



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS VENOSAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Amaia Asin Belzunce

Tutelado por: María Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 24 de mayo de 2021

RESUMEN

Introducción: Las Úlceras Venosas son la fase más avanzada de la Insuficiencia Venosa Crónica y su prevalencia en los países de occidente oscila entre el 1-3%, siendo el tipo más usual de heridas crónicas de Extremidades Inferiores. Afectan principalmente a la calidad de vida de las personas que las padecen, ocasionando frecuentemente trastornos de depresión y ansiedad. Los tratamientos que aborda enfermería de Atención Primaria son la terapia tópica y la compresiva, además de ofrecer educación sanitaria.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo son analizar los cuidados de las úlceras venosas por el personal de enfermería en Atención Primaria, y proponer un Programa de Educación Para la Salud grupal dirigido a pacientes con úlceras venosas activas.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, seleccionando un total de 32 artículos, que cumplen los criterios de inclusión.

Resultados y discusión: Dentro del tratamiento tópico, en cuanto al desbridamientos del tejido no vital se destacan la larvaterapia y la colagenasa con ácido hialurónico en el tratamiento de las UV. Además, se encuentra una gran variedad de apósitos y pomadas para la realización de una cura húmeda. La elección de un tipo de vendaje compresivo se debe fundamentar en las preferencias del paciente y en las habilidades y conocimientos del profesional que lo aplica. Enfermería tiene un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida y la adherencia terapéutica de estos pacientes, tanto en los centros sanitarios como en el hogar de las personas.

Conclusión: Tras la revisión, se concluye la importancia de la formación de los profesionales de enfermería en cuanto al tratamiento tópico y compresivo en la cicatrización de estas heridas. Además, se destaca la necesidad de más programas de educación a la comunidad.

Para finalizar se propone un Programa de Educación para la Salud en torno a la adherencia terapéutica y al estado psicosocial de estos pacientes, que incluye 4 sesiones divididas en dos bloques.

Palabras clave: úlcera venosa, terapia compresiva, Atención Primaria y Enfermería.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Concepto y Epidemiología.....	1
1.2.	Fisiopatología	1
1.3.	Epidemiología analítica	3
1.4.	Tratamiento de las Úlceras Venosas	4
1.5.	Papel de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en el cuidado de las Úlceras Venosas	6
2.	JUSTIFICACIÓN.....	8
3.	OBJETIVOS	8
4.	METODOLOGÍA.....	9
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	10
5.1.	Un tratamiento tópico adecuado para favorecer la curación de la herida.....	10
5.1.1.	Efectividad del desbridamiento del tejido no vital en las Úlceras Venosas.....	10
5.1.2.	Pomadas y apósitos primarios en la cura de ambiente húmedo de las Úlceras Venosas	11
5.2.	El tratamiento compresivo como primera elección en las Úlceras Venosas	12
5.3.	Influencia del profesional de enfermería en la Adherencia Terapéutica y Calidad de Vida de los pacientes con Úlceras Venosas.....	14
5.3.1.	Intervenciones educativas en pacientes con Úlceras Venosas	14
5.3.2.	El papel del profesional de enfermería en la adherencia al tratamiento de las personas con Úlceras Venosas	15
6.	CONCLUSIONES	15
7.	PROPUESTA DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CON ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA.....	16
7.1.	Introducción	16
7.2.	Cronograma.....	17
7.3.	Organigrama.....	18
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	22
9.	ANEXOS.....	i
	Anexo 1. Clasificación CEAP.	i
	Anexo 2. Estrategia de búsqueda.....	ii
	Anexo 3. Artículos seleccionados.....	iv

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Bomba válvulo-muscular durante la contracción	2
Figura 2. Bomba válvulo-muscular durante la relajación	2
Tabla 1. Tipos de apósitos para el tratamiento de las heridas crónicas	5
Figura 3. Diagrama de flujo	7
Tabla 2. Cronograma de la Propuesta del Programa de EPS	17

LISTADO DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria

EII: Extremidades Inferiores

EV: Enfermedad Venosa

IVC: Insuficiencia Venosa Crónica

TVP: Trombosis Venosa Profunda

UV: Úlcera Venosa

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto y Epidemiología

Las Úlceras Venosas (UV), también llamadas Úlceras Varicosas, son lesiones abiertas y localizadas en las extremidades inferiores (EEII) que no cicatrizan en 4 - 6 semanas y aparecen en la fase más avanzada de la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC)¹. A diferencia de las Úlceras Arteriales y las úlceras de Pie Diabético, son el tipo más común de heridas crónicas de las EEII, ya que entre el 75 – 80% de éstas son de etiología venosa. Las UV afectan al 0,1 – 1% de la población adulta en los países occidentales, aumentando su prevalencia al 3 – 5% en las personas mayores de 65 años y afectando principalmente a mujeres. En relación a la incidencia, cada año surgen de 2 a 5 casos nuevos por cada mil personas. A pesar de que su curación ronde los 6 meses desde el inicio del tratamiento, se debe remarcar que un número muy elevado de pacientes sufre recidivas a lo largo de su vida (26 – 69%)¹⁻³.

1.2. Fisiopatología

Comprender adecuadamente el proceso fisiopatológico de las heridas de etiología venosa nos permitirá, posteriormente, entender con más precisión la importancia de los distintos tipos de tratamiento y estilos de vida que favorecen a la cicatrización de las UV.

El sistema venoso de las EEII está formado por venas profundas, superficiales y perforantes. Las venas superficiales las encontramos inmediatamente debajo de la piel y se comunican con las venas profundas (las encargadas principalmente del retorno venoso) a través de las venas perforantes. A diferencia del resto de las regiones corporales, en el sistema venoso de las EEII se encuentran las denominadas válvulas semilunares. La contracción de los músculos de la pantorrilla y la existencia de dichas válvulas influyen hasta un 90% en el drenaje de la sangre venosa desde los miembros inferiores hacia la bomba cardíaca, a pesar de la gravedad. Es decir, cuando los músculos concomitantes a las venas profundas se contraen generan un vaciamiento espontáneo de las mismas y en el momento en el que se relajan, las válvulas semilunares se cierran impidiendo así el reflujo venoso y evitando que la sangre se acumule en las EEII (Figuras 1 y 2)^{4,5}.

La IVC es el estadio más avanzado de la Enfermedad Venosa (EV) y se da cuando las válvulas semilunares se vuelven incompetentes debido a un ensanchamiento (varices) o a una lesión u obstrucción (flebitis o trombosis venosa profunda (TVP)) de las paredes venosas, por lo que el retorno venoso se convierte deficiente y da lugar a hipertensión venosa. Las altas presiones venosas producen permeabilidad capilar dando lugar a la extravasación del líquido intravascular al espacio intersticial, ocasionando edema e inflamación, consecuentemente el estado de oxigenación de los tejidos de la zona se ve dañada, ocasionando una isquemia y posterior ulceración^{4,5}.

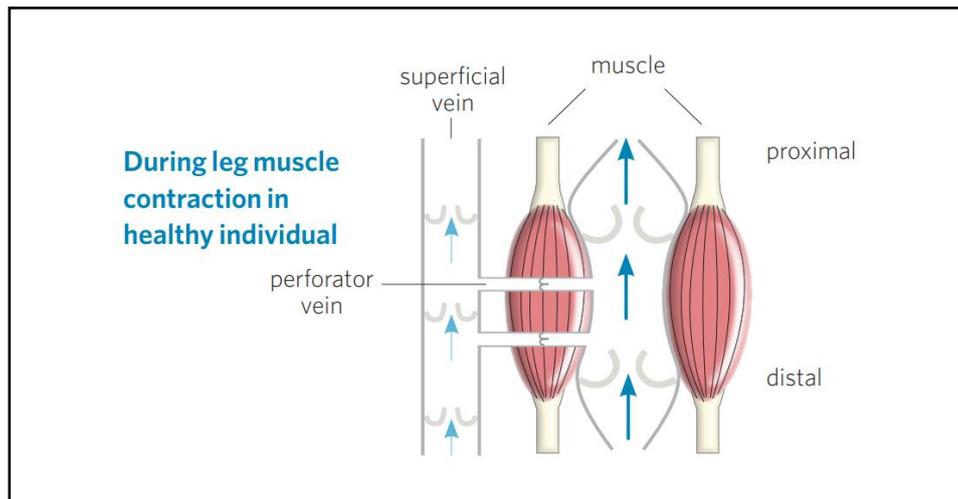


Figura 1. Bomba válvulo-muscular durante la contracción. Fuente: *Principles of compression in venous disease: A practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers*⁴.

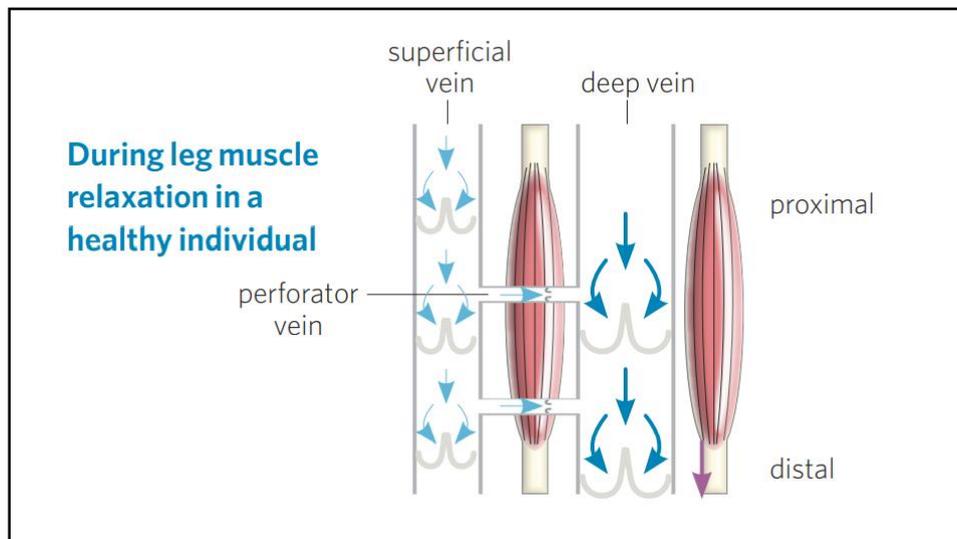


Figura 2. Bomba válvulo-muscular durante la relajación. Fuente: *Principles of compression in venous disease: A practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers*⁴.

