



TRABAJO FIN DE MÁSTER. Curso 2019 – 2020

Facultad de Enfermería

**Master Universitario en Gestión Integral e
Investigación de las Heridas Crónicas**

DE CANTABRIA
UNIVERSIDAD

Investigación de las Heridas Crónicas

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN
PRIMARIA SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE
HERIDAS CRÓNICAS DE ETIOLOGÍA VENOSA.
ESTUDIO DESCRIPTIVO**

*DEGREE OF KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE NURSING PROFESSIONAL ON
PREVENTION AND TREATMENT OF CHRONIC WOUNDS OF VENOUS
ETIOLOGY. DESCRIPTIVE STUDY*

AUTOR: Daniel de la Cruz Tomé

TUTOR: María José Noriega Borge

Dedicatoria:

A Toñi y Mario, lo mejor de mi vida. Sin ellos no hubiese llegado hasta aquí.

Agradecimientos:

A mi tutora, mi mejor guía.

A mis compañeros del Máster, amigos y familiares, que en lo poco o en lo mucho, me han ayudado a lo largo de este camino..., en especial a Nuria. A todos y todas, ¡¡GRACIAS!!

ÍNDICE GENERAL

	Pág
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ABREVIATURAS	7
I. INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	8
1.1. Perspectiva Histórica	
1.2. Definición, epidemiología, costes	
1.3. Calidad de vida	
1.4. Diagnóstico y tratamiento	
1.5. Estado actual del conocimiento	
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	19
II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	
1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	19
2. OBJETIVOS	20
2.1. Objetivo Principal	
2.2. Objetivo secundario	
III. METODOLOGÍA	
1. DISEÑO	20
1.1. Tipo de estudio	
1.2. Ámbito	
2. DURACIÓN DEL ESTUDIO	20
3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	21
4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	21
4.1. Criterios de elegibilidad	
4.2. Criterios de inclusión	
4.3. Criterios de exclusión	
5. TAMAÑO MUESTRAL Y MUESTREO	21
6. VARIABLES DE ESTUDIO	22
6.1. Variables del grado de conocimiento	

6.2. Variables Sociodemográficas		
7. FUENTES DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	.....	23
8. FIABILIDAD Y VALIDEZ	.....	24
9. PRUEBA PILOTO	.....	25
10. RECOGIDA DE DATOS	.....	25
11. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS	.....	25
12. SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	.....	26
IV. PLAN DE TRABAJO		
1. FASE INICIAL: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y PILOTAJE INICIAL.	.....	27
2. FASE CENTRAL: RECOLECCIÓN DE DATOS	.....	27
3. FASE FINAL	.....	28
3.1. Análisis de datos		
3.2. Resultados, conclusiones e informe final		
V. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN		
	.....	29
VI. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN		
	.....	29
VII. MEDIOS, RECURSOS DISPONIBLES, PRESUPUESTO SOLICITADO		
	.....	30
VIII. BIBLIOGRAFÍA		
	.....	31
IX. ANEXOS		
ANEXO I. CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS Y APTITUDES SOBRE LAS UV Y SU TRATAMIENTO	.....	35
ANEXO II. CONTENIDO Y PROCEDENCIA DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	.....	41
ANEXO III. HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO	.....	42
ANEXO IV. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO A LA COMISIÓN LOCAL DE INVESTIGACIÓN NOROESTE	.....	45

RESUMEN

Las heridas de las extremidades inferiores constituyen un importante problema de salud pública. Su abordaje representa una importante carga de trabajo tanto en términos de tiempo como de costes, principalmente en el primer nivel asistencial.

La úlcera venosa (UV) es la herida cutánea crónica más prevalente en consultas de Atención Primaria (AP). Las enfermeras que atienden a personas con úlceras en las piernas juegan un papel clave en la resolución de esta problemática de salud. Se ha demostrado que las enfermeras tienen lagunas de conocimiento en el cuidado de enfermería de úlcera venosa de la pierna. Existe la necesidad de aumentar el conocimiento sobre la UV, su prevención y cuidados de Enfermería.

Objetivo

Determinar el grado de conocimiento de las enfermeras de Atención Primaria sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa.

Metodología

Estudio descriptivo transversal con enfoque analítico. Las poblaciones de estudio serán profesionales de enfermería de una dirección asistencial de Atención Primaria de Madrid, que realicen su actividad asistencial en los centros de salud del ámbito de estudio. Se espera acceder al total de la población.

El instrumento a utilizar será un cuestionario de valoración de conocimientos autocumplimentado, con opciones de respuesta predefinidas, realizando una prueba piloto con una muestra pequeña para valorar aspectos de comprensión e interpretación de las preguntas. Se plantea un análisis teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y relacionadas con la formación previa y experiencia en AP y construir un modelo de regresión lineal o logística para explorar asociaciones.

Plan de Trabajo

El proyecto de investigación se llevará a cabo en el periodo de un año desde octubre de 2020 a octubre de 2021. Constará de tres partes: Una fase inicial con la presentación del proyecto y pilotaje inicial, una central con la puesta en marcha y recogida de datos y una fase final donde se realizará el análisis y se extraerán los resultados.

Palabras clave

- Conocimiento.
- Úlcera venosa.
- Atención Primaria
- Enfermería.

ABSTRACT

Lower extremity injuries are a major public health problem. Its approach represents an important workload both in terms of time and costs, mainly at the first level of care.

Venous ulcer is the most prevalent chronic skin wound in Primary Care consultations. Nurses who care for people with leg ulcers, play a key role in the resolution of this health problem. Nurses have been shown to have gaps in nursing care of venous leg ulcers. There is a need to increase knowledge about VU, its prevention and nursing care.

Objective

To know the degree of knowledge of the Primary Care nurses about prevention and treatment of chronic wounds of venous etiology.

Methodology

Cross-sectional descriptive study with an analytical approach. The study populations will be nursing professionals from a primary health care department in Madrid, who carry out their health care activities in the health centers of the study area. The total population is expected to be accessed.

The instrument to be used will be a self-completed knowledge assessment questionnaire, with predefined response options, conducting a pilot test with a small sample to assess comprehension and interpretation aspects of the questions. An analysis is proposed taking into account the sociodemographic variables and related to previous training and experience in PC and to build a linear or logistic regression model to explore associations.

Working plan

The research project will be carried out in a period of one year from October 2020 to October 2021. It will consist of three parts: An initial phase with the presentation of the

project and initial piloting, a plant with the commissioning and collection of data and a final phase where the analysis will be carried out and the results will be extracted.

Keywords

- Knowledge.
- Venous Ulcer.
- Primary Health Care.
- Nursing.

ABREVIATURAS

- **AP:** Atención Primaria
- **CFA:** Análisis factorial confirmatorio
- **CM:** Comunidad de Madrid
- **CONUEI:** Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior
- **DANO:** Dirección Asistencial Noroeste
- **EAP:** Enfermedad arterial periférica
- **EEII:** Extremidades inferiores
- **GNEAUPP:** Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
- **HTVA:** Hipertensión venosa ambulatoria
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **ITB:** Índice de presión tobillo-brazo
- **IVC:** Insuficiencia venosa crónica
- **LOPD:** Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal
- **RVPA:** Reflujo venoso patológico ambulatorio
- **SEHER:** Sociedad Española de Heridas
- **SERMAS:** Servicio Madrileño de Salud
- **TC:** Terapia Compresiva
- **UV:** Úlcera venosa

I. INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1 Perspectiva Histórica

“El cuidado de las heridas es un tema tan antiguo como la historia del hombre”, constituyendo desde sus orígenes, un gran problema para el ser humano (1).

En el antiguo Egipto, el papiro de Edwin Smith (1650 A.C), documento médico perteneciente a la dinastía XVII, que incluía descripciones anatómicas, aparece como uno de los primeros escritos, donde ya se narra cómo se aplicaban tratamientos para curar las heridas de guerra.

Los egipcios utilizaban mezclas de sustancias como la mirra, el barro, resinas de árboles, miel, gomas y sustancias oleosas en forma de fomentos o cataplasmas a modo de apósitos para el manejo de heridas; métodos plasmados en el papiro de Ebers (1559 A.C) siendo ésta una de las primeras referencias en la historia sobre la cura en ambiente húmedo, cuyo método moderno fue desarrollado originalmente por George Winter en 1962 (2). Además, los egipcios fueron pioneros en implantar los principios básicos para el cuidado de las heridas: *“lavar, cubrir e inmovilizar”* (3).

El proceso de curación de las heridas llevado a cabo por las antiguas civilizaciones o culturas a través de los tiempos, refleja las incertidumbres y variabilidad en su manejo; motivado por diversos condicionantes sociopolíticos, disponibilidad de recursos y dificultades de transmisión de conocimientos, entre otras causas.

Las diferentes lesiones se trataban con múltiples sustancias o materiales, cuyo uso no respondía a criterios basados en la evidencia, (dogmas, rituales...).

