorell, así como impartir formación de cómo realizar una valoración completa cuando llega un nuevo paciente. También sería interesante la creación de puestos de trabajo solo orientados a diagnosticar y tratar las UEI, así como la creación de clínicas en las que los profesionales pudieran dedicarse de una manera interdisciplinar al cuidado de estas lesiones. Creemos que serían medidas muy eficaces para este problema, pero inviables en este momento. Así, en última instancia, es responsabilidad de los propios profesionales de Enfermería mantenerse actualizados en esta materia para ofrecer los mejores cuidados de enfermería al paciente.

7. Implicaciones para la práctica clínica

Como se ha visto, un diagnóstico diferencial correcto es imprescindible para un abordaje adecuado de estas lesiones, así pues, se hace necesario:

- Realizar una adecuada y exhaustiva valoración de la úlcera y la persona que la sufre, ya que la úlcera de Martorell tiene unas características muy específicas que se pueden identificar realizando una buena valoración.
- Gestionar adecuadamente el dolor que produce la úlcera en el paciente. Una de las características de este tipo de lesiones es el gran dolor que producen, por lo que es necesario tomar este aspecto como fundamental en los cuidados de enfermería.
- Otro punto muy importante en el abordaje de estas lesiones es el aspecto emocional y social de la persona que sufre la úlcera. Es importante no centrarse únicamente en el cuidado técnico de la herida y prestar atención a estos aspectos, ya que en muchas ocasiones las consecuencias de la úlcera (olor, exudado, dolor, picor, inflamación, etc.) hacen que la calidad de vida del paciente disminuya.
- Es primordial estar al día en lo que a evidencia científica se refiere, puesto que tener conocimientos en los últimos avances científicos nos va a garantizar muchas probabilidades de éxito en la curación de la lesión.
- Hay que contemplar más opciones de diagnóstico que la de úlcera venosa al observar este tipo de lesiones. El error más frecuente en la práctica clínica por los profesionales de Enfermería es pasar por alto otros diagnósticos que no sean el de úlcera venosa. Hay que tener muy en cuenta la localización, la historia clínica del paciente por si presenta HTA sistémica de larga evolución, el aspecto de la úlcera, los bordes y la expresión de dolor de la misma. Observando más detenidamente estos aspectos llegaremos a un diagnóstico diferencial correcto.
- Por último, es vital seguir apostando por más horas lectivas referidas a heridas crónicas en la carrera de Enfermería. Como hemos podido comprobar, la carencia de conocimientos de los profesionales de Enfermería en la práctica clínica viene dada por la falta de enseñanza de este tipo de lesiones en la universidad.

8. Referencias bibliográficas

- Adderley, U. J., Thompson, C. (2014). Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: A judgment analysis. *Int. J. Nurs. Stud.*, 52(1), 345-354. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.004
- Blanco, E., Gago, B., Murillo, D., & Domingo del Valle, J. (2011). Úlcera de Martorell: complicación infrecuente de la hipertensión de larga evolución. *Hipertens Riesgo Vasc.*, 28(5-6), 211-13. doi: 10.1016/j.hipert.2011.09.003
- Collado González, B. (2015). ¿Sabemos diagnosticar las úlceras de extremidad inferior? *Universidad de Alicante. Trabajo Fin de Grado.*
- Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior, CONUEI (2009). Documento de consenso. Madrid-Barcelona: EdiKaMed, S.L.
- Dealey, C. (2001). Case study methodology in tissue viability. Part 2: a study to determine the levels of knowledge of nurses providing care for patients with leg ulcers in an acute hospital setting. *Journal of Tissue Viability*, 11(1), 28–34. doi:10.1016/S0965-206X(01)80015-2
- Dissemond, J., Körber, A., & Grabbe, S. (2006). Differential diagnoses in leg ulcers. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 4, 627–634. doi:10.1111/j.1610-0387.2006.06052.x
- Dugdall, H. & Watson, R. (2009). What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures? *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1442-1450. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02715.x
- Frade-Lima, AP. et al. (2015). Martorell's ulcer: Diagnostic and therapeutic challenge. *Case Reports in Dermatology*, 7, 199-206. doi: 10.1159/000430884
- García-Fernández, FP; López-Casanova, P; Segovia-Gómez, T; Soldevilla-Agreda, JJ; Verdú Soriano, J. (2012). Unidad Multidisciplinares de heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.

- Garelli, G., D'angelo, J., & Morales, M. (2009). Úlcera de Martorell. *Flebología y Linfología. Lecturas vasculares*, 4(12), 737-42.
- González-Consuegra, R. V., & Verdú, J. (2011). Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 926–44. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05568.x
- Graham, I. D., Harrison, M. B., Shafey, M. & Keast, D. (2003). Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers. *Canadian Family Physician*, 49, 896–902.
- Malburg, B., Conceição, N., & Piñeiro-Madeira, J. (2006). Martorell's hypertensive ulcer: case report. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(5 Supl 3), 327-31.
- Martin, F. (2014). Educational challenges and requirements for managing leg ulcers in the community. *British Journal of Community Nursing*, 19(Supl. 6), 32-6. doi: 10.12968/bjcn.
- Martin, F., & Duffy, A. (2011). Assessing and managing venous leg ulcers in the community: a review. *British Journal of Community Nursing*, 16(Supl 12), 6-14. doi: 10.12968/bjcn.2011.16.Sup12.S6
- Nettel et al. (2013). Primer consenso latinoamericano de úlceras venosas. Resumen. *Revista Mexicana de Angiología*, 41(3), 95-126.
- Rendón-Elías, FG. et al. (2011). Úlcera en la pierna de etiología hipertensiva. *Medicina Universitaria*, 13(53), 144-149.
- Ribu, E., Haram, R., & Rustøen, T. (2003). Observations of nurses' treatment of leg and foot ulcers in community health care. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 30, 342–350. doi:10.1016/S1071-5754(03)00435-2
- Templeton, S. & Telford, K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse's role? *Wound Practice and Research*, 18(2), 72-74.
- Van Hecke, A., Goeman, C., Beeckman, D., Heinen, M., & Defloor, T. (2011). Development and psychometric evaluation of an instrument to assess venous leg ulcer lifestyle knowledge among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2574–85. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05683.x