El acrónimo CEAP (Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological) fue creado en 1994 por el *American Venous Forum* con el fin de valorar, identificar y unificar criterios respecto a los diferentes estadios de la EV. Ésta es la clasificación más usada en la clínica asistencial y en la investigación^{2,5} (anexo 1). La clasificación se compone por cuatro ítems (**C**línica, **E**tiología, **A**natomía y **P**atología).

La clínica se divide en 6 estadios que se pueden observar simplemente con la vista; C0 no hay signos visibles/palpables de EV; C1 se observa la presencia de venas reticulares en las EEII; C2: presencia de venas varicosas; C3: edemas; C4: pigmentación de la piel o presencia de atrofia blanca; C5: UV cicatrizada; C6: UV activa.

El ítem de etiología hace referencia a la causa subyacente de la EV, pudiendo clasificarse como congénita (Ec), primaria (Ep), secundaria (Es) o sin identificar. En este caso la identificaremos a

través de la historia clínica del paciente, indagando si la EV es la patología principal (Ep) o la consecuencia de otro proceso clínico (Es).

La extensión anatómica se divide dependiendo de las venas afectadas en las EEII: sistema venoso superficial (As), Perforante (A+nº de venas perforantes afectadas), Profundo (Ap) o sin identificar. Este ítem se valorará a través de pruebas de imagen.

La fisiopatología hace referencia al proceso patológico que ha desencadenado la EV. Puede ocurrir por reflujo (Fr), obstrucción (Fo), ambos (Fr+Fo) o sin identificar.

Por último, se incluye si el paciente presenta síntomas (S) como dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez o calambres musculares, o si por el contrario, se encuentra asintomático (A).

Así, una persona que presenta edemas en las EEII debido a un episodio de TVP que sufrió hace 2 meses en las venas profundas de la pierna y que manifiesta pesadez en las piernas se clasificaría como **C3EsApFoS**; los edemas se clasifican en el estadio de enfermedad **C3**, el proceso ha sido causado por una TVP previa por lo que consideramos que es de etiología secundaria (**Es**), anatómicamente se ven afectadas las venas profundas de las EEII (**Ap**) y, finalmente, clasificamos el ítem de fisiopatología como **Fo** ya que la TVP provoca una obstrucción en las venas. Además, se podría añadir que el paciente presenta alguna sintomatología (**A**). Se debe mencionar que siempre hay que descartar otras causas de la alteración que percibimos visualmente.

1.3. Epidemiología analítica

A continuación, se van a exponer los factores de riesgo ligados a una ulceración de causa venosa.

Por un lado, se dividen en tres categorías teniendo en cuenta los factores de riesgo predisponentes, determinantes y agravantes: los factores predisponentes aumentan las probabilidades, pero no sentencian a padecer la afección, los factores determinantes son los que desencadenan la enfermedad en el caso de presentar factores predisponentes y los factores agravantes son los que empeoran el proceso patológico una vez instaurado.

Así, los factores de riesgo de la aparición de UV los podemos clasificar en tres grupos^{2,5,6}:

- Factores predisponentes: padecer IVC u otra enfermedad en la EEII, haber sufrido varicorragias, TVP o flebitis, padecer diabetes, infarto agudo de miocardio, enfermedad renal o artritis reumatoide, haber sido intervenido de varices y la historia familiar de IVC.
- Factores determinantes: embarazo o tener alteraciones de la coagulación.
- Factores agravantes: la edad, el sexo, índice de masa corporal, situaciones que aumenten la presión intraabdominal (obesidad y estreñimiento), situaciones que dificultan la marcha, tiempos prolongados en bipedestación, enfermedades osteoarticulares, edema y trastorno del drenaje linfático.

Por otro lado, se puede realizar otra clasificación dividiendo los factores de riesgo en modificables o no modificables:

- Factores de riesgo modificables: la alimentación, el grado de actividad física, el tabaco, realizar actividades que requieren estar mucho tiempo en bipedestación y el tabaco, entre otros⁷.

- Factores de riesgo no modificables: la edad, el sexo, padecer IVC primaria, la historia familiar de IVC, alteraciones de la coagulación, etc.

La importancia de los factores de riesgo radica en que una detección precoz de alguno de los factores de riesgo predisponentes nos permitirá hacer cambios en los estilos de vida para prevenir, en la medida de lo posible, la EV.

La presencia de una UV activa afecta directamente a la calidad de vida de las personas que las padecen, generando consecuencias que repercuten en la condición física, psicológica, social, económica, cultural e incluso espiritual^{4,8}.

Los pacientes con UV presentan niveles altos de trastornos de la ansiedad y depresión, dolor constante, problemas para conciliar el sueño, fatiga, vergüenza, autoestima baja, sentimiento de descontrol de su cuerpo, impotencia, desesperanza y dificultad para realizar las tareas de la vida diaria. Así mismo, su calidad de vida también empeora significativamente a nivel social. Estos pacientes refieren aislamiento, pérdida de puesto de trabajo, soledad y percepción de un apoyo social escaso. Además, dicho empeoramiento de la calidad de vida que provocan las UV retrasa significativamente la cicatrización de dichas heridas⁹⁻¹¹.

1.4. Tratamiento de las UV

Un buen manejo del tratamiento nos va a ofrecer una reducción de los síntomas de la IVC y, por tanto, nos va a ofrecer una mejor calidad de vida de los pacientes con una UV activa.

El tratamiento de las UV puede dividirse en cinco categorías: tratamiento tópico, compresivo, quirúrgico, farmacológico y tratamiento a base de nuevas tecnologías⁸. En la presente revisión se tratarán los dos primeros tipos de tratamiento ya que son los tratamientos que lleva a cabo el profesional de enfermería de Atención Primaria (AP).

En cuanto al tratamiento tópico, se destacan dos tipos de tratamiento que se complementan el uno al otro: el desbridamiento del tejido no vital y la aplicación de pomadas y apósitos primarios (apósitos que tienen directamente contacto con el lecho de la herida).

Dicho tratamiento tópico, se aplica mediante la cura en ambiente húmedo, la cual se fundamenta en aportar humedad al lecho de la herida con el fin promover la epitelización y cicatrización de la herida, siempre y cuando no haya una humedad excesiva que pueda ocasionar la proliferación de agentes patógenos⁵.

El desbridamiento del tejido no vital consiste en la retirada del tejido muerto o infectado con el fin de promover la cicatrización de la herida³. Existe un consenso en la comunidad científica sobre su importancia en cuanto al cuidado de las heridas. Se debe tener en cuenta que una adecuada preparación del lecho de la herida puede facilitar la curación de ésta, a pesar de que no se trate directamente la etiología de la afección. El desbridamiento, además de favorecer la eliminación del tejido no viable, indirectamente reduce la sobrecarga bacteriana, el exudado moderado y promueve la estimulación de los queratinocitos de los bordes de la herida¹².

Los tipos de desbridamiento que se emplean son los siguientes¹³:

- **Desbridamiento quirúrgico**: consiste en la retirada del tejido no vital mediante bisturí o tijeras estériles. Sus efectos se observan de forma temprana, sin embargo, cuenta con riesgo de sangrado y dolor en los pacientes en los que se aplica.

- **Desbridamiento mecánico:** se da cuando se retiran gases del lecho de la herida al realizar las curas. Su mayor inconveniente es que además de retirar el tejido no vital, también extrae tejido sano.
- **Desbridamiento autolítico:** ocurre, en cierta medida, en todas las heridas cuando los macrófagos del propio organismo digieren el tejido no vital. Al aportar humedad a las heridas, mediante hidrogeles, se promueve este tipo de desbridamiento.
- **Desbridamiento enzimático:** consiste en la aplicación tópica de enzimas exógenas (colagenasa), las cuales fraccionan las proteínas del tejido no vital. Se debe tener en cuenta que también fraccionan el tejido sano, por lo que se deben aplicar con cautela.
- **Desbridamiento mediante larvaterapia:** se da mediante la aplicación de larvas de la especie *Lucilia sericata* preparadas de forma estéril, ya que segregan enzimas proteolíticas que llevan a cabo el desbridamiento. Al igual que el desbridamiento enzimático, también fraccionan el tejido sano.

Los apósitos primarios se aplican con el fin de ayudar en la cicatrización, proporcionar confort, controlar el exudado y prevenir la adherencia de vendajes y medias al lecho de la herida. Las condiciones ideales que debe de tener un apósito son que mantenga una proporción óptima de humedad sin riesgo de macerar la piel perilesional, que minimice el número de curas a la semana y que mantenga un pH adecuado¹⁴. La frecuencia de cambio de los apósitos en las UV debe ir marcada por la frecuencia de cambio de los vendajes compresivos, y no viceversa¹.

En la siguiente tabla (tabla 1) se exponen los tipos de apósitos más frecuentes en el tratamiento de las heridas crónicas y sus principales indicaciones:

Tabla 1. Tipos de apósitos para el tratamiento de las heridas crónicas. Fuente: Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª edición. 2017⁵.

Tipo de apósito	Indicaciones
Film de poliuretano	Úlceras superficiales con exudación leve.
Alginato	Úlceras exudativas.
Hidrofibra	Úlceras exudativas.
Espumas	Úlceras exudativas. Ambiente húmedo controlado. Indicado para todas las fases de cicatrización.
Hidrocoloide	Desbridamiento autolítico. Exudado leve. Epitelización.
Siliconas	Indicado para todas las fases de cicatrización y niveles de exudado. Protección de la piel.
Impregnado en plata	Antimicrobiano. Úlceras con colonización crítica o infección.
Cadexómero de yodo	Antimicrobiano. Úlceras con colonización crítica o infección.
Modulador de proteasas	Control del nivel de proteasas. Úlceras que no progresan a pesar de la corrección de causas subyacentes, excluida infección.
Con factores de crecimiento	Úlceras de difícil cicatrización. Fase de granulación. Estimulación de los bordes.