Con la práctica y el transcurso del tiempo se fueron perfeccionando, pretendiendo dar una explicación científica y aportar conocimientos a la cura de heridas, y a los procesos que determinan su aparición; origen de diversas teorías y un amplio abanico de procedimientos terapéuticos, encaminados a conseguir los mejores niveles de cicatrización y calidad de vida en las personas que las padecen (4).

En la actualidad, sin embargo, dicha heterogeneidad en el cuidado de las heridas crónicas, continúa siendo prevalente, motivada aún por la falta de conocimientos, (ligada a la transmisión durante siglos de prácticas no basadas en la evidencia o *“la*

estandarización de la curación universal) y la secundarización del problema por parte de la sociedad y los profesionales sanitarios (1).

Dentro de ellas, las heridas crónicas de etiología venosa han sido un problema de salud objeto continuo de estudio, que ha acompañado a la humanidad desde sus inicios, como demuestran registros históricos de diferentes civilizaciones a lo largo de la historia (5).

Aproximaciones históricas datan la aparición de las úlceras venosas (UV) hace 900.000 años, con el paso del hombre a una posición ortostática, origen probable de compresión en las venas ilíacas, ocasionando hipertensión venosa en las extremidades inferiores (EEII) por la ley de la gravedad; argumento documentado en el papiro de Ebers en Egipto en el año 1559 A.C.(5) y en el cual no se recomendaba su cirugía (6).

Existen referencias bíblicas en el antiguo testamento (800 A.C), que asocian las UV con una vida longeva, y describen el uso de vendajes de lino, junto a sustancias como el ácido bórico y emplastos de higos para la cicatrización de las mismas, además de la indicación de reposo (5).

Posiblemente fuera Hipócrates (460-377 A.C), el cual ya trataba las heridas con productos como el vino, la miel, cera de abejas, roble sagrado, aceite o azúcar, (creando una práctica que aún hoy en desuso, se mantiene),(1) quién a través de su obra *“De Ulceribus”*, estableciera la primera referencia científica acerca de las UV, reconociendo en ella la relación cierta entre las úlceras a nivel del tobillo y las venas varicosas.

Además de prevenir la aparición de este tipo de lesiones, enseñando a cuidar las venas superficiales, fue pionero en desarrollar un sistema primitivo de vendaje compresivo con el uso de esponjas y otras sustancias similares a las que usaban los egipcios, como tratamiento curativo (5). No obstante, aunque utilizaba los vendajes, defendía a través de su *“Teoría de los 4 humores”*, que las heridas deberían estar abiertas para que *“los malos humores puedan ser desterrados”*(4).

En la India, en el 200 A.C, el Sushruta Samhita, antiguo tratado de medicina tradicional, considerado texto fundamental del Ayurveda, describe en uno de los libros sobre técnicas quirúrgicas, la utilización de gusanos para retirar el tejido necrótico de las UV, junto a la recomendación de emplear vendajes de tela para su tratamiento(4)(5).

Además del uso de distintos materiales como el cuero, algodón, tendones o crin de caballo para el cuidado de las heridas, existían casos en los cuales utilizaban la mordedura de grandes hormigas, a las cuales se les seccionaba el cuerpo y se utilizaba

la cabeza de las mismas a modo de las actuales grapas para aproximar los bordes de la lesión (1).

En época romana, Aurelius Cornelius Celso (25 A.C-50 D.C), recomienda el uso de vendas de yeso y cataplasmas en el tratamiento de las UV, junto a la avulsión con un gancho romo de las venas varicosas (6) y médicos como Galeno (130-200 D.C), que defienden la venesección para favorecer el sangrado (4), promueven la aplicación de vendajes de compresión empapados en vino para la cicatrización de las UV, y espaciar la frecuencia de sus cambios(5)(1).

Durante la etapa medieval, Avicena, físico y filósofo persa del siglo X, que utilizaba compresas empapadas en vino para curar las UV, y defendía la “teoría humoral”(4), continuando el pensamiento aristotélico sobre el cuidado de este tipo de heridas, descubrió la relación entre el riesgo de aparición de UV y trabajar de pie, señalando la importancia del problema clínico- social que suponen y su etiopatogenia (5).

Durante quince siglos predominó entre los físicos o médicos la “Teoría Hipocrática de los humores”, llegando con plena vigencia hasta el siglo XVII, en la cual se creía que el origen de las varices era fruto del peso de la sangre estancada en las venas, considerándose perjudicial curar este tipo de úlceras; recelos no compartidos por Hipócrates, Celso y Galeno (6).

Ambroise Paré (1510-1590), padre de la cirugía, que fue pionero en tratar las heridas por armas de fuego con vendajes limpios y cambios frecuentes (3), estableció los fundamentos de la colocación de un vendaje compresivo en las UV, ejerciendo una presión decreciente, recomendando espaciar las curas, e incluyó además, como parte fundamental del tratamiento, un adecuado soporte nutricional al paciente (4).

Entre los siglos XVI y XIX, hubo muchos personajes destacados, (médicos, cirujanos e investigadores) que contribuyeron al avance y un mayor conocimiento de la enfermedad venosa.

Richard Wiseman (1622-1672) acuñó por primera vez el término úlcera varicosa (5). En 1797 Thomas Baynton describió un nuevo sistema de vendaje compresivo, conocido como “cura Baynton” que revolucionó el tratamiento conservador de las UV, basándose en la aplicación de un emplasto, utilización de tiras adhesivas entrecruzadas en espiral, mojadas en agua fría, y la movilización precoz de la extremidad, consiguiendo un tratamiento costoefectivo y funcional , que se convirtió en la terapia de primera elección más utilizada en Europa para el abordaje y cicatrización de las úlceras varicosas y

heridas crónicas de la pierna, sentando las bases empíricas de la actual “terapia de compresión (TC)” (7) (6) (4).

John Gay en 1868, observó que las úlceras, no eran consecuencia directa de las varices(6), e introdujo los términos “úlceras venosas” y “úlceras arteriales”(4)(5). A finales del siglo XIX, Paul Gerson Unna crea “la bota de gelatina” o “bota de Unna”, utilizando una pasta compuesta por vendas empapadas en una mezcla de óxido de zinc, gelatina, glicerina y agua, la cual sigue siendo actualmente el tratamiento de elección de TC en Estados Unidos (5) (4).

En el siglo XX desde mediados de los años veinte, se perfecciona la fabricación de vendajes compresivos elásticos, normalizándose el uso de la terapia compresiva desde la década de los 50 en la UV (4).

Desde entonces y sobre todo en las dos últimas décadas, coincidiendo con un mayor conocimiento en la fisiopatología y el manejo avanzado de este tipo de lesiones, han surgido nuevas tecnologías para su tratamiento y prevención.

1.2 Definición, epidemiología, costes

“La úlcera venosa (UV) es el estadio clínico final de la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA) de larga evolución, clínicamente mal tolerada. La HTVA es la consecuencia directa de la alteración hemodinámica provocada por el reflujo venoso patológico ambulatorio (RVPA) y generada por una incompetencia valvular primaria (disfunción valvular primaria)”(8).

- Fisiopatología

La úlcera activa constituye la fase más evolucionada y grave de la insuficiencia venosa crónica (IVC) (9). Son lesiones con pérdida de sustancia cutánea, localizadas en la extremidad inferior, entre la rodilla y la articulación del tobillo, que aparecen sobre zonas de la piel pre-ulcerosas, afectadas por una dermatitis de éstasis, con una evolución de 4 a 6 semanas cuyo origen etiológico es la IVC severa (10), siendo los traumatismos el desencadenante más frecuente, aunque también pueden aparecer de forma espontánea, y cuyo proceso de reparación no responde al intervalo temporal esperado (8) (4).

- Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de una UV confirmados en estudios incluyen: exceso de índice de masa corporal (IMC) y obesidad, falta de actividad física y tensión arterial sistólica alta para ambos sexos; menopausia tardía y actividades profesionales sedentarias para mujeres; y hábito tabáquico para los hombres. Después de una revisión sistemática realizada 20 años después del Estudio Framingham, Robertson et al (11) establecieron una diversidad de factores de riesgo para la insuficiencia venosa crónica primaria. Entre los mismos se incluyen, el aumento de la edad ligado al envejecimiento poblacional, antecedentes familiares positivos, género, obesidad, embarazo, actividades profesionales con movilidad reducida, tabaquismo, pobre consumo de fibra y estreñimiento.

- Epidemiología

Las heridas crónicas de las EEII constituyen un importante problema de salud pública, para pacientes, sistemas sanitarios y sociedad. Conduce a importantes cargas de trabajo tanto en términos de tiempo invertido como de costes al aumentar las consultas de enfermería, principalmente en Atención Primaria, como revela un estudio llevado a cabo en España en el año 2015 en un área sanitaria de Castellón (12).

La prevalencia de heridas crónicas aumenta con la edad (13) y con el envejecimiento progresivo de la población, el número de personas con UV se ha incrementado, lo que acarrea esfuerzos mayores para abordar el problema (14).

La evidencia reciente confirma esta tendencia, pero también muestra que la prevalencia de UV varía considerablemente según la región geográfica, siendo más alta en países occidentales industrializados donde es aproximadamente del 1% (13).