- Velasco, M. (2011). Diagnostic and treatment of leg ulcers. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 102(10), 780–90. doi:10.1016/j.ad.2011.05.005
- Vuerstaek, JDD., Reeder, SWI., Henquet, CJM. & Neumann, HAM. (2010). Arteriolosclerotic ulcer of Martorell. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 867-874. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03553.x
- Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. (2014). Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review*, 61, 194-202. doi: 10.1111/inr.12088.

9. ANEXOS

TRABAJO DE FIN DE GRADO 2015/2016

INFORMACIÓN DEL PROYECTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Línea del Trabajo de Fin de Grado:

Atención integral a los pacientes en riesgo de padecer o con heridas crónicas.

Estudio:

Conocer si las/os enfermeras/os tituladas/os y los estudiantes de Enfermería saben diagnosticar y tratar un determinado tipo de úlcera de la extremidad inferior.

Este trabajo/proyecto de investigación es llevado a cabo por la alumna de 4º de Grado de Enfermería de la Universidad de Alicante, Gemma Muñoz Espín, y bajo la tutorización del profesor José Verdú Soriano.

Solicitamos su colaboración para este estudio mediante la contestación de una encuesta que le facilitaremos y en la cual se le presentará el caso de una paciente con un determinado tipo de herida crónica. A continuación, se le plantearán varias cuestiones que deberá responder en base a sus conocimientos y experiencia.

La participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria.

La alumna Gemma Muñoz Espín y su tutor, José Verdú Soriano, se comprometen a tratar los datos de esta encuesta solo con fines orientados hacia la investigación y realización de este trabajo. Su identidad quedará totalmente en el anonimato cumpliendo así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Así, aceptando este documento y participando en nuestra encuesta, da su consentimiento para que se utilicen los datos y la información que extraigamos de la misma con el fin de elaborar este Trabajo de Fin de Grado.

Muchas gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO: ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA

- **Edad:** _____
- **Sexo:** Masculino / Femenino
- **Curso:** _____
- **¿Has cursado la optativa de Heridas Crónicas? Sí / No**
- **¿Tienes conocimientos previos sobre el diagnóstico y tratamiento de las heridas crónicas? Por haber realizado cursos, talleres, charlas, etc.**
Sí
No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿podrías indicar cuál?: _____

- **¿Te sientes preparado para diagnosticar y tratar este tipo de heridas?**
Sí
No

CASO:

M.H.G. es una señora de 70 años de edad que acude al centro de salud con la lesión que se presenta en la imagen. Refiere que hace unos meses se dio un golpe con el canto de una mesita de noche. Inicialmente tuvo un hematoma al que no dio importancia, que luego acabó en una herida que fue evolucionando mal hasta la actualidad. Ha sido tratada con diferentes productos desde el inicio de la herida hasta la actualidad.

Como datos complementarios, la señora no tiene diabetes mellitus, presenta ligera insuficiencia renal, sobrepeso e hipertensión arterial mal controlada desde hace más de 10 años. Los pulsos en la extremidad están presentes.

Respecto a la herida, además de las características que se pueden ver en la imagen, presenta exudado de moderado a abundante y en una escala de 0-10, refiere 7 de dolor.

(Agradecimientos a Pablo López por la cesión de la imagen).

- ¿Cuál es el diagnóstico para esta úlcera? _____
- ¿En qué te has basado para realizar el diagnóstico diferencial?
- ¿Cómo la tratarías?

¿La desbridarías? Sí / No

¿Con qué limpiarías el lecho de la herida? _____

¿Qué tipo de apósito le pondrías? _____

¿Cada cuánto lo cambiarías? _____

CUESTIONARIO: PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HGUA

- **Edad:** _____
- **Sexo:** Masculino / Femenino
- **Unidad en la que trabajas:** _____
- **¿Tienes conocimientos previos sobre el diagnóstico y tratamiento de las heridas crónicas?**

Sí

No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿podrías indicar cuál?: _____

- **¿Te sientes preparado para diagnosticar y tratar este tipo de heridas?**

Sí

No

CASO:

M.H.G. es una señora de 70 años de edad que acude al centro de salud con la lesión que se presenta en la imagen. Refiere que hace unos meses se dio un golpe con el canto de una mesita de noche. Inicialmente tuvo un hematoma al que no dio importancia, que luego acabó en una herida que fue evolucionando mal hasta la actualidad. Ha sido tratada con diferentes productos desde el inicio de la herida hasta la actualidad.

Como datos complementarios, la señora no tiene diabetes mellitus, presenta ligera insuficiencia renal, sobrepeso e hipertensión arterial mal controlada desde hace más de 10 años. Los pulsos en la extremidad están presentes.

Respecto a la herida, además de las características que se pueden ver en la imagen, presenta exudado de moderado a abundante y en una escala de 0-10, refiere 7 de dolor.

(Agradecimientos a Pablo López por la cesión de la imagen).

- ¿Cuál es el diagnóstico para esta úlcera? _____
- ¿En qué te has basado para realizar el diagnóstico diferencial?
- ¿Cómo la tratarías?

¿La desbridarías? Sí / No

¿Con qué limpiarías el lecho de la herida? _____

¿Qué tipo de apósito le pondrías? _____

¿Cada cuánto lo cambiarías? _____