Carbón	Control del olor.
--------	-------------------

Referente al tratamiento compresivo, cabe destacar que la terapia compresiva es el eje central del tratamiento de las personas con UV. Se considera el tratamiento de primera línea ya que trata la causa de estas heridas y debe ser usado en todos los pacientes con heridas venosas a no ser que la úlcera presente signos de infección o que la persona sufra también una enfermedad arterial periférica¹⁵⁻¹⁹. La eficacia de dicho tratamiento se fundamenta en que la aplicación de presión externa fuerza al líquido del espacio intersticial a volver al interior de los vasos sanguíneos y linfáticos, reduciendo el edema y la distensión del sistema venoso superficial^{18,20}.

En la actualidad, podemos encontrar distintos tipos de terapia compresiva¹⁵:

- **Vendajes inelásticos:** son vendajes rígidos que impiden la expansión de la musculatura de la pantorrilla al deambular, comprimiendo las venas del sistema profundo de las EEII. Durante el reposo no ejercen ningún tipo de presión. Podemos encontrar los vendajes inelásticos de una sola capa y vendajes inelásticos compuestos por varias capas de yeso (este último también se denomina *Bota de Unna*).
- **Vendajes elásticos:** son vendajes extensibles que al aplicarlos ejercen de manera continua una compresión activa, aun estando en reposo. Se diferencian los vendajes elásticos de una sola capa o monocapa (en donde categorizamos las medias de compresión o la venda de crepé, entre otros) y los vendajes multicapa; caracterizados por vendajes de dos, tres o cuatro capas de distintos materiales, los cuales deben ser aplicados por un profesional sanitario cualificado en el tema.

1.5. Papel de los profesionales de enfermería de AP en el cuidado de las UV

Dentro de las heridas vasculares, cabe destacar que las heridas de etiología arterial son principalmente tratadas por la especialidad médica de cirugía vascular en el ámbito de atención hospitalizada y, por otro lado, las de etiología venosa son atendidas por el equipo multidisciplinar de AP (profesionales de enfermería y facultativos médicos)^{18,21}.

El cuidado de las UV en AP recoge tanto actividades preventivas; en las que podríamos destacar dentro de la prevención primaria la promoción de la salud y estilos de vida saludables y, la valoración de factores de riesgo y pruebas como la palpación de pulsos para descartar enfermedad arterial periférica dentro de la prevención secundaria; como terapéuticas, en las que incluiríamos el tratamiento tanto farmacológico como local de las heridas, el apoyo psicosocial al usuario y a la familia, recomendaciones sobre estilos de vida saludables que mejoren la afección y controles de enfermedades crónicas para la detección precoz de situaciones agravantes del deterioro de salud²¹.

El papel de enfermería de AP, en cuanto al cuidado y manejo de las UV, consiste en la constante evaluación del proceso patológico, elección del tratamiento tópico y compresivo a aplicar y la realización de pruebas no invasivas que nos indiquen el progreso de la EV. Y, en el apoyo emocional y el acompañamiento durante y después del proceso¹⁸. Todas estas acciones las englobamos dentro de la prevención terciaria.

Además, los profesionales de enfermería llevan a cabo la educación a la población para evitar o retrasar el problema (prevención primaria) y la detección precoz del mismo (prevención secundaria). Esto se lleva a cabo mediante la puesta en marcha de los servicios que ofrece la Cartera de Servicios de AP. En el caso de dicha cartera de servicios de la Sanidad de Castilla y León (SACYL), no hay ningún servicio que trate específicamente sobre los problemas de etiología venosa en las EEII. Sin embargo, los profesionales de enfermería llevan a cabo el programa denominado “Actividades de prevención y promoción de hábitos de vida saludable en el adulto”, en el que se recoge dentro del plan de acción y seguimiento las recomendaciones que se deben dar al menos cada 4 años en cuanto al refuerzo positivo de hábitos saludables, tabaco, alcohol y otras drogas, prevención de accidentes, adherencia al plan terapéutico, alimentación saludable y ejercicio físico, entre otras. Dicho servicio recoge la educación para la salud que se ofrece a los usuarios para evitar o retrasar patologías crónicas, como por ejemplo la IVC²².

2. JUSTIFICACIÓN

El tema elegido ha sido seleccionado, principalmente, por el interés y el asombro que me ha surgido durante las prácticas clínicas en cuanto a la autonomía que tiene el personal de enfermería de AP en el cuidado de las heridas crónicas.

Por otra parte, debido al envejecimiento de la población y al nuevo estilo de vida de nuestra sociedad, las enfermedades crónicas han ido aumentando su prevalencia con el tiempo, llegando a ocupar la mayor parte de las consultas de enfermería de AP. A diferencia de las enfermedades agudas, este tipo de enfermedades requieren un cambio en los estilos de vida de las personas, y debido a la dificultad de realizar dichos cambios, hoy en día estas enfermedades se han vuelto un reto para los profesionales de enfermería de AP, en donde la Educación Para la Salud cobra una gran importancia.

Las úlceras venosas son la manifestación más grave de la IVC, y a pesar de que haya componentes no modificables que las cause, ciertos estilos de vida pueden desembocar la aparición de este tipo de heridas crónicas. Los pacientes que desarrollan una UV sufren un deterioro importante de la calidad de vida y suponen un gasto económico considerable para los sistemas sanitarios.

La presente revisión bibliográfica se ha realizado con el fin de conocer el manejo óptimo de los pacientes con úlceras de etiología venosa y así poder contribuir en la mejora de su calidad de vida. Los profesionales de enfermería deben realizar sus acciones de la práctica clínica siguiendo un criterio y respaldándose en evidencia científica. Se ha visto conveniente investigar en torno al tema y contrastar la literatura científica existente con el fin de analizar la forma de actuación de los profesionales de enfermería en base a criterios científicos.

3. OBJETIVOS

A la hora de realizar este trabajo, se han propuesto los siguientes objetivos.

Objetivos generales:

- Analizar los cuidados de las úlceras venosas por el personal de enfermería en Atención Primaria.
- Proponer un Programa de Educación Para la Salud grupal dirigido a pacientes con úlceras venosas activas.

Objetivos específicos:

- Contrastar la evidencia científica respecto al tratamiento tópico de las úlceras venosas en el ámbito de Atención Primaria.
- Comparar los diferentes tipos de terapia compresiva en la cicatrización y prevención de recidivas de las úlceras venosas.
- Investigar la influencia del personal de enfermería de Atención Primaria en la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes con úlceras venosas.

4. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia actual. La búsqueda bibliográfica se ha realizado entre los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021 empleando varias bases de datos y realizando la búsqueda mediante Descriptores de la Salud.

La estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo, ha reunido las palabras clave “úlceras venosas”, “cicatrización de las úlceras”, “terapia compresiva”, “atención primaria” y “enfermería”, y derivadas de éstas, los Descriptores de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH). Éstos han sido enlazados con los operadores booleanos AND, OR y NOT con el fin de realizar una búsqueda lo más precisa posible. Las bases de datos empleadas han sido Pubmed, CuidenPlus, Cinahl, Cochrane Database, Scopus y Scielo (anexo 2).

Con el objeto de realizar una búsqueda que se adecue a los objetivos específicos y para evitar el ruido documental, a la hora de realizar la búsqueda se han añadido los siguientes criterios de inclusión: texto completo, idioma español, inglés o portugués, y que la publicación sea de los 5 últimos años. En cuanto a criterios de exclusión, han sido rechazados los artículos que no incluyesen competencias de enfermería, que no tratarasen lo requerido para abordar este estudio o que incluyesen otro tipo de heridas crónicas que no fueran úlceras de origen venoso.

La lectura de diversos artículos ha permitido poder escoger los que respondían a los objetivos específicos, y por tanto al general, de manera más clara y precisa (anexo 3). Finalmente, se han seleccionado 32 artículos. 10 de ellos dan respuesta al primer objetivo, 12 al segundo y, finalmente, 10 artículos nos hablan sobre la influencia de los profesionales de enfermería en la calidad de vida y adherencia terapéutica de estos pacientes.

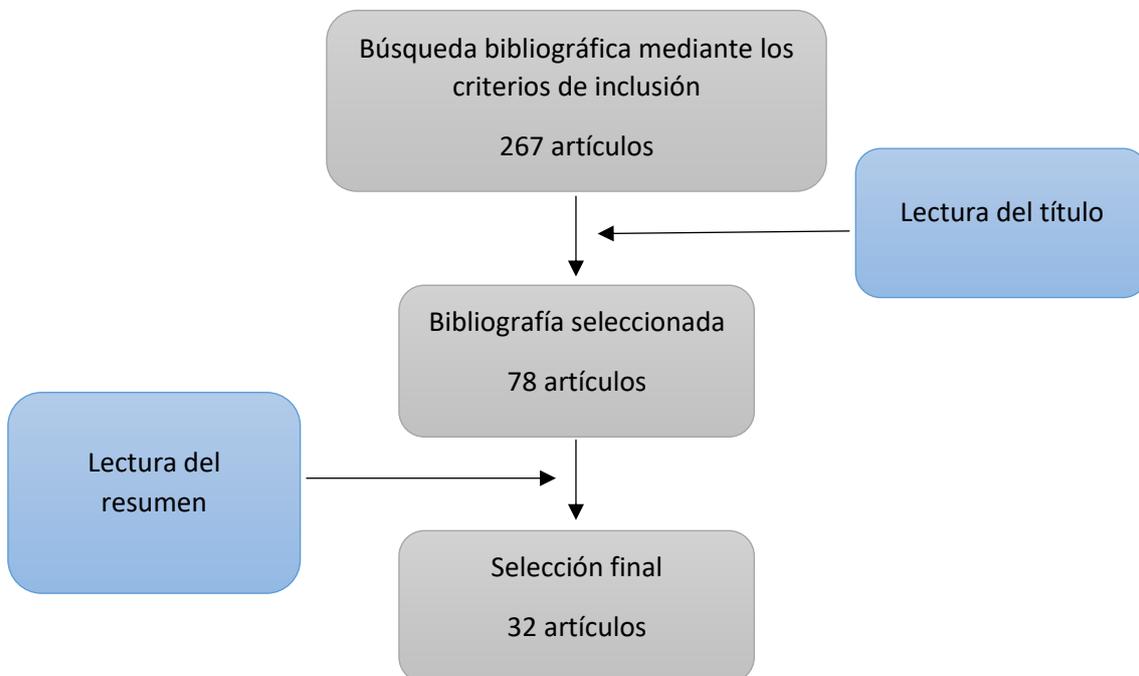


Figura 3. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con el fin de dar respuesta a los objetivos específicos, y analizar cuál es el manejo óptimo de las UV en AP, se han contrastado tanto las metodologías como las conclusiones de los artículos seleccionados.