En torno al 80% del total de heridas de EEII son UV (9). Los datos de prevalencia actual rondan del 0.5% al 0.8%, duplicándose en pacientes mayores de 65 años. La incidencia es de 2 a 5 casos nuevos por 1000 personas por año, estimándose que hay más de 300.000 pacientes. En relación al perfil de paciente o persona afectada, las UV son más frecuentes en mujeres (65%-70%), en proporción de 3:1 en relación a los varones (14).

El primer estudio nacional de prevalencia de úlceras de pierna en España, elaborado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en el año 2002-2003 concluye, que la úlcera venosa, es la herida cutánea crónica más prevalente en consultas de Atención Primaria (15).

En España, el estudio DETECT-IVC desarrollado en el año 2006, confirma la elevada prevalencia (71%) de la insuficiencia venosa crónica en Atención Primaria, revelando que el 2,5% de la población atendida en sus consultas tienen úlceras venosas, aumentando dicha tasa en mujeres y población anciana.(16)(17).

Al menos el 10% de la población desarrollará una herida crónica a lo largo de su vida, y la tasa de mortalidad relacionada con estas lesiones es del 2.5% (14). Se estima que entre el 40% y 50% permanecen activas entre 6 y 12 meses, y el 10% hasta 5 años. Solamente un 20% se cura en menos de 3 meses, el 50% tarda más de 1 año en sanar, el 20% tarda más de 2 años y el 10% restante nunca se cura (14).

Por tanto, se hace necesario desarrollar estrategias de prevención y servicios de tratamiento rentables y basados en evidencias, para ayudar a prevenir estas úlceras, facilitando su curación cuando ocurren, y previniendo las recidivas (18).

- Costes

El manejo de esta patología supone, para los sistemas de salud, unos enormes costes (directos e indirectos), debido a su cronicidad, infecciones y hospitalización por complicaciones (19).

En Europa, el coste del tratamiento de las heridas crónicas de etiología venosa representa aproximadamente el 1% del presupuesto global. Estudios llevados a cabo en Reino Unido revelan que el 2% del presupuesto anual nacional de salud se gasta en la atención de UV (14).

En EE.UU los costes anuales acumulados atribuibles a la prescripción de medicamentos, visitas a urgencias, atención sanitaria a domicilio, consultas ambulatorias y hospitalizaciones en los 12 meses posteriores a la ulceración inicial se calcularon en 2611 dólares para pacientes asegurados por Medicare, y 3066 dólares para pacientes con cobertura sanitaria privada, estimándose unos costes totales que podrían alcanzar globalmente los 15 mil millones de dólares anuales (11).

A todos estos costes sanitarios, hay que añadir los relacionados con el absentismo laboral que provocan, lo que se traduce en pérdidas de empleo y su repercusión e impacto sobre los ingresos familiares y aspectos anímicos del paciente/entorno (20).

1.3 Calidad de vida

Además del gravamen socioeconómico que suponen, las UV también tienen un impacto negativo en términos de calidad de vida de los pacientes, interfiriendo en el funcionamiento social de las personas que las padecen (21), a causa del dolor, el exudado que provocan, la restricción de su movilidad y el trastorno de la imagen corporal (22) .

Existen diversos estudios donde se ha evaluado la calidad de vida de pacientes con heridas crónicas de extremidades inferiores, como el realizado por Lozano et al. (23) del cual se concluye que, padecer o haber sufrido las consecuencias de una úlcera de EEII, empeora su calidad de vida. Palfreyman et al. (24), afirman que este tipo de pacientes, obtienen puntuaciones de calidad de vida inferiores en relación a la población no afectada por esta patología.

Una revisión integradora llevada a cabo en 2011 por González - Consuegra et al. (25), describió como “profundo” el impacto de las UV en la calidad de vida. Por tanto, es importante llevar a cabo una atención integral no centrándose únicamente en aspectos técnicos del cuidado de la lesión, sino también adoptar un enfoque más global y holístico, centrado en el paciente, *“es decir, ir más allá de la herida en sí y considerar al paciente en su conjunto.”*

1.4. Diagnóstico y Tratamiento

Un correcto diagnóstico diferencial de la UV, llevado a cabo en consulta de enfermería de Atención Primaria, se fundamenta en tres pilares básicos: Anamnesis completa, examen físico (palpación pulsos tibiales y examen de la piel) y pruebas complementarias (Doppler/medición de ITB, Eco-Doppler) (8)(9)(10).

Como puede observarse en la *Figura 1*, el diagnóstico a través de la palpación de pulsos tibiales y examen de la piel, permite establecer una clasificación de las úlceras de la extremidad inferior.

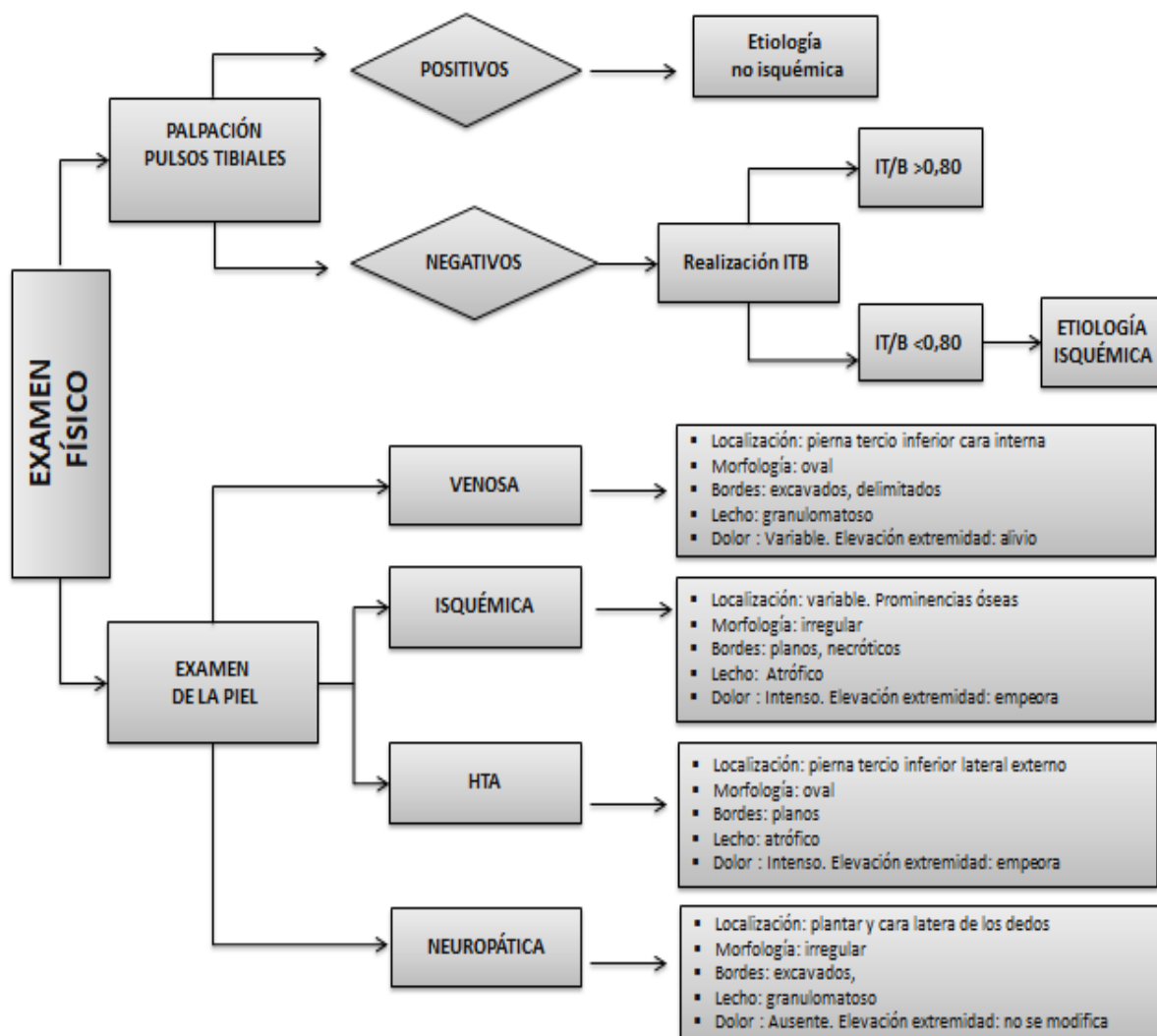


Figura 1. Diagrama de diagnóstico, adaptado de "Orientación inicial de la etiología de la úlcera en función del ITB y de la localización". Documento Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI)(8).

Todavía falta información suficiente, que nos permita conocer si algunas pruebas diagnósticas como el índice de presión tobillo-brazo (ITB), que constituye la principal técnica diagnóstica ambulatoria, por su sencillez y bajo coste para valorar la presencia de la enfermedad arterial periférica (EAP), se realiza habitualmente; y los datos sobre tasas de curación de este tipo de heridas (14).