5.1. Un tratamiento tópico adecuado para favorecer la curación de la herida

En primer lugar, se ha querido indagar sobre cuál de las terapias tópicas podría ser más beneficiosa en cuanto a la curación de las UV. La medida a evaluar en todos los artículos ha sido el número de úlceras cicatrizadas y el tiempo de cicatrización de las mismas. Así mismo, ciertos estudios han valorado también el control del dolor, la carga bacteriana y el estado de la piel perilesional tras el uso de diferentes apósitos, pomadas, geles u otros tratamientos.

5.1.1. Efectividad del desbridamiento del tejido no vital en las UV

En cuanto a la capacidad del desbridamiento en acelerar el tiempo de cicatrización de las UV, Gethin et al.¹³ concluyen en su revisión sistemática que dicha técnica de retirada del tejido no vital no tiene la evidencia suficiente sobre si es determinante en el proceso de la cicatrización de las UV. Además, se quiso identificar qué tipo de desbridamiento es el más eficaz en la cicatrización de este tipo de heridas crónicas, pero no se encontraron investigaciones que respondiesen a esta pregunta. Si bien, observaron que el tiempo de desbridamiento es significativamente menor cuando se usa larvaterapia en comparación a cuando se aplica hidrogel como desbridamiento autolítico. Esta testificación se ve complementada por un estudio clínico aleatorizado realizado por los autores Contreras-Ruiz et al.²³, en el que se sometió al grupo de intervención a un desbridamiento mediante larvaterapia preparada de forma estéril en un laboratorio de microbiología y, al grupo control a un desbridamiento quirúrgico y posterior aplicación de un antimicrobiano tópico. Tras el desbridamiento, en ambos grupos se aplicaron apósitos según la cantidad de exudado y se llevó a cabo una terapia compresiva. A las 4 semanas, se contempló que no hubo diferencias significativas en la reducción del tiempo de cicatrización ni de las dimensiones de las heridas. Los dos grupos habían padecido una mejora significativa del lecho de la herida ya que se notificó una considerable reducción del tejido necrótico y fibrinoso, y el tejido de granulación había aumentado. No obstante, la carga bacteriana era significativamente menor en el grupo tratado con larvaterapia. Esto puede producirse debido a que las larvas compiten por el mismo sustrato que las bacterias causantes de infecciones incluso resistentes a antimicrobianos. Así mismo, las larvas expulsan péptidos antimicrobianos reforzando así su componente antibacteriano. Por lo que se refiere a efectos adversos, los pacientes sometidos al grupo de intervención tuvieron una mayor percepción de olor y presentaron tasas ligeramente más altas de ansiedad. Por último, en ambos grupos la sensación del dolor no tuvo diferencias significativas. En referencia a este aspecto, varios artículos indican que el dolor aumenta en exceso en la terapia con larvas en comparación con el desbridamiento autolítico con hidrogel^{13,23}.

Cuando la UV no presenta signos de infección, y no requiere un desbridamiento en un corto periodo de tiempo, se podrá llevar a cabo el desbridamiento enzimático²³. Un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo en 2017, comparó los tratamientos de colagenasa con los de colagenasa y ácido hialurónico. Como muestra, participaron 113 personas con UV activa, de los

cuales 58 formaron parte del grupo de intervención (colagenasa y ácido hialurónico) y 55 del grupo control (colagenasa). Los resultados que midieron fueron: el grado de desbridamiento a los 15 días, la reducción del dolor de la herida, reducción del tamaño de la herida y la mejora del estado de la piel perilesional. El grado de desbridamiento tanto a los 15 como a los 30 días fue significativamente mayor en el grupo de intervención. En cuanto al resto de resultados a medir no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, es destacable mencionar que los productos que contienen enzimas proteolíticas como la colagenasa pueden ocasionar irritación de la piel perilesional, por consiguiente, los productos que incluyen ácido hialurónico en su composición son más seguros que los que solamente contienen colagenasa¹². No se han encontrado más artículos que analicen el desbridamiento enzimático.

5.1.2. Pomadas y apósitos primarios en la cura de ambiente húmedo de las UV

En relación con otros tratamientos en cura de ambiente húmedo, se han encontrado 7 artículos que tratan sobre diferentes apósitos y tratamientos locales con el fin de indagar qué tipo de terapia tópica podría acelerar el proceso de cicatrización de las heridas de etiología venosa.

La revisión sistemática elaborada por Norman et al.²⁴ en 2018, comparó todos los tipos de apósitos y pomadas para tratar las UV. En ella, se introdujeron las conclusiones de 59 estudios clínicos aleatorizados en la red *Network Meta-Analyses (NMA)*, la cual hace uso de fórmulas estadísticas para comparar diferentes tipos de tratamientos o intervenciones. A través de esta herramienta se concluyó que los apósitos más eficaces para el cuidado de las UV son los apósitos impregnados en plata. No obstante, no se han encontrado más estudios que comparen los apósitos de plata con otros tipos de apósitos o pomadas.

Los apósitos hidrocoloides fueron comparados en varios estudios. Por un lado, se compararon con los apósitos de alginato, por los autores O'Meara et al.¹⁴, y no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo y ratio de cicatrización de UV. Sin embargo, sí se notificó que los apósitos hidrocoloides ofrecen mayor facilidad de retirada, por lo que ofrecen más comodidad en las curas, en comparación con los apósitos de alginato. Por otro lado, los apósitos hidrocoloides también fueron comparados con el tratamiento de gel plaquetario en un estudio clínico aleatorizado elaborado en 2017²⁵. Ambos tratamientos ocasionaron una reducción significativa del área de la herida a los 90 días del inicio, pero los apósitos hidrocoloides consiguieron una tasa mayor de cicatrización (70% frente a 64%). De todos modos, el gel plaquetario también obtuvo una tasa óptima de reducción de la úlcera y no causó maceración de la piel perilesional, a diferencia de los apósitos hidrocoloides que la causaron en un porcentaje elevado. Además, dos de los meta-análisis utilizados en una revisión sistemática elaborada en 2020 corroboran que el gel plaquetario es efectivo en la reducción del área de la UV²⁶.

A continuación, se interpretan los resultados de tres estudios que analizan tres tipos diferentes de apósitos y pomadas en la cicatrización de las UV: los apósitos moduladores de proteasas, los factores de crecimiento y los apósitos antioxidantes.

Por un lado, en la revisión sistemática realizada por Wiley et al.²⁷ se comparó los tratamientos que incluyesen un apósito primario modulador de proteasas (con o sin un apósito secundario de otro tipo) con las terapias que se llevaban a cabo mediante un apósito primario que no fuera modulador de proteasas. Se analizaron los aspectos de tiempo y ratio de curación, dolor, infección, calidad de vida y utilización de recursos y costes. No se observaron diferencias entre

ambos tratamientos tópicos, por lo que se concluyó que la evidencia en cuanto a la utilización de apósitos moduladores de proteasas es incierta.

Por otro lado, otra revisión sistemática realizada en 2019 analizó los estudios que aplican factores de crecimiento en el lecho de las UV. En todas las investigaciones que recogieron, se comparó el uso de factores de crecimiento con otro tipo de tratamiento tópico o un tratamiento placebo y se concluyó que hay una pequeña tendencia a una curación más rápida cuando se aplican factores de crecimiento. Sin embargo, no fueron resultados con una diferencia estadísticamente significativa²⁸.

Por último, en el caso de heridas de larga evolución y sin una mejora tras la aplicación de diversos tratamientos tópicos, existen apósitos más novedosos. En el año 2018 se estudiaron en Almería 5 casos clínicos en los que heridas de etiología venosa no cicatrizaban a pesar de periodos largos de tratamiento y presentaban tejido desvitalizado. En ellas se comenzó a aplicar un apósito antioxidante. Las curas se realizaban cada 72 horas colocando el apósito en el lecho de la herida y la piel perilesional, junto con un manejo del exudado adecuado, la colocación de terapia compresiva y una película de barrera para evitar la maceración. Cuando se consideró que se había reactivado el proceso de cicatrización (lecho de la herida sin presencia de tejido no vital y apariencia de bordes activos), se retiró el apósito antioxidante y se continuó con curas según las características de cada herida. Se observó que la aplicación de los apósitos con control de estrés oxidativo, junto con una adecuada gestión del exudado y terapia compresiva, estimuló la cicatrización de estas heridas, superando la fase inflamatoria en la que se encontraban desde hace mucho tiempo. Esto se debe a que las propias células inflamatorias que migran a la zona dañada de la piel, con el fin de activar la cicatrización, pueden segregar un exceso de radicales libres que contradictoriamente impidan la cicatrización²⁹. Sin embargo, ningún otro de los artículos ha analizado este proceso en la cicatrización de las UV.

5.2. El tratamiento compresivo como primera elección en las UV

A continuación, se va a analizar el uso del tratamiento compresivo, indagando qué tipo ofrece mejores resultados, cómo el ejercicio físico afecta en él, cómo repercute en las recidivas de las UV y en los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios acerca de él.

La elección de un tipo u otro de terapia compresiva puede resultar un reto para los profesionales de enfermería de AP. Actualmente, existe el debate sobre cuál de los distintos tipos de vendaje compresivo es más adecuado a la hora de tratar con úlceras de etiología venosa.

Se ha comprobado que los sistemas de vendaje elásticos multicapa son más eficaces que los monocapa en la curación de UV^{21,15}. Sin embargo, dentro de los vendajes multicapa actualmente existe controversia. Por un lado, en un meta-análisis realizado en 2018³⁰, se comparó la diferencia del tiempo de curación de UV a las 12, 16 y 24 semanas del inicio del tratamiento y concluyeron que los vendajes de cuatro capas conllevaban una curación más acelerada que los vendajes bicapa. Por el contrario, otros estudios demuestran diferencias significativas en cuanto a menor tiempo de cicatrización y más calidad de vida en pacientes que llevaban vendajes bicapa frente a cuatro capas^{19,20}.