Un diagnóstico correcto de la lesión ayudará a seleccionar el tratamiento posterior. Además, si este tratamiento se basa fundamentalmente en la terapia compresiva para la

corrección de la IVC, sumado a la cura en ambiente húmedo (22) (4), las tasas de cicatrización aumentarían significativamente, (14) conformando un elemento central para su abordaje junto con la prevención; recomendaciones asentadas en las guías de práctica clínica basada en la evidencia científica (26).

La responsabilidad de la prevención y tratamiento de heridas en la práctica profesional, se atribuye a la profesión enfermera, lo que se convierte en un reto que requiere conocimiento, competencia, especificidad, y enfoque holístico (27). Un conocimiento profundo sobre el cuidado de UV basado en evidencias es fundamental para proporcionar una atención adecuada (28).

Los profesionales de enfermería del primer nivel asistencial, tienen un rol protagonista en el cuidado de pacientes con este tipo de lesiones y son pieza clave para reducir su alta prevalencia (29).

Una estructura sanitaria organizada en torno a este problema, como son las unidades multidisciplinarias de heridas crónicas, dirigidas por una enfermera experta en heridas, sumado a una coordinación entre niveles asistenciales (29), conducen a mejoras terapéuticas y garantiza enfoques diagnósticos correctos para este tipo de lesiones (14).

1.5. Estado actual del conocimiento

A pesar de que son pocos los estudios que se centran en el conocimiento enfermero sobre tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa, la literatura revela que las enfermeras, frecuentemente, tienen competencias y conocimientos inadecuados sobre la terapia de compresión, la educación sanitaria del paciente, la fisiopatología y el proceso de curación de las UV y su correcto tratamiento en general (28). Todavía perduran en el ambiente de cuidado, errores conceptuales sobre este problema, que a menudo contribuyen al fracaso del tratamiento.

En Finlandia en el año 2014, las conclusiones del estudio de la Universidad de Turku, también pusieron de relieve que las enfermeras no utilizaban las fuentes de evidencia lo suficientemente bien como para mejorar los resultados de curación de UV y el bienestar de los pacientes, identificándose brechas de conocimiento en el diagnóstico, fisiopatología y tratamiento de las UV, (cuidados de enfermería, vendajes y terapia compresiva). Este estudio señala una falta de conocimientos relacionados con la fisiopatología de las UV, su proceso de curación y cómo esto influye en los cuidados a proporcionar (13).

En el Reino Unido, Adderley y Thompson en el año 2015, observan que la calidad de los juicios clínicos de diagnóstico y tratamiento a menudo no son óptimos. El diagnóstico erróneo, que conlleva opciones de tratamiento inadecuadas, puede afectar las tasas de curación, la calidad de vida de pacientes, su seguridad y los costes de atención. Los juicios clínicos y las decisiones, tomadas por las enfermeras que manejan las UV, son complejas e inciertas en la mayoría de casos, y parte de la variabilidad en los juicios y las elecciones puede explicarse por las formas en que las enfermeras procesan la información y manejan las incertidumbres (30). Los errores resultantes de una confianza excesiva o insuficiente en la fase de diagnóstico, pueden influir en las opciones terapéuticas elegidas; y, por lo tanto, aumentar las posibilidades de error (31).

En Alemania, en el año 2016 los hallazgos de un estudio nacional pusieron de manifiesto que, aun siendo una medida terapéutica básica en las UV, un tercio de todos los pacientes no recibió terapia compresiva (11). Este mismo estudio plantea como posible herramienta para mejorar el uso de la terapia multicomponente, incluir la formación y capacitación coordinada y estandarizada de pacientes y profesionales. Además, revela que, en las escuelas y facultades de enfermería, el plan de estudios en promedio prevé 1 a 2 horas para dedicar a la terapia de compresión y en las facultades de medicina este tema rara vez se enseña.

En España, la bibliografía existente sobre la frecuencia de este problema en Atención Primaria es insuficiente. También, existen problemas metodológicos en diferentes estudios de ámbito nacional e internacional.

Los resultados del estudio ATENEA, realizado a nivel nacional en el año 2013, constatan que la formación sobre el abordaje de heridas (tanto agudas como crónicas) de las enfermeras es insuficiente, en todos los niveles asistenciales (32).

Otro estudio llevado a cabo en el año 2015 en el área sanitaria de Ferrol destaca que el nivel de conocimiento, acceso e identificación de guías de práctica clínica, protocolos o documentos de consenso de las enfermeras no es el adecuado, a pesar de la formación recibida, considerándose medio o muy bajo en la mayoría de casos (33).

El estudio EDIPO, de ámbito nacional y más representativo, desarrollado en el año 2019, evaluó la variabilidad existente entre profesionales que atienden en su praxis frecuente a personas con heridas crónicas en EEII, en los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, especializada y sociosanitaria), en relación a los cuidados enfermeros proporcionados.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, que la suma de una mayor experiencia profesional y nivel formativo, relacionado con el manejo de las heridas crónicas, mejora la práctica clínica habitual, tanto en prevención como en tratamiento, basada en recomendaciones con evidencia científica (34).

Este estudio destaca, que las UV son las lesiones que tratan los profesionales enfermeros con más frecuencia, y pone de manifiesto también las carencias formativas existentes actualmente, pues a pesar de haber recibido un 92,4% algún tipo de formación en el manejo de heridas, uno de cada dos, lo ha hecho a través de cursos con una carga lectiva inferior a 100 horas, lo cual se ha demostrado ser insuficiente a nivel cuantitativo.

Se demuestra por tanto que las enfermeras tienen lagunas de conocimiento en el cuidado de heridas crónicas de etiología venosa (13), barreras que dificultan la puesta en marcha de los mejores cuidados, provocando variaciones en la práctica clínica (18). Se pone de manifiesto la necesidad de aumentar el conocimiento sobre las UV, tanto desde la prevención como de los cuidados por parte de enfermería (35).

La formación continuada es esencial para avanzar y mejorar las tasas de curación y la calidad de vida de las personas que presentan una UV, proporcionando una atención integral, basada en evidencias y costo efectiva (36).

Destacar la necesidad de involucrar a los profesionales en la puesta en práctica de cualquier recomendación, protocolo o guía clínica, a fin de conseguir mejores resultados (37), dado que se estima que en España aproximadamente 20.000 profesionales se dedican al manejo de este tipo de lesiones (34).

Todavía no se disponen de suficientes instrumentos válidos y confiables para evaluar el conocimiento sobre las UV, que puedan usarse para identificar lagunas en el conocimiento de las enfermeras o estudiantes de enfermería. La identificación de estas fisuras es importante para abordarlas en la educación básica de enfermería, en la capacitación de posgrado y en la práctica clínica para optimizar el cuidado de las UV. Además podrían usarse en estudios donde se evalúa la efectividad de programas educativos sobre el conocimiento de UV (28).

En resumen, toda la literatura y los estudios de investigación llevados a cabo, nos dicen que se ha de seguir trabajando en mejorar los cuidados para prevenir las UV y aplicar los mejores tratamientos disponibles, a través de prácticas basadas en la evidencia.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con este tipo de lesiones crónicas en Atención Primaria, constituyen una pieza fundamental dentro del sistema sanitario, asumiendo un papel protagonista en la prestación de sus cuidados, en el marco de un enfoque integral, multidisciplinar y colaborativo entre niveles asistenciales, que proporcione una adecuada atención a este importante problema de salud.

Garantizar la calidad de vida y de los cuidados proporcionados a pacientes que padecen esta patología, implica poder contar en las consultas de enfermería con profesionales capacitados, que posean el mejor conocimiento científico disponible sobre las heridas crónicas de etiología venosa.

A día de hoy, ¿Cuál es el grado de conocimiento de los profesionales enfermeros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (CM) sobre prevención y tratamiento de las UV?

Analizar el conocimiento enfermero existente en prevención y tratamiento de las UV, supone una acción determinante e indispensable, como punto de partida para evaluar la realidad en la que se encuentra la enfermería en nuestro ámbito asistencial, y diseñar las estrategias correctoras oportunas, dirigidas a subsanar eficazmente los problemas existentes relacionados con el uso de la mejor evidencia disponible, actualizada a la práctica clínica, para la curación de este tipo de lesiones (37)(29).

Por todo lo expuesto anteriormente, se observa la necesidad de disponer de más información sobre el nivel de conocimiento general sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa, en el momento actual.

Para ello se plantea este estudio, que pretende obtener una medida real del nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros de la Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria (DANO) de la Comunidad de Madrid, que atienden a pacientes con UV.

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En este estudio, no formularía hipótesis porque el propósito de la investigación es descriptivo: el objetivo no es evaluar una hipótesis de trabajo. No pronostico un hecho o

un dato, aunque asumo que los resultados encontrados en referencia al grado de conocimiento previo serán desfavorables en base a estudios previos.

Quizás formularía una hipótesis del tipo: ¿El grado de conocimientos de enfermería en Atención Primaria es bajo en relación al diagnóstico y cuidados de la persona con úlcera venosa?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Principal

Determinar el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería en Atención Primaria, sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa.

2.2. Objetivo secundario

Describir la posible relación existente entre el nivel de conocimientos de los profesionales, la formación y la experiencia profesional.