Así mismo, se ha observado que los vendajes de compresión elásticos pueden llegar a dar mejores resultados que los inelásticos debido a que estos últimos solo ejercen presión cuando se realiza actividad física^{21,31}. Dentro de la clasificación de vendajes elásticos, se conoce que las

medias de compresión ofrecen una mayor adherencia al tratamiento (a causa de la facilidad de ponerlas) por lo que conllevan a una mayor tasa de éxito en la cicatrización comparando con el resto de presentaciones de vendajes elásticos²¹.

La elección del tipo de terapia compresiva debe sustentarse en la evidencia científica más actualizada, la preferencia y tolerancia del paciente y las habilidades técnicas del profesional de enfermería que lo coloque, puesto que la eficacia del tratamiento compresivo y los resultados clínicos no dependen tanto del tipo de vendaje compresivo, sino del conocimiento, entrenamiento y habilidad del profesional sanitario que lo coloca^{15,21,30,31}.

En relación a lo mencionado en el apartado anterior, los autores Raña et al.³² ponen de manifiesto la falta de conocimientos y el uso escaso de la terapia compresiva entre los profesionales de la salud, perjudicando así la condición del paciente. El artículo manifiesta que, en la práctica profesional se debe proporcionar a los pacientes un cuidado adecuado según su condición física, valorando repetidamente las preferencias del paciente y los conocimientos y habilidades del profesional sanitario. Esta afirmación se ve reforzada por una revisión bibliográfica que concluye la existencia de un uso de terapia compresiva insuficiente en la práctica clínica diaria, a pesar de que se trate del tratamiento más favorable para estos pacientes¹⁵.

Referente a medidas coadyuvantes en el tratamiento compresivo, se destaca la realización de ejercicio físico para una cicatrización más rápida en pacientes que llevan cualquier tipo de medida compresiva. Dos estudios respaldan esta hipótesis^{16,33} y uno de ellos presenta un grado elevado de evidencia científica ya que se trata de un ensayo clínico aleatorizado en el que los pacientes del grupo de intervención, además de llevar terapia compresiva, realizaban 3 sesiones de ejercicio físico supervisado a la semana durante 12 semanas, y los pacientes del grupo control únicamente llevaban el tratamiento compresivo, pero no realizaban ningún tipo de ejercicio. Las UV de los componentes del grupo de intervención tardaron en cicatrizar una media de 13 semanas, mientras que las de los participantes del grupo control 34.7 semanas de media¹⁶.

Para finalizar con el manejo de la terapia compresiva, no hay que olvidar la posibilidad que tienen los pacientes de presentar recidivas de las UV. Por ello se recomienda mantener la terapia compresiva, aun después de que haya finalizado su proceso de cicatrización, ya que un alto porcentaje de pacientes pueden volver a padecerlas y el vendaje contribuye a frenarlo o evitarlo^{6,17}. En el caso de que el tipo de terapia elegida sea las medias de compresión, éstas se deben renovar cada 6 meses. Además, el descanso con elevación de las piernas y la aplicación de una loción hidratante diaria deben de ser recomendadas ya que han demostrado diferencias significativas en cuanto a la aparición de nuevas heridas. Sin embargo, las tasas de recidivas son muy elevadas y se necesita un mayor número de investigaciones sobre el tema⁶.

A pesar de que se haya evidenciado la eficacia de su uso, no siempre se aplica esta terapia en la frecuencia adecuada. Un estudio realizado en 2016 en el ámbito nacional concluyó que el 35,7% de los pacientes con una úlcera de etiología venosa no llevaban ningún tipo de terapia compresiva¹⁸.

5.3. Influencia del profesional de enfermería en la Adherencia Terapéutica y Calidad de Vida de los pacientes con UV

El personal de enfermería no sólo debe tratar las heridas localizadas, sino que debe tener en cuenta la totalidad de la persona otorgando cuidados holísticos, por lo que es fundamental establecer acciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes con heridas de etiología venosa en la práctica clínica¹⁰.

5.3.1. Intervenciones educativas en pacientes con UV

Cifuentes et al.³⁴ realizaron una revisión bibliográfica con el fin de analizar con más detalle las intervenciones educativas de enfermería enfocadas en las personas con UV. Seleccionaron 16 intervenciones, de las cuales 13 eran intervenciones individuales (principalmente intervenciones de carácter educativo) y 3 grupales. Los resultados principales que obtuvieron es que muy pocas de las intervenciones educativas ofrecieron conceptos teóricos, aun cuando se ha demostrado la validez de estos en el entendimiento y razonamiento de diversos problemas que afectan a la salud; la mayoría de la promoción de la salud se hizo en torno al ejercicio físico, motivando a los pacientes a que pasearan y elevaran las piernas con frecuencia. No se extrajeron resultados de las intervenciones educativas comunitarias. Las autoras concluyeron que a pesar de que las úlceras de etiología venosa presenten una prevalencia e incidencia elevadas, encontramos registradas muy pocas intervenciones de enfermería dirigidas a los cuidados de estos pacientes. Además, plantearon que se debe replantear el enfoque de éstas. No obstante, otra revisión bibliográfica publicada el mismo año¹¹, obtuvo resultados de distintas interacciones grupales en la comunidad, concluyendo que los grupos con personas que sufren UV promueven la interacción social, el empoderamiento y la autoestima, la calidad de vida y la percepción de apoyo social de los pacientes, además de notar disminución en la sensación del dolor. Estos programas comunitarios fueron analizados por enfermeras, pero no elaborados ni llevados a cabo por ellas.

La AP de Salud sitúa, principalmente, su lugar de trabajo en los Centros de Salud, pero su campo de actuación es la comunidad. Así, los profesionales de enfermería de AP se desplazan diariamente a los domicilios de usuarios que tienen grandes barreras físicas para acudir a los CAP. Dos estudios recogen los efectos de intervenciones educativas individuales realizadas por los profesionales de enfermería en el propio hogar de las personas con heridas de etiología venosa. Uno de ellos compara los porcentajes de cicatrización entre pacientes tratados y educados en domicilio y los atendidos en centros sanitarios, y concluye que no hay diferencias significativas en la cicatrización de las úlceras. Por lo que la calidad de vida de los usuarios asistidos en domicilio no se ve afectada por el hecho de ser atendidos en un lugar externo a un centro sanitario³⁵. El otro es un estudio descriptivo cuantitativo, que registró y analizó la calidad de vida de los pacientes tras una intervención educativa en domicilio sobre estilos de vida. Tras el proceso, los pacientes manifestaron presentar menos dolor y edema y una mejora en las dificultades de la locomoción³⁶.

5.3.2. El papel del profesional de enfermería en la adherencia al tratamiento de las personas con UV

Se debe destacar que cuanto mayor sea la adherencia terapéutica de los pacientes, más aumentará su calidad de vida. Además, como ya se ha mencionado previamente, una buena adherencia a los sistemas de vendaje compresivo acelera la cicatrización y previene las recidivas de úlceras. Sin embargo, dentro del tratamiento de las UV, algunos estudios demuestran que la terapia compresiva es la medida con menor tasa de adherencia terapéutica. Los autores de dos estudios, observaron que los principales motivos de una escasa adherencia al tratamiento compresivo son el dolor que ocasionan los vendajes, la incomodidad, la duración del tratamiento, la exigencia de cambios en el estilo de vida, las creencias de que son heridas “incurables” y la falta de educación sanitaria recibida^{37,38}. El estudio de Dantas et al.³⁸ notificó que, de los 101 pacientes entrevistados, un 87.1% no llevaba terapia compresiva, pero además, el 60.4% no había recibido educación sanitaria en cuanto a este tipo de tratamiento.

En última instancia, se ha analizado la importancia que tiene la relación entre el profesional de la salud y el paciente a la hora de adquirir adherencia a cualquier tratamiento⁸. Todos los autores coinciden en que la adherencia aumenta cuando a los pacientes se les da la oportunidad de ser los protagonistas de su propio cuidado para aumentar su calidad de vida. Así mismo, la educación sanitaria ofrecida al paciente es reforzada a través de estrategias que aumenten la motivación. Son varios los autores que recalcan la importancia de programas de educación para la salud grupales con el fin de estimular la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables, ya que la adherencia al tratamiento se ha visto reforzada cuando se han generado relaciones de confianza entre personas que padecen una misma afección³⁸⁻⁴⁰.

6. CONCLUSIONES

Tras analizar detalladamente los resultados obtenidos, se han concluido varias ideas principales.

- La larvaterapia reduce significativamente la carga bacteriana, además de ofrecer un desbridamiento efectivo en las UV.
- Los productos de colagenasa que incluyen ácido hialurónico presentan un mayor índice de seguridad en cuanto al estado de la piel perilesional respecto a los que no lo incluyen.
- La elección de los distintos tipos de pomadas o apósitos debe ser llevada a cabo como consecuencia de una valoración detallada de la herida y de la sintomatología que pueda ocasionar (dolor, olor, exceso de exudado), apoyando las decisiones en la evidencia científica más actualizada.
- La terapia compresiva debe ser el tratamiento de primera elección de las UV ya que trata la causa subyacente del problema.
- La eficacia de la terapia compresiva no depende tanto del tipo de vendaje elegido, sino de las habilidades y los conocimientos de los profesionales que lo aplican.
- Los grupos de interacción comunitaria han demostrado un aumento del estado de ánimo y disminución del aislamiento social y niveles de dolor, además de incrementar la adherencia terapéutica.
- Es necesario llevar a cabo la elaboración de programas grupales de Educación Para la Salud con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con úlceras de etiología venosa.

7. PROPUESTA DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CON ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA

7.1. Introducción

A propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes con úlceras de etiología venosa, se ha elaborado un programa de educación para la salud enfocado principalmente en la adherencia terapéutica y el estado psicosocial de los pacientes que las presentan.

Como se ha concluido en la revisión bibliográfica realizada anteriormente, la baja adherencia al tratamiento compresivo y la alta prevalencia de alteraciones en el estado de ánimo empobrece considerablemente la calidad de vida de las personas con UV. Además, se ha observado que las intervenciones grupales realizadas en este tipo de pacientes han resultado beneficiosas principalmente en el estado de ánimo, en los niveles de dolor percibidos, en las relaciones sociales y en la adherencia terapéutica.