III. METODOLOGÍA

1. DISEÑO

1.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal con enfoque analítico para medir el grado de conocimiento.

1.2. Ámbito

Una dirección asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

2. DURACIÓN DEL ESTUDIO

La duración del estudio será de un año. Se llevará a cabo en el periodo comprendido desde octubre de 2020 a octubre de 2021. Constará de tres fases: Una fase inicial con la presentación del proyecto y pilotaje inicial, una central con la puesta en marcha y recogida de datos y una fase final donde se realizará el análisis y se extraerán los resultados, según el cronograma de trabajo propuesto y que se especifica detalladamente más adelante.

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Profesionales de enfermería de los centros de salud de Atención Primaria, de la Dirección Asistencial Noroeste de la Comunidad de Madrid.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.1. Criterios de elegibilidad

Profesionales de enfermería que realicen su actividad asistencial en los centros de salud del ámbito de estudio.

4.2. Criterios de inclusión

Cualquier profesional que realice su actividad asistencial en los centros de salud del ámbito de estudio, a fecha de 1 de octubre de 2020.

4.3. Criterios de exclusión

Serán excluidos aquellos profesionales que no tengan más de un año de experiencia, o bien estén realizando suplencias de corta duración. Se excluirá a las enfermeras con trabajo exclusivo en pediatría.

5. TAMAÑO MUESTRAL Y MUESTREO

Se espera acceder al total de la población objeto de estudio; no se aplicará por tanto ningún procedimiento de muestreo. A posteriori o finalización del estudio, se calculará la potencia estadística de los resultados (post-hoc) con el programa estadístico Epidat 4.2 o G*Power. Señalar que las enfermeras que vayan a contestar al cuestionario empleado son sujetos de estudio.

Previamente al inicio del estudio, el investigador principal contactará con la Dirección Asistencial Noroeste solicitando un listado actualizado, en el que figuren el número de enfermeras en activo por cada centro de salud.

De esta manera, la muestra estará formada por el número total de cuestionarios respondidos por dichos profesionales de enfermería. Obtenida ésta, se calcularán los índices de error del estudio y su representatividad.

6. VARIABLES DE ESTUDIO

6.1. Variables del grado de conocimiento

Grado de conocimiento enfermero sobre prevención y diagnóstico de las UV, sobre tratamiento de UV y terapia utilizada.

- Conocimiento enfermero sobre prevención y diagnóstico de las UV:
Nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros de Atención Primaria objeto de estudio, sobre prevención y diagnóstico de las úlceras de etiología venosa. Nivel de conocimientos expresado como: bajo, medio, alto. Variable cualitativa ordinal politómica.
- Conocimiento enfermero sobre tratamiento de las UV:
Nivel de conocimientos de los profesionales enfermeros de Atención Primaria objeto de estudio, sobre tratamiento de las úlceras de etiología venosa y terapia utilizada. Nivel de conocimientos expresado como: bajo, medio, alto. Variable cualitativa ordinal politómica.

6.2. Variables Sociodemográficas

Relacionadas con los datos personales y profesionales de los participantes:

- Sexo: (Mujer/Hombre). Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Edad (años): Variable cuantitativa continua.
- Experiencia profesional en Atención Primaria: (años de vida profesional). Nivel de experiencia de los profesionales enfermeros en Atención Primaria, expresado en años, desde la finalización de la carrera. Variable cuantitativa discreta.
- Formación previa relacionada con las heridas crónicas en los últimos 5 años: (SI/NO). Determinación del número de profesionales enfermeros de Atención Primaria formados en heridas crónicas, expresado de manera afirmativa o negativa. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Tipo de formación en el ámbito de las heridas crónicas: Modalidad de actividad formativa posgrado, llevada a cabo por los profesionales de enfermería de Atención Primaria en el ámbito de las heridas crónicas. Modalidad expresada como: Curso online, curso presencial, experto universitario o Master en heridas crónicas. Variable cualitativa nominal politómica.

7. FUENTES DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El instrumento de medición será un cuestionario de valoración de conocimientos auto-administrado, denominado “Conocimientos y aptitudes sobre las UV y su tratamiento” (Anexo I) con opciones de respuesta predefinidas, que recogerán variables sociodemográficas de los participantes y preguntas generales acerca de las úlceras de etiología venosa; su prevención, diagnóstico y tratamiento, incluida la terapia aplicada por los profesionales en el manejo de este tipo de lesiones (38).

Con este método de auto-informe se obtendrá la información a través del cuestionario, sin interacción entre sujeto y observador.

Se realizará una prueba piloto con un número reducido de profesionales para analizar la comprensión de las preguntas planteadas.

Se trata de un cuestionario estructurado, que consta de 21 ítems o preguntas cerradas, con varias opciones de respuesta, de las que solo una de ellas es válida.

Respecto a su elaboración, sus autores se basaron para su construcción, en una selección de preguntas procedentes o extraídas de las recomendaciones de la literatura existente, sobre cuestiones básicas relacionadas con las UV, en el primer estudio de prevalencia de úlceras de pierna en España elaborado por el GNEAUPP y en guías de práctica clínica y documentos de consenso de la CONUEI (Anexo II).

Dicho cuestionario ha sido utilizado ya en investigación, con resultados publicados al respecto. Estudio denominado “Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del hospital universitario Marqués de Valdecilla, respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento” (38), lo que nos permitiría comparar los resultados que se obtengan.

Se solicitó formalmente a sus autores autorización para la utilización y adaptación del instrumento al ámbito de estudio, obteniéndose su aquiescencia al uso del cuestionario.

Al inicio del cuestionario, se definen las instrucciones sobre la forma de cumplimentación del mismo.

Por otro lado, la participación en el estudio de los enfermeros, supondrá de facto su consentimiento implícito.

Atendiendo a la temática de las preguntas, éstas se dividen en cuatro bloques:

- **Los ítems a 1 a 5**, se corresponden con los datos sociodemográficos personales y profesionales de los participantes (sexo, edad, experiencia profesional y formación en el ámbito de las heridas crónicas).
- **Los ítems 6 a 13**, se corresponden a preguntas en las que se miden aspectos generales del conocimiento de las UV (prevalencia, causas, insuficiencia venosa y clasificación, localización, características más frecuentes y diagnóstico de las UV).
- **Los ítems 14 a 21**, se corresponden a preguntas relacionadas con los diferentes tratamientos y terapias empleadas en el cuidado de la UV por los profesionales de enfermería.

En referencia a su evaluación, ésta se efectuará en base a las 16 preguntas que miden los conocimientos enfermeros (preguntas de 6-21), sobre un total de 16 puntos, considerando un valor de 1 punto para cada pregunta correcta.

Los resultados se escalonarían en tres niveles, que serían:

- Nivel de conocimientos **Bajo**: Resultado del cuestionario entre 0-8 puntos.
- Nivel de conocimientos **Medio**: Resultado del cuestionario entre 9-12 puntos.
- Nivel de conocimientos **Alto**: Resultado del cuestionario entre 13-16 puntos.

8. FIABILIDAD Y VALIDEZ

Para analizar la fiabilidad del cuestionario, evaluaremos la consistencia interna, empleando el método tradicional basado en la covariación de los ítems, denominado coeficiente alfa de Cronbach, tanto a nivel global como para cada una de las dimensiones que componen el cuestionario, considerando unos valores aceptables aquellos comprendidos entre 0,8 y 0,9.

Se utilizará el análisis factorial confirmatorio (CFA) para analizar la validez de constructo, que nos permite comprobar *“si los ítems del cuestionario se agrupan en las cuatro dimensiones y si los valores de correlación de cada dimensión coinciden o se ajustan con el concepto que se mide; grado de conocimiento en este caso”*.

9. PRUEBA PILOTO

Se realizará la prueba piloto durante un mes al equipo de enfermería del centro de salud San Carlos y consultorios locales adscritos, con una muestra formada por 20 enfermeras que reúnan las mismas características de la población a estudio, a las cuales se les administrará el cuestionario, para valorar aspectos de comprensión e interpretación de las preguntas.

Se evaluará el tiempo necesario en la aplicación del cuestionario, las dificultades que se presenten y los datos resultantes, con el objeto de implementar las mejoras necesarias.

10. RECOGIDA DE DATOS

Se remitirá a todas las enfermeras de los centros de salud de la Dirección Asistencial, un correo electrónico invitando a participar en el proyecto con un enlace de acceso a la Hoja de Información al Participante (Anexo III), así como al Cuestionario diseñado para el presente estudio (especificando las normas de cumplimentación del mismo).

Dicha hoja informativa también incluirá, en el primer párrafo, al igual que el cuestionario online, información sobre el tratamiento de la información, confidencialidad y custodia de los datos y de la participación voluntaria.

Se incorporarán los datos de contacto del investigador principal, con el objeto de facilitar la comunicación ágil, y aclarar las dudas que puedan surgir en cualquier momento del estudio.