La finalidad de dicho programa es empoderar a estos pacientes, favoreciendo la gestión de sus emociones y haciéndoles partícipes de sus propios cuidados. Se trata de una intervención grupal, ya que así se verán fortalecidos aspectos como la escucha, la comunicación, la reflexión, la cooperación y el sentimiento de pertenencia al grupo. Al abordar dicho problema de forma conjunta, los pacientes comprobarán que es una situación que afecta a más personas de su entorno, por lo que podrán crear relaciones sociales con personas con situaciones parecidas y reforzarán ciertas actitudes entre ellos.

El programa está dirigido a personas de cualquier sexo y edad, con una UV activa en el momento de la intervención (prevención terciaria). Se ha programado para llevarlo a cabo en el ámbito de AP, en grupos reducidos de unos 8-10 pacientes o educandos.

El objetivo general que se ha planteado para llevar a cabo el programa de educación para la salud es el siguiente:

- Los participantes del programa de EPS para personas con UV manifestarán el deseo de cumplir con el tratamiento pautado y de solicitar ayuda psicosocial en el caso que identifiquen necesidad de ello al finalizar el programa.

7.2. Cronograma

Las sesiones del programa se llevarán a cabo en espacios de reuniones habilitados en los centros de salud. A poder ser, en una sala que tenga el suficiente espacio para hacer un círculo con varias sillas sin una mesa en medio y que tenga la opción de poder visualizar los recursos audiovisuales.

Tabla 2. Cronograma de la Propuesta del Programa de EPS. Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 1: ‘EL ESTADO PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON UV’		
SESIÓN 1: ‘¿Cómo nos sentimos?’		
Actividad 1: <i>La importancia de nuestras virtudes.</i>	15 minutos	50 minutos
Actividad 2: <i>Poner nombre a nuestros sentimientos.</i>	25 minutos	
Actividad 3: <i>La validez de los sentimientos.</i>	10 minutos	
SESIÓN 2: ‘La importancia del apoyo social’		
Actividad 1: <i>Cuándo y cómo pedir ayuda.</i>	20 minutos	50 minutos
Actividad 2: <i>Visualicemos situaciones reales.</i>	30 minutos	
BLOQUE 2: ‘LOS ESTILOS DE VIDA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO’		
SESIÓN 3: ‘¿Por qué tengo una úlcera venosa?’		
Actividad 1: <i>¿Conocemos realmente la causa?</i>	10 minutos	50 minutos
Actividad 2: <i>Un viaje al interior del cuerpo humano.</i>	10 minutos	
Actividad 3: <i>¿Me siento bien con mis hábitos de vida?</i>	30 minutos	
SESIÓN 4: ‘Tratar la causa acelera el proceso’		
Actividad 1: <i>¿Soy consciente de la importancia de la terapia compresiva?</i>	15 minutos	70 minutos
Actividad 2: <i>¡Probémoslo!</i>	15 minutos	
Actividad 3: <i>Demos vida a nuestras piernas.</i>	30 minutos	

7.3. Organigrama

BLOQUE 1: 'EL ESTADO PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON UV'

Objetivos específicos

- Los educandos enunciarán los signos que indican la necesidad de pedir ayuda psicosocial al finalizar la segunda sesión (cognitivo).
- Los educandos conceptualizarán los sentimientos que experimentan desde la presencia de la UV al finalizar la primera sesión (aptitudinal).
- Los educandos mostrarán interés a la hora de participar en las actividades programadas durante las dos sesiones (actitudinal).

SESIÓN 1: '¿Cómo nos sentimos?'

Contenido

- La importancia de poner nombre a los sentimientos.
- La validez de los sentimientos.

Metodología

Actividad 1: *La importancia de nuestras virtudes.* Para iniciar el programa y con el fin de que los participantes se presenten a sus compañeros, se realizará una dinámica de grupo que durará aproximadamente 15 minutos. Cada educando deberá presentarse diciendo un defecto y tres virtudes que tenga. Al mismo tiempo, el compañero que se encuentre a mano derecha, deberá opinar cuál de las tres virtudes es la que más valora en la forma de ser de una persona y por qué.

Actividad 2: *Poner nombre a nuestros sentimientos.* En primer lugar, mediante una lluvia de ideas, los educandos deberán nombrar mediante una o dos palabras todos los sentimientos percibidos que se les vengan a la cabeza desde que presentan la herida crónica. El educador escribirá dichas palabras en una pizarra y, posteriormente, cada educando deberá elegir uno de los sentimientos anotados y deberá contar qué situaciones desarrollan ese sentimiento y cómo hace frente a ellas. La actividad durará 25 minutos.

Actividad 3: *La validez de los sentimientos.* Para finalizar la primera sesión, se llevarán a discusión, durante 10 minutos, tres preguntas abiertas realizadas por el educador. Éstas serán las siguientes:

- "¿Todos nuestros sentimientos son válidos?"
- "¿Hay sentimientos más dignos que otros?"
- "¿La herida que tengo me define como persona?"

SESIÓN 2: 'La importancia del apoyo social'

Contenido

- La importancia de pedir ayuda.
- Signos que indican la necesidad de pedir ayuda.
- A quién debo dirigirme si necesito ayuda.

Metodología

Actividad 1: *Cuándo y cómo pedir ayuda.* El comienzo de la segunda sesión irá acompañado de una entrevista grupal educativa, de una duración de 20 minutos, que tratará sobre la importancia de solicitar ayuda psicosocial, los signos que nos indican que precisamos ayuda y a quién debemos recurrir en estos casos. Se realizará en formato de entrevista ya que el educador expondrá de forma educativa estos temas, pero frecuentemente solicitará la opinión y visión sobre los educandos.

Actividad 2: *Visualicemos situaciones reales.* Con el fin de ser conscientes de la importancia y el beneficio que tiene el hecho de solicitar ayuda, a continuación, se dividirá al grupo en tres subgrupos y se les asignarán tres situaciones diferentes en las que un paciente con una UV pide ayuda psicosocial (en el entorno familiar, a un amigo cercano y en la consulta de enfermería de AP). Los educandos deberán idear cómo se puede ayudar en esas circunstancias y recrear dicha situación imaginaria frente al resto del grupo mediante la técnica denominada *Role-Playing*, la cual durará media hora.

EVALUACIÓN DEL BLOQUE 1

Al mismo tiempo de la ejecución de las dos sesiones del primer bloque, el educador irá redactando un registro anecdótico y descriptivo en el que anotará el transcurso de las actividades realizadas. Tras finalizar la segunda actividad de la primera sesión podrá evaluar el cumplimiento del objetivo actitudinal, para ello, el educador anotará en el registro la forma y la capacidad que tiene cada educando para reconocer un sentimiento (por ejemplo, “el educando nº1 identifica el insomnio que padece con el sentimiento de miedo”). Por el contrario, el objetivo actitudinal del bloque no podrá ser evaluado hasta finalizar las dos sesiones por completo.

Para evaluar el objetivo cognitivo, el educador completará una rúbrica o matriz de valoración durante la ejecución de la primera actividad de la segunda sesión. En ella se puntuarán del 1 al 4 los siguientes apartados: identifica los signos de depresión, conoce los recursos psicosociales comunitarios disponibles, reconoce la importancia de pedir ayuda psicológica.

BLOQUE 2: ‘LOS ESTILOS DE VIDA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO’

Objetivos específicos:

- Los educandos definirán cómo es el proceso fisiopatológico de las úlceras venosas al finalizar la tercera sesión (cognitivo).
- Los educandos sugerirán qué acciones y estilos de vida favorecen la cicatrización de las úlceras venosas al finalizar la tercera sesión (aptitudinal).
- Los educandos se aplicarán correctamente los distintos tipos de vendajes compresivos durante la cuarta sesión (aptitudinal).
- Los educandos manifestarán el deseo de adherirse al tratamiento compresivo durante la cuarta sesión (actitudinal).

SESIÓN 3: '¿Por qué tengo una úlcera venosa?'

Contenido

- Proceso fisiopatológico de las úlceras venosas.
- Estilos de vida que favorecen la cicatrización de las UV.

Metodología

Actividad 1: ¿Conocemos realmente la causa? A modo introductorio al segundo bloque del programa, se realizará durante 10 minutos una discusión en grupo para concluir entre todos cuál es el proceso que ocurre en nuestro organismo para desarrollar una úlcera de etiología venosa. Se realizará con el fin de conocer qué conocimientos previos poseen los educandos sobre su proceso patológico.

Actividad 2: Un viaje al interior del cuerpo humano. Con el fin de valorar las conclusiones obtenidas en la actividad anterior, se explicará el proceso fisiopatológico de las UV mediante un recurso audiovisual. Dicho vídeo será seleccionado de tal forma que no dure más de diez minutos y que explique de forma clara y concisa el proceso de la ulceración en pacientes con EV.

Actividad 3: ¿Me siento bien con mis hábitos de vida? Una vez entendido adecuadamente el proceso, se deberá concluir mediante una discusión en grupo qué estilos de vida pueden favorecer la cicatrización de las UV. Posteriormente, cada educando deberá seleccionar un hábito de los mencionados (el cual hasta la fecha no lleva a cabo en su vida diaria) y manifestar cuál cree que es el grado de importancia de dicho hábito y cuáles son las barreras que le limitan a implementarlo en su día a día. Esta actividad tendrá una duración de media hora.

SESIÓN 4: 'Tratar la causa acelera el proceso.'

Contenido

- El tratamiento compresivo como tratamiento de primera opción.
- Los beneficios del ejercicio físico.
- La importancia de la motivación en el mantenimiento de los hábitos de vida saludables.

Metodología

Actividad 1: ¿Soy consciente de la importancia de la terapia compresiva? Tras analizar en la sesión anterior el proceso que causa y los hábitos de vida que mejoran las UV, se llevará a cabo un debate sobre la importancia del tratamiento compresivo, las barreras que se encuentran a la hora de adherirse a él, las facilidades y los inconvenientes que encuentran en cuanto a su uso, las preferencias que tienen sobre los diferentes tipos de tratamientos compresivos, el grado de importancia que tiene la motivación y el apoyo social a la hora de adherirse al tratamiento, el ejercicio físico como refuerzo del tratamiento compresivo y las cuestiones que vayan surgiendo en relación al tema. La mitad del grupo será posicionado a favor y la otra mitad en contra de la terapia compresiva. Dicho debate tendrá una duración de 15 minutos.