Se reforzará adicionalmente la propuesta de participación en la semana previa al inicio del proyecto, con un nuevo correo electrónico informativo y contacto telefónico con los Directores de Centro y/o Responsables de Enfermería si fuese necesario.

11. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Se analizarán los datos del conjunto total de los profesionales. Los datos serán codificados y recogidos en una hoja de implementación, serán registrados en una hoja de cálculo de Excel, luego trasladados a una base de datos con el programa SSPS para el procesamiento y análisis.

Dado que las variables principales se medirán en escala ordinal (grado de conocimientos: alto/medio/bajo), se emplearán las frecuencias absolutas y relativas en forma de porcentajes, con sus intervalos de confianza del 95 %. Para los test de hipótesis se empleará el Test de Chi cuadrado o el de Fisher según proceda. Para las hipótesis que impliquen variables numéricas (edad, años de experiencia profesional) se empleará el Test de la T de Student o el de Mann-Whitney según sea la distribución de dichas variables normal o no lo sea. Se empleará el test de Kolmogorow-Smirnow para evaluar el ajuste de las variables numéricas a la distribución normal.

12. SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

12.1. Sesgos

Pueden darse sesgos como:

- “Deseabilidad social”: Los resultados derivados pueden mostrar diferencias con la praxis real, teniendo en cuenta que son datos de práctica declarada en lugar de observada.
- “Sesgo de respuesta”: motivado por datos incompletos, siendo invalidadas las encuestas en este caso, o también debido a la no participación o no respuesta de los profesionales seleccionados como población objeto de estudio; lo cual implicaría que la tasa de respuesta fuese baja, pudiéndose introducir un sesgo de selección, que generase resultados diferentes, en caso de que el porcentaje de profesionales no participante contestara (subestimación o sobreestimación de la prevalencia).

12.2. Limitaciones

Población limitada a una concreta y específica, con la dificultad de extrapolar los resultados a toda la población enfermera.

La ausencia de cuestionarios validados en español, evidenciada bibliográficamente, que midan nivel de conocimientos de profesionales de enfermería en prevención y tratamiento de UV, justifica la utilización de esta herramienta, lo cual implica una debilidad del estudio, que podría ser subsanada para investigaciones futuras, llevándose a cabo un estudio de validación de este cuestionario que ya se está utilizando.

IV. PLAN DE TRABAJO

El estudio se llevará a cabo en el periodo de un año, desde octubre de 2020 a octubre de 2021, y se organizará en tres fases, las cuales se detallan a continuación en el cronograma (Figura 2):

1. FASE INICIAL: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y PILOTAJE INICIAL

Se solicitará autorización del estudio a la Comisión Local de Investigación Noroeste, de la gerencia asistencial de Atención Primaria.

Tras su aprobación, el proyecto será formalmente presentado, convocando a todos los Directores de Centro y/o Responsables de Enfermería de los 40 centros de salud de la Dirección Asistencial Noroeste a una reunión informativa previa y con antelación suficiente al inicio del estudio, explicándoles los objetivos del mismo e invitándoles a participar, como investigadores colaboradores, para intentar así una buena captación de profesionales, y difusión en sus respectivos centros de trabajo.

Se realizará una prueba piloto llevada a cabo por parte de 20 enfermeras de familia y salud comunitaria, pertenecientes al centro de salud San Carlos y consultorios locales adscritos (El Escorial, Valdemorillo y Los Arroyos), para valorar aspectos de comprensión e interpretación de las preguntas. Se analizarán los datos obtenidos, se revisará el procedimiento de recogida de los datos y se modificará lo que proceda, a fin de solucionar los problemas detectados.

Esta fase se desarrollará durante los meses de octubre de 2020 a diciembre de 2020.

2. FASE CENTRAL: RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta fase, se realizará el trabajo de campo y los datos obtenidos se codificarán y recogerán en una hoja de implementación. Posteriormente serán registrados en una hoja de cálculo de Excel, y luego trasladados a una base de datos con el programa SSPS para su procesamiento y análisis estadístico.

Esta etapa llevará a cabo desde enero de 2021 a marzo de 2021.

3. FASE FINAL

Esta etapa estará dividida en dos periodos:

3.1. Análisis de datos.

Durante esta fase se realizará el procedimiento estadístico propiamente dicho, que incluye la tabulación y análisis de los resultados.

Esta etapa se desarrollará durante los meses de abril de 2021 a junio de 2021

3.2. Resultados, conclusiones e informe final.

Se evaluarán los resultados obtenidos y se redactarán las conclusiones, junto con un informe final para su divulgación e implementación si procede, de medidas formativas u otras estrategias de gestión.

Esta última fase se realizará entre los meses de junio de 2021 a octubre de 2021.

PLAN DE TRABAJO	2019		2020										2021												
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	
Elaboración de proyecto																									
Presentación del proyecto al Comité de Ética/ Comisión Local de Investigación del Noroeste																									
Reunión Informativa de Centros																									
Pilotaje y solución de problemas detectados																									
Trabajo de campo: obtención de datos																									
Análisis de datos																									
Evaluación e Informe de resultados																									
Conclusiones, Informe Final y divulgación de resultados																									

Figura 2. Cronograma

V. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto será evaluado y también avalado por la Comisión Local de Investigación Noroeste de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), a la cual se solicitará su aprobación. La cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento implícito de la participación de los profesionales en el estudio. Se incorpora en el primer párrafo información sobre el tratamiento de la información, confidencialidad y custodia de los datos y de la participación voluntaria.

De igual manera, los participantes podrán abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto conlleve ningún menoscabo para sus intereses.

Se respetarán las normas éticas y legales aplicables bajo el marco ético de la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo. Se garantizará, en todo momento, la confidencialidad y el anonimato de los participantes (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal). Del mismo modo, se garantizarán los derechos ARCO, que regula el Título III de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), de todos los profesionales participantes en el estudio.

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

VI. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN

La importancia de la difusión, es que llegue a todos los profesionales de enfermería, en todos los ámbitos asistenciales y estamentos de los centros sanitarios, y población en general.

- Gerencia asistencial de Atención Primaria, Direcciones asistenciales correspondientes y centros de salud del SERMAS. También a nivel hospitalario y en centros sociosanitarios, donde se divulgarían los resultados del estudio, a través de notas de prensa, trípticos y folletos explicativos del estudio y de sus conclusiones.
- Presentación en reuniones científicas, (foros y congresos), en formato oral o poster (GNEAUPP/2021), Sociedad Española de Heridas (SEHER/2022).

- Envío como artículo científico para su publicación, a revistas de enfermería de ámbito nacional e internacional:
 - *International Journal of nursing studies.*
 - *Journal of Tissue Viability*
 - *Worldviews on Evidence-Based Nursing*
 - *Index de Enfermería*
 - *Investigación y Educación en Enfermería*
 - *Gerokomos*
 - *Enfermería Clínica*
 - *Revista Rol de Enfermería*

VII. MEDIOS, RECURSOS DISPONIBLES, PRESUPUESTO SOLICITADO

Para la realización del proyecto, se utilizarán medios personales (ordenador, programas estadísticos, etc.)

Financiación: El autor principal declara que la memoria económica es cero, y que el proyecto de investigación se realizará sin ningún tipo de financiación pública o privada.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2010.
2. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*. 1962 Jan;20;193:293-4.
3. Jiménez CE. Curación avanzada en heridas. *Rev Colomb Cir*. 2008; 23: 146-155.
4. Folguera Álvarez MC. Eficacia del vendaje compresivo multicapa en la cicatrización de las úlceras venosas [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2017
5. González Consuegra RV. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa : adaptación transcultural y validación del “Charing cross venous ulcer questionnaire (CCVUQ)” y del “Pressure ulcer scale for healing (PUSH)” [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2011.
6. Villavicencio JL. Leg ulcers of venous origin: From ancient to modern times. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2013 Jan; 1;1(1): 96-9.
7. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, España V. Antecedentes de la terapia compresiva: el “método Baynton” para el tratamiento de úlceras de la pierna. *Gerokomos*. 2017; 28(1):49-54.
8. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
9. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª ed. Madrid: AEEVH 2017.
10. Kelechi TJ, Johnson JJ, Yates S. Chronic venous disease and venous leg ulcers: An evidence-based update. *J Vasc Nurs*. 2015 Jun;1;33(2):36-46.
11. Davies AH. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Adv Ther*. 2019 Mar; 36(Suppl 1): 5-12.
12. Guinot Bachero J, Herrera Herzog E, Ibañez Valero I, Sorribes Lengua M, Adusara Molina MJ, Garralón Pérez A, et al. Heridas en consultas de enfermería: ¿qué