Actividad 2: ¡Probémoslo! A continuación, se emplearán los próximos 25 minutos en enseñar físicamente a los educandos distintos tipos de dispositivos de terapia compresiva. El educador hará una demostración de cómo se colocan los vendajes inelásticos monocapa, elásticos monocapa (medias compresivas) y un vendaje elástico de 2 y otro de 4 capas. Posteriormente, los educandos deberán colocárselos los unos a los otros y a ellos mismos mediante una técnica de simulación.

Actividad 3: *Demos vida a nuestras piernas*. Para concluir la sesión y el programa, se dará un paseo grupal durante los 30 minutos restantes por zonas verdes según el recorrido que planifique el educador. Dicho paseo reforzará el sentimiento de pertenencia al grupo, generará una sensación de bienestar gracias a la segregación de endorfinas a la hora de realizar ejercicio físico y reforzará la visión positiva de los educandos en cuanto a los hábitos de vida saludable.

EVALUACIÓN DEL BLOQUE 2

Para la evaluación del objetivo cognitivo del segundo bloque, se realizará un cuestionario con preguntas cerradas sobre aspectos tratados en el vídeo tras finalizar la reproducción de éste en la segunda actividad de la sesión 3.

Con el fin de evaluar los objetivos aptitudinales, se registrarán dos rúbricas. Una, en la primera mitad de la actividad 3 de la tercera sesión, en el momento en el que los educandos tienen que concluir que hábitos de vida favorecen la curación de la UV, y la otra durante la segunda actividad de la cuarta sesión, en la cual el educador puntuará las habilidades motrices de los educandos a la hora de aplicarse los vendajes compresivos los unos a los otros y a sí mismos.

Por último, para conocer el grado de cumplimiento del objetivo actitudinal, el educador elaborará un diario de campo durante el debate sobre el tratamiento compresivo y ejercicio físico que se elaborará en la última sesión.

EVALUACIÓN FINAL

Al finalizar el programa se deberá evaluar la estructura y los resultados del programa con el fin de detectar aspectos a mejorar en futuras intervenciones.

Ambos estructura y resultados se evaluarán mediante una encuesta que entregará el educador a los educandos tras la última sesión. La primera parte constará de un cuestionario con preguntas cerradas para valorar la estructura en el que se preguntará por los recursos humanos y materiales, estructura física y organización y tiempo de duración de las actividades. En cambio, la segunda parte será una escala de actitudes que permitirá evaluar el cumplimiento del objetivo general del programa. Ésta también estará formada por preguntas cerradas que irán enfocadas en reconocer la importancia de solicitar ayuda en las situaciones que lo requieran y en la motivación del cumplimiento del tratamiento y los estilos de vida saludables.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Harding K, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. *Wounds International* 2015. [Acceso 9 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/simplifying-venous-leg-ulcer-management-consensus-recommendations>
2. Marinelo 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. [Acceso 9 de febrero de 2021].
3. Franks, P., Barker, J., Collier, M. et al. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. *J Wound Care*. 2016 Jun; 25 Suppl, 1–67. [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27292202/>
4. Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers. *Wounds International*, 2013. [Acceso 9 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/principles-compression-venous-disease-practitioners-guide-treatment-and-prevention-venous-leg-ulcers>
5. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª edición. Madrid: AEEVH, 2017. [Acceso 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://gneaupp.info/consenso-sobre-ulceras-vasculares-y-pie-diabetico-de-la-asociacion-espanola-de-enfermeria-vascular-y-heridas-aeevh/>
6. Borges El, Ferraz AF, Carvalho DV, de Matos SS, Lima NVLA. Prevention of varicose ulcer relapse: a cohort study. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(1): 9-16. [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000100009&script=sci_arttext&lng=en
7. Álvarez-Del-Río RF. Factors Associated to the Cicatrization Success of Lower-Limb Ulcer of Venous Etiology. *Invest. Educ. Enferm*. 2018; 36(3). [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083854/>
8. Silva JAA, Rodrigues SO, Abreu CSS, Pieszak GM, Durgante VL, dos Santos RR. The therapeutic route of chronic venous ulcer bearing patients and its effects towards nursing care. *Rev Fun Care Online*. 2018 ; 10(4) : 1041-1049. [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328047636_The_therapeutic_route_of_chronic_venous_ulcer_bearing_patients_and_its_effects_towards_nursing_care Itinerario terapéutico de pessoas com úlcera venosa crónica e as implicações para o cuidado de Enfer
9. Finlayson K, Miaskowski C, Alexander K, Liu WH, Aouizerat B, Parker C, Maresco-Pennisi D et al. Distinct Wound Healing and Quality-of-Life Outcomes in Subgroups of Patients With Venous Leg Ulcers With Different Symptom Cluster Experiences. *J Pain Symptom Manag*. 2017 May; 53(5): 871-879. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28063868/>
10. Araújo RO, Silva DC, Souto RQ, Pergola-Marconato AM, Costa IKF, Torres GV. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. *Aquichan*. 2016; 16(1): 56-66. [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5574>
11. Cifuentes, JE, Guerrero, SG. Psychosocial factors of patients with venous leg ulcers and their association with healing. *Braz. J. Enterostomal Ther*. 2020; 18: e0720. [Acceso 9 de febrero

- de 2021]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/esSiqueira/biblio-1102128>
12. Scalise A, Campitiello F, Della Corte A, Longobardi P, Di Salvo M, Tartaglione C, et al. Enzymatic debridement: is HA-collagenase the right synergy. Randomized double-blind controlled clinical trial in venous leg ulcers. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2017; 21: 1421 - 1431. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28387882/>
 13. Gethin G, Cowman S, Kolbach DN. Debridement for venous leg ulcers. 2015 Sep; 2015 (9). [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26368002/>
 14. O'Meara S, Martyn-St James M, Adderley UJ. Alginate dressings for venous leg ulcers. 2015; 8. [Acceso 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26286189/>
 15. Gómez López T, del Pino Morales AL, Fernández Jiménez E. Terapia compresiva para úlcera venosa de la pierna. *Rev Paraninfo Digital.* 2015; 22. [Acceso 26 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/433.php>
 16. Klonizakis M, Tew GA, Gumber A, Crank H, King B, Middlenyon G et al. Supervised exercise training as an adjunct therapy for venous leg ulcers: a randomized controlled feasibility trial. *Br J Dermatol.* 2018; 178: 1072-1082. [Acceso 26 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29077990/>
 17. Moscicka P, Szewczyk M, Cwajda-Bialasik J, Jawien A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Adv Clin Exp Med.* 2019; 28 (6): 847 - 852. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085435/>
 18. Seller-Arias M, Anarte-Ruiz C, Masoliver-Forés F, Garralón-Pérez A. Manejo interdisciplinar de úlceras vasculares: compresión, tratamiento local, tratamiento complementario y coordinación interdisciplinar. *RqR.* 2017 Aug; 5(3): 60-71. [Acceso 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079381>
 19. Goka E, Poku E, Thokala P, Sutton A. Clinical and Economic Impact of a Two-layer Compression System for the Treatment of Venous Leg Ulcers: A Systematic Review. *WOUNDS.* 2020; 32(1): 11-21. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155127/>
 20. Guest JF, Fuller GW. Clinical outcomes and cost-effectiveness of three different compression systems in newly-diagnosed venous leg ulcers in the UK. *J. Wound Care.* 2017 May; 26(5). [Acceso 26 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28475441/>
 21. De Carvalho MR, de Oliveira BGRB. Terapia compresiva para el tratamiento de úlceras venosas: una revisión sistemática de la literatura. *Enferm Global.* 2017; 45: 574-591. [Acceso 26 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000100574
 22. Andrés-Gonzalo C, Berrenechea-Fernández MJ, Castro-Álvarez VM, Cordero-Guevara J, Fuertes-Estallo J, González-Cerezo A, et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2019. [Acceso 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>
 23. Contreras-Ruiz J, Fuentes-Suárez A, Arroyo-Escalante S, Moncada-Barrón D, Sosa-de-Martínez MC, et al. Estudio comparativo de la eficacia de la larvaterapia (LT) para desbridar y controlar la carga bacteriana en úlceras venosas comparado con desbridamiento

- quirúrgico y aplicación de un antimicrobiano tópico. *Gac Med Mex.* 2016; 152: 78 - 87. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68757>
24. Norman G, Westby M, Rithalia A, Stubbs N, Soares M, et al. Dressing and topical agents for treating venous leg ulcers. 2018. [Acceso 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29906322/>
 25. Gobo de Oliveira M, Amante Miot H, Deffune E, Fernandes Abbade LP, Ferreira RR. Pilot study of homologous platelet gel in venous ulcers. *An Bras Dermatol.* 2017; 92 (4): 499 - 504. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954098/>
 26. Baptista de Oliveira BGR, Rezende de Carvalho M, Leite Ribeiro AP. Cost and effectiveness of Platelet Rich Plasma in the healing of varicose ulcer: Meta-analysis. *Rev Bras Enferm.* 2020 June 24; 73 (4). [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000400305&script=sci_abstract&tlng=es
 27. Westby MJ, Norman G, Dumville JC, Stubbs N, Cullum N. Protease modulating matrix treatments for healing venous leg ulcers. 2016 Dec; (12). [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27977053/>
 28. De Carvalho RM, Andrade Silveira I, Baptista de Oliveira BGR. Tratamento de úlceras venosas com fatores de crescimento: revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72 (1). [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000100200&script=sci_arttext&tlng=pt
 29. Jiménez-García JF, Abad-García MM, Ortiz-Villegas L, Zarco-Marín JM, Expósito-Torres R, García-Fernández FP. Cicatrización de las úlceras venosas complejas mediante el control de estrés oxidativo. *Rev ROL Enferm.* 2018; 41 (11-12): 739-744. [Acceso 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6719708>
 30. Carvalho M, Peixoto B, Guitton B, De Oliveira R. A Meta-analysis to Compare Four-layer to Short-stretch Compression Bandaging for Venous Leg Ulcer Healing. 2018 May; 64 (5). [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29847309/>
 31. Cardoso LV, Godoy JMP, Godoy MFG, Czorny RCN. Terapia compressiva : bota de Unna aplicada a lesões venosas: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52. [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100808&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 32. Raña-Lama CD, Bouza-Prego MA, Saleta-Canosa JL, Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L. Obstáculos y apoyos percibidos en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas de la pierna. *Ene.* 2016 Ago; 10(2). [Acceso 22 de enero de 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200004
 33. Andrew Jull RN, Julia Slark RN, Parsons J. Prescribed Exercise With Compression vs Compression Alone in Treating Patients With Venous Leg Ulcers. *JAMA Dermatol.* 2018; 154 (11): 1304-1311. [Acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7133236>
 34. Cifuentes JE, Guerrero S. Nursing Interventions Aimed at Persons with Venous Ulcers: an Integrative Review. *Aquichan.* 2020; 20 (1). [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/11753>