- lesión genera más carga de trabajo? Estudio observacional urbano. *Gerokomos*. 2017; 28(1): 42-8.
13. Ylönen M, Viljamaa J, Isoaho H, Junttila K, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Internet-based learning programme to increase nurses' knowledge level about venous leg ulcer care in home health care. *J Clin Nurs*. 2017 Nov;26(21–22):3646-57.
 14. Berenguer Pérez M, López-Casanova P, Sarabia Lavín R, González de la Torre H, Verdú-Soriano J. Epidemiology of venous leg ulcers in primary health care: Incidence and prevalence in a health centre—A time series study (2010-2014). *Int Wound J* [Internet]. 2019 Feb [citado 17 abr 2020];16(1):256–65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30393963>
 15. Rueda J, Torra JE, Martínez F, Verdú J, Soldevilla JJ, Roche E, et al. Primer estudio Nacional de prevalencia de úlceras de la pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético*. *Gerokomos*. 2004;15: 230-47.
 16. Álvarez Fernández LJ, Lozano F, Marinello-Roura J, Masegosa-Medina JC. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*. 2008;60: 27-36.
 17. Folguera-Álvarez C, Garrido-Elustondo S, Verdú-Soriano J, García-García-Alcalá D, Sánchez-Hernández M, Torres-de Castro OG, et al. ECAMulticapa: Effectiveness of double-layered compression therapy for healing venous ulcers in primary care: a Study Protocol. *BMC Nurs*. 2016 Oct 12; 15:58.
 18. Franks PJ, Barker J, Collier M, et al. Management of Patients With Venous Leg Ulcers: Challenges and current best practice. *J Wound Care*. 2016;25 Suppl 6:S1-S67.
 19. Ma H, O'Donnell TF, Rosen NA, Iafrati MD. The real cost of treating venous ulcers in a contemporary vascular practice. *J Vasc Surg: Venous and Lymphat Disord*. 2014 Oct; 2(4): 355-61.
 20. Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología*. 2003; 55: 260-67.
 21. Barnsbee L, Cheng Q, Tulleners R, Lee X, Brain D, Pacella R. Measuring costs and quality of life for venous leg ulcers. *Int Wound J*. 2019;16(1):112-121. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/iwj.13000>

22. Folguera-Álvarez C, Garrido-Elustondo S, Rico-Blázquez M, Esparza-Garrido MI, Verdú-Soriano J, Antelo Brioso C, et al. Efectividad de la terapia compresiva de doble capa frente al vendaje de crepé en la cicatrización de úlceras venosas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado. Aten Primaria. 2020
23. González-Consuegra RV, Soriano JV. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa. Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del Pressure Ulcer Scale for Healing, versión española (PUSH-e). Resultados preliminares. Gerokomos. 2011 Sep;22(3):131-6.
24. Palfreyman SJ, Tod AM, Brazier JE, Michaels JA. A systematic review of health-related quality of life instruments used for people with venous ulcers: assessment of their suitability and psychometric properties. J Clin Nurs. 2010 Oct; 19(19-20):2673-703.
25. González-Consuegra RV, Verdú J. Quality of life in people with venous leg ulcers: An integrative review. J Adv Nurs. 2011 May; 67(5): 926-44.
26. Heyer K, Protz K, Glaeske G, Augustin M. Epidemiology and use of compression treatment in venous leg ulcers: nationwide claims data analysis in Germany. Int Wound J. 2017 Apr;14(2):338-343.
27. Torres G de V, Mendes FRP, Mendes AFRF, Silva AO, Torres SM da SGS de O, Viana DM de O, et al. Nurses' evaluation about primary health care of users with venous ulcers: study in Évora, Portugal. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2011 Mar; [citado 16 jul 2020]; 5(2):388-98. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6686>
28. Van Hecke A, Goeman C, Beeckman D, Heinen M, Defloor T. Development and psychometric evaluation of an instrument to assess venous leg ulcer lifestyle knowledge among nurses. J Adv Nurs. 2011 Dec;67(12):2574-85.
29. Raña Lama CD. Terapia compresiva en úlceras varicosas en la práctica clínica. [Tesis doctoral en Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2015. [citado 16 jul 2020]. 175 p Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16415/RanaLama_CamiloDaniel_TD_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Adderley UJ, Thompson C. Community nurses' judgement for the management of

- venous leg ulceration: A judgement analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Jan 1 [citado 18 abr 2020];52(1):345-54. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25277880>
31. Adderley UJ, Thompson C. Confidence and clinical judgement in community nurses managing venous leg ulceration – A judgement analysis. *J Tissue Viability*. 2017 Nov;26(4):271-6.
 32. Gómez PB, Martínez MB, Pérez RC, Pérez SC, Collado FG, Coiduras JMG, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos*. 2013 Mar;24(1):27–31.
 33. Martínez-Santos A-E, Tizón Bouza E, Ángel J, Cartelle P. Conocimiento enfermero sobre prevención, diagnóstico y cuidados de las úlceras de extremidad inferior en un área sanitaria. *Gerokomos*. 2019; 30(1): 34-41.
 34. Guinot-Bachero J, Balaguer-López E, García-Montero A, García-Molina P. Estudio EDIPO: heridas en las extremidades inferiores. ¿Cómo abordan su manejo las enfermeras?. *Gerokomos*. 2019; 30(4): 200-9.
 35. Ylönen M, Stolt M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: A literature review. *Int Nurs Rev*[Internet]. 2014 Jun [citado 18 abr 2020]; 61(2):194-202. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24754508>
 36. Martin F, Duffy A (2011) Assessing and managing venous leg ulcers in the community: a review. *Br J Community Nurs* 16(12):6-14.
 37. Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ et al. Use of the diffusion of innovation model in venous ulcers by specialized professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017 May-Jun;70(3):610-7.
 38. Vitorero RP. Conocimientos y aptitudes de los enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla respecto a las úlceras de etiología venosa y su tratamiento. *Nuberos Científica* [Internet]. 2015 Jun 17 [citado 26 jun 2020];2(14). Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/1>

IX. ANEXOS

ANEXO I

CONOCIMIENTOS Y APTITUDES SOBRE LAS UV Y SU TRATAMIENTO

Esta investigación ha sido remitida a la espera de aprobación, a la Comisión Local de Investigación Noroeste de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, y cumple con las directrices de la declaración del Helsinki y la Ley de Protección de Datos (Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantías los Derechos Digitales). ESTAS directrices estipulan que los participantes en estudios empíricos DEBEN aceptar participar de forma explícita y comprensible. La cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento implícito de la participación de los profesionales en el estudio.

Estimados participantes:

Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación denominado “Grado de conocimiento de los profesionales de enfermería de AP, sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa”. CÓDIGO de proyecto: 04/2020

Antes de contestar el cuestionario, lea atentamente las preguntas, reflexione las respuestas que se le ofrecen, e identifique las opciones que más se aproximen a sus conocimientos. Conteste con sinceridad y de manera individual. El tiempo de cumplimentación será de aproximadamente 10 minutos.

Su participación es voluntaria y la información recogida es totalmente anónima.

El cuestionario consta de 21 preguntas con una única respuesta válida, que deberá marcar con una X.

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO

Datos profesionales:

1. **Sexo:** Mujer Hombre

2. **Edad (años):**

3. **Especifique cuál es su experiencia profesional en años en Atención Primaria:**

- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- De 11 a 15 años
- De 15 a 20 años
- Más de 20 años

4. **¿Ha recibido algún tipo de formación relacionada con las heridas crónicas en los últimos 5 años?**

Sí No

5. **Si la respuesta anterior ha sido afirmativa, ¿Qué tipo de formación ha recibido?**

- Curso online.
- Curso presencial.
- Experto Universitario.
- Máster Universitario.

Preguntas generales relacionadas con las úlceras venosas:

A continuación, se exponen una serie de preguntas relacionadas con las úlceras de etiología venosa. Por favor, no marque las respuestas al azar, en caso de desconocer la respuesta marque la opción: *No sabe/No contesta*.

6. **¿Sabe cuáles son las úlceras de la extremidad inferior más frecuentes?**

- Úlceras arteriales.
- Úlceras etiología venosa.

- Úlceras neuropáticas.
- No sabe/No contesta.

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

- Los Traumatismos.
- La hipertensión venosa.
- Causas desconocidas.
- No sabe/No contesta.

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

- Estado en el que el retorno venoso se haya dificultado, especialmente en bipedestación y en el que la sangre venosa fluye en sentido opuesto a la normalidad.
- Alteración funcional del sistema venoso secundaria a una incompetencia valvular.
- Ambas respuestas son correctas.
- No sabe/No contesta.

9. ¿Cuál es el principal sistema de clasificación de la insuficiencia venosa crónica (IVC)?

- Clasificación de la Fontaine.
- Clasificación de Wagner.
- Clasificación CEAP.
- No sabe/No contesta.

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

- Área de polaina o región lateral interna del tercio inferior de la pierna.
- Sobre prominencias óseas, cabezas de metatarsianos o dedos.
- Sobre zonas de roce o apoyo metatarsal u otras prominencias óseas como juanetes.
- No sabe/No contesta.

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

- Sensibilidad intacta, superficiales, bordes irregulares y excavados, fondo granulomatoso, sangrantes, pulsos presentes, exudado abundante, poco dolorosas.
- Sensibilidad intacta, profundas, bordes planos, fondo atrófico, no suelen sangrar, pulsos ausentes, exudado escaso, dolor importante.

- Sensibilidad afectada, lecho con tejido de granulación, piel perilesional hiperqueratósica, pulsos presentes, no dolorosas.
- No sabe/No contesta.

12. El diagnóstico de la úlcera de etiología venosa se realiza en base a:

- Criterios clínicos: Localización, morfología, bordes, presencia o no de pulsos, dolor.
- Criterios clínicos que deben confirmarse con estudios hemodinámicos.
- Estudios angiográficos únicamente.
- No sabe/No contesta.

13. Además de los signos y síntomas, ¿Con que valor del Índice Tobillo brazo (ITB) estableceremos el diagnóstico de úlcera venosa?

- Con un valor del ITB >0.75.
- Entre 0,5-0,75.
- Menor a 0,5.
- No sabe/No contesta.

Preguntas relacionadas con el tratamiento y terapia de las úlceras venosas:

14. Indique cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo en la cicatrización de la úlcera de etiología venosa.

- Prostaglandina E1 (PGE1) Intravenosa en dosis de 40 ng/12 h, cada 15-21 días.
- Pentoxifilina oral 600 mg/24 h y fracción flavonoica purificada y micronizada de la diosmina (MPFF) en dosis de 1000 mg/24 h.
- Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- No sabe/No contesta.

15. Imagine que en el centro de salud en el que trabaja se dirige a curar por primera vez a un paciente que presenta una úlcera en la extremidad inferior izquierda. La lesión presenta características clínicas similares a las de una úlcera de etiología venosa, pero los pulsos están ausentes. ¿Qué haría en dicha situación?

- Curaría la úlcera mediante una cura en ambiente húmedo y realizaría un vendaje compresivo ya que se trata de una úlcera de etiología venosa.

- Previamente a la cura realizaría un índice tobillo-brazo, para descartar que la úlcera tenga un componente arterial.
- Sería necesario realizarle una pletismografía.
- No sabe/No contesta.

16. ¿Considera que la aplicación de vendas o medias de compresión ayuda a la cicatrización de las úlceras venosas?

- No, ya que la compresión empeora el proceso de cicatrización.
- Si, ya que mejoran el retorno venoso, favoreciendo el proceso de cicatrización.
- El vendaje compresivo mejora el proceso de cicatrización, pero no las medias de compresión.
- No sabe/No contesta.

17. Ante una lesión, antes de considerar un tratamiento compresivo, deberemos de realizar una prueba con el Doppler portátil para determinar si existe una alteración arterial que contraindique dicha terapia.

- Verdadero.
- Falso.
- Falso, ya que el vendaje compresivo se puede aplicar ante alteraciones arteriales.
- No sabe/No contesta.

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

- Sí, siempre se puede aplicar un vendaje compresivo.
- No, ya que el valor es bajo, lo que nos indica isquemia.
- Si, ya que con ese valor del índice tobillo-brazo nos indica que se trata de una úlcera venosa.
- No sabe/No contesta.

19. ¿Qué sistema de compresión es el más efectivo en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa?

- Vendaje de algodón más venda elástica o de crepé.
- Vendaje elástico multicapa.

- Vendaje elástico adhesivo.
- No sabe/No contesta.

20. ¿Qué tratamiento aplicaría Ud. una vez confirmado el diagnóstico de úlcera de etiología venosa?

- Tratamiento local mediante cura en ambiente húmedo (CAH)
- Cura seca junto a vendaje compresivo.
- Tratamiento local con cura en ambiente húmedo junto con terapia compresiva.
- No sabe/No contesta.

21. Respecto a la terapia compresiva utilizada, ¿Qué sistema de compresión utilizaría?

- Vendaje multicapa.
- Venda de algodón más venda crepé.
- Venda crepé.
- No sabe/No contesta.

ANEXO II

CONTENIDO Y PROCEDENCIA DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- Preguntas 1-5: Variables sociodemográficas de los participantes, utilizando como referencia para su elaboración estudios similares realizados.
- Pregunta N° 6: Extraída de la recomendación 2.a “*Sobre la epidemiología de la úlcera de etiología venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1++>. Grado de recomendación A.
- Pregunta N° 7: Extraída de la recomendación 2.b “*Sobre la fisiopatología de la úlcera de etiología venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1+>. Grado de recomendación A.
- Preguntas N° 8 y 9: Extraídas de la recomendación 2.c “*Sobre la clasificación de la insuficiencia venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1++> Grado de recomendación B.
- Preguntas N° 10 y 11: Extraídas de la recomendación 2. d “*Sobre el diagnóstico clínico de la úlcera de etiología Venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <2++>. Grado de recomendación C.
- Preguntas N° 12 y 13: Extraídas de la recomendación 2.e “*Sobre el diagnóstico hemodinámico de la úlcera de etiología venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1a>. Grado de recomendación A.
- Pregunta N° 14: Extraída de la recomendación 2.f “*Sobre el tratamiento farmacológico de la úlcera de etiología venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1++>. Grado de recomendación A.
- Pregunta N° 15: Extraída de la recomendación 2.e “*Sobre el diagnóstico hemodinámico de la úlcera de etiología venosa*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1a>. Grado de recomendación A.
- Preguntas N° 16, 17, 18, 19, 20 y 21: Extraídas de la recomendación 2.g “*Sobre el tratamiento de la úlcera de etiología venosa: terapéutica de compresión*” de la CONUEI. Nivel de evidencia <1++>. Grado de recomendación A.

ANEXO III

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Grado de conocimiento de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa”.

CÓDIGO DEL ESTUDIO: 04/2020

INVESTIGADOR PRINCIPAL: D. Daniel de la Cruz Tomé (Enfermero).

CENTRO de Trabajo del Investigador Principal: Centro de Salud “San Carlos”.

1. INTRODUCCIÓN

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Esta investigación ha sido remitida, a la espera de aprobación a la Comisión Local de Investigación Noroeste de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, y cumple con las directrices de la declaración del Helsinki y la ley de protección de datos (Reglamento General de Protección de datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantías los Derechos Digitales). ESTAS directrices estipulan que los participantes en estudios empíricos DEBEN aceptar participar de forma explícita y comprensible.

Es mi propósito, proporcionarle información suficiente y adecuada para que pueda evaluar si desea o no participar en el estudio.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

3. OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El objetivo principal del estudio es obtener información para determinar el grado de conocimiento de los profesionales enfermeros de Atención Primaria, sobre prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa.

Para ello, se solicitará la participación de los enfermer@s de los centros de salud de la dirección asistencial noroeste. Los participantes deberán responder a unas preguntas por internet, con el fin de evaluar el conocimiento actual, y estudiar factores que puedan estar relacionados.

4. ACTIVIDADES DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio consistirá en contestar un cuestionario por internet de 21 preguntas cerradas, con una duración aproximada de 10 minutos, en el que se le preguntarán aspectos relacionados con las úlceras de etiología venosa; su prevención, diagnóstico y tratamiento, incluida la terapia aplicada por los profesionales en el manejo de este tipo de lesiones.

5. RIESGOS Y MOLESTIAS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Este estudio tiene un carácter observacional, sin intervención terapéutica. Dada la inocuidad de las pruebas a realizar, ya que la encuesta es anónima, se considera un estudio de nulo riesgo para usted.

6. POSIBLES BENEFICIOS

Ayudar a conocer cuál es el nivel actual de conocimientos de los profesionales enfermeros de la Dirección Asistencial Noroeste sobre el tema en cuestión, proporcionando información necesaria para estimar las necesidades actuales de formación y hacer recomendaciones de medidas formativas u otras estrategias, sobre las áreas de mayor desconocimiento.

7. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Todas las respuestas son estrictamente confidenciales. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la legislación en la Unión Europea (UE) sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. El investigador se compromete a su cumplimiento, y por ello, es importante que conozca la siguiente información:

Usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, y limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio.

Le recordamos que sus respuestas a los cuestionarios no se pueden eliminar, aunque deje de participar en el estudio, para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales. Sí que se podrán disociar por completo sus respuestas de cualquier información personal que pueda identificarle de forma directa o indirecta.

8. CONTACTO EN CASO DE DUDA

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con D. Daniel de la Cruz Tomé. Enfermero.

C.S San Carlos. C/Xabier Cabello Lapiedra. Nº 1. San Lorenzo del Escorial (Madrid) .C.P: 28200.e-mail: daniel.cruz@salud.madrid.org. Telf.: 918901879

Gracias por su participación. Atentamente, el investigador principal.

D. Daniel de la Cruz Tomé.

ANEXO IV

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO A LA COMISIÓN LOCAL DE INVESTIGACIÓN NOROESTE

Daniel de la Cruz Tomé, Diplomado en Enfermería, cómo Investigador Principal, mediante la presente, expone que:

Se interesa por implementar el proyecto de investigación “*Grado de conocimiento de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en prevención y tratamiento de heridas crónicas de etiología venosa*”, en los centros de salud de Atención Primaria, de la Dirección Asistencial Noroeste de la Comunidad de Madrid (se adjunta proyecto completo).

Solicita: autorización a la Comisión Local de Investigación Noroeste de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, para la realización de dicho estudio.

Atentamente,

El Investigador Principal.

En Madrid a.....de.....de 2020