35. Ogrin R, Parker C, Finlayson K, Anderson J, Edwards H. Characteristics of people receiving wound care at home versus in a clinic. *Elselvier*. 2020 Dec ; 40(1). [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://eprints.qut.edu.au/206658/>
36. Morais IM, Joaquim FL, Camacho AL. Efeito das orientações em saúde na capacidade funcional de pessoas com úlceras venosas. *Rev Cubana Enferm*. 2017; 33(2). [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1082>
37. Weller C, Buchbinder R, Johnston R. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2016. [Acceso 22 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26932818/>
38. Liberato SMD, Araújo RO, Souza AJG, Marconato AMP, Costa IKF, Torres GV. Adesão ao tratamento de pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária à saúde. *Aquichan*. 2017; 17(2): 128-139. [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6178263>
39. Henrique da Silva M, Pinto de Jesus MC, Evangelista Tavares R, de Carvalho Caldeira EA, Moura de Oliveira D, Barbosa Merighi MA. Experiência de pessoas adultas e idosas frente à adesão aos cuidados com a úlcera varicosa. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019;40. [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100410&script=sci_abstract&tIng=es
40. Phillips P, Lumley E, Duncan R, Aber A, Woods HB, Jones GL, et al. A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers. *J. Adv. Nurs*. 2018;74(3):550-563. [Acceso 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28960514/>

9. ANEXOS

Anexo 1. Clasificación CEAP. Fuente: Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético. 3ª Edición 2017⁵.

Clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Patofisiológica (CEAP)						
Grado clínico*						
						
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
No hay signos visibles o palpables de Enfermedad Venosa	Telangiectasias o venas reticulares	Varices; se distinguen de las venas reticulares por tener un diámetro ≥ 3 mm	Edema	Cambios en la piel y en el tejido subcutáneo	Úlcera venosa curada	Úlcera venosa activa
Etiología (Congénita (Ec), Primaria (Ep), Secundaria (Es), Sin causa identificada).						
Extensión Anatómica (Sistema Venoso Superficial (As), Perforante (A+nº de las perforantes afectadas), Profundo (Ap), o Sin Identificar).						
Fisiopatología (Reflujo (Fr), Obstrucción (Fo), Ambos (Fr+Fo), Sin Identificar).						
*Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A o C5S. Los síntomas incluyen dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.						

Anexo 2. Estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Pubmed	Varicose ulcer AND Wound healing	41	7
	Varicose ulcer AND Compression bandages	13	3
	Compression bandages AND wound healing	26	0
	Compression bandages AND (primary health care OR nursing care)	28	0
	Varicose ulcer AND (primary health care OR nursing care)	26	2
CuidenPlus	(Úlceras venosas OR Úlceras varicosas) AND Cicatrización	8	3
	(Úlceras varicosas OR Úlceras venosas) AND (Terapia de compresión OR Medias de compresión)	2	1
	Terapia de compresión AND (Atención primaria de salud OR Cuidados de enfermería)	1	0
	(Úlceras varicosas OR Úlceras venosas) AND (Atención Primaria de Salud OR Cuidados de enfermería)	26	4
Cinahl	Úlceras venosas AND Cicatrización de heridas	3	1
	Úlceras venosas AND Vendaje compresivo	0	0
	Vendaje compresivo AND Cicatrización de heridas	0	0
	Úlceras venosas AND (Atención Primaria OR Cuidados de Enfermería)	3	1
	Cochrane	Varicose ulcer AND Wound healing	17

	Varicose ulcer AND Compression bandages	16	0
	Compression bandages AND (primary health care OR nursing care)	6	0
	Varicose ulcer AND (primary health care OR nursing care)	5	1
Scopus	Varicose ulcer AND Wound healing	30	5
	Varicose ulcer AND (primary health care OR nursing care)	8	2
Scielo	Varicose ulcer AND Wound healing	6	0
	Varicose ulcer AND (primary health care OR nursing care)	2	0
TOTAL		267	32

Anexo 3. Artículos seleccionados. Fuente: elaboración propia.

Nº de referencia	Año y lugar	Título	Metodología y muestra	Conclusiones
6	2016, Brasil	Prevention of varicose ulcer relapse: a cohort study.	Estudio de cohortes. Nº de pacientes: 50	La mejor forma de evitar las recidivas es aplicando terapia compresiva, cambiando las medias cada 6 meses, elevando las piernas y aplicando crema hidratante diariamente.
8	2018, Brasil	The therapeutic route of chronic venous ulcer bearing patients and its effects towards nursing care	Estudio descriptivo. Nº de pacientes: 11	Las publicaciones hasta la fecha, guían a los profesionales de enfermería en cómo tratar las UV. Se deben realizar más estudios.
10	2015, Brasil	Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária	Estudio descriptivo. Nº de pacientes: 101	Las personas con heridas venosas de larga evolución, tienen gravemente comprometida su calidad de vida. Se necesita más investigación en la materia.
11	2020, Colombia	Psychosocial factors of patients with venous leg ulcers and their association with healing	Revisión bibliográfica Nº de artículos : 16	Una gran parte de los pacientes con heridas venosas sufre de depresión o ansiedad.
12	2017, Italia	Enzymatic debridement: is HA-collagenase the right synergy. Randomized double-blind controlled clinical trial in venous leg ulcers	Estudio clínico aleatorizado Grupo intervención: 58 Grupo control: 55	Se concluye que la aplicación de productos de ácido hialurónico y colagenasa ayudan significativamente al desbridamiento de la herida en un periodo de 15 días en comparación con los productos de colagenasa únicamente.

13	2015, Países Bajos	Debridement for venous leg ulcers.	Revisión sistemática. Nº de artículos : 13.	Existe un consenso entre la evidencia científica de que un adecuado desbridamiento favorece la curación de las úlceras venosas. Sin embargo, no hay suficientes estudios que avalen el desbridamiento en el proceso de cicatrización de las UV.
14	2015, Reino Unido	Alginate dressings for venous leg ulcers	Revisión sistemática Nº de artículos: 5	No hay evidencias que indiquen qué tipo de apósito de alginato es más favorable para la curación de las úlceras venosas, o si es más óptima la cura de éstas con apósitos de alginato o hidrocoloide.
15	2015, España	Terapia compresiva para úlcera venosa de la pierna	Revisión bibliográfica Nº de artículos: 20	Los vendajes compresivos multicapa son más efectivos que los monocapa en la cicatrización de las úlceras venosas. Es primordial la formación de los profesionales de enfermería en este ámbito.
16	2017, Reino Unido	Supervised exercise training as an adjunct therapy for venous leg ulcers: a randomized controlled feasibility trial	Estudio clínico aleatorizado Grupo Intervención: 17 Grupo control : 21	Hubo diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes del grupo de intervención (terapia compresiva y ejercicio físico) tuvieron una ratio más elevada que los pacientes del grupo control (terapia compresiva)

17	2019, Polonia	The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers	Revisión bibliográfica Nº de artículos : 6	El tratamiento compresivo es la mejor opción para tratar las UV.
18	2017, España	Manejo interdisciplinar de úlceras vasculares: compresión, tratamiento local, tratamiento complementario y coordinación interdisciplinar	Estudio observacional longitudinal retrospectivo Nº de muestra: 31	La terapia compresiva es usada en un porcentaje inferior al adecuado en las úlceras de etiología venosa. Además, menos de una cuarta parte de las terapias compresivas que se implantan no siguen las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.
19	2020, Estados Unidos	Clinical and Economic Impact of a Two-layer Compression System for the Treatment of Venous Leg Ulcers: A Systematic Review	Revisión sistemática Nº de artículos : 5	Los vendajes compresivos bicapa consiguieron una tasa de cicatrización mayor a los vendajes de cuatro capas.
20	2017, Reino Unido	Clinical outcomes and cost-effectiveness of three different compression systems in newly-diagnosed venous leg ulcers in the UK	Estudio de cohortes retrospectivo Nº de pacientes: 600	Los vendajes de compresión bicapa consiguieron más efectos deseados que los vendajes multicapa de cuatro capas.
21	2017, Brasil	Terapia compresiva para el tratamiento de úlceras venosas: una revisión sistemática de la literatura	Revisión sistemática. Nº de artículos: 25	El mejor tratamiento para las heridas de etiología venosa es la terapia compresiva, sea del tipo que sea.
23	2016, México	Estudio comparativo de la eficacia de la larvaterapia (LT) para desbridar y controlar la carga bacteriana en úlceras venosas comparado con desbridamiento	Estudio clínico aleatorizado Grupo Intervención: 10	La larvaterapia es más óptima en el control de la carga bacteriana e igual de efectiva en el desbridamiento y cicatrización de las úlceras venosas en

		quirúrgico y aplicación de un antimicrobiano tópico	Grupo control: 9	comparación con el desbridamiento quirúrgico y la aplicación de un antimicrobiano tópico.
24	2018, Reino Unido	Dressings and topical agents for treating venous leg ulcers	Revisión sistemática. Nº de artículos: 59	A pesar de que haya evidencias que indiquen que los apósitos impregnados en plata pueden favorecer la cicatrización de las úlceras venosas, las investigaciones realizadas hasta la fecha no indican cuál es el tratamiento tópico más eficaz para tratarlas.
25	2017, Brasil.	Pilot study of homologous platelet gel in venous ulcers	Estudio clínico aleatorizado Grupo Intervención: 9 Grupo Control : 12	El gel plaquetario junto con la terapia de compresión mostraron efectos favorables y una reducción de efectos adversos en el tratamiento de las úlceras venosas.
26	2020, Brasil	Cost and effectiveness of Platelet Rich Plasma in the healing of varicose ulcer: Meta-analysis	Revisión sistemática Nº de artículos: 5	El coste económico de este tratamiento es superior a los tratamientos convencionales. Sin embargo, en varios estudios se concluye que el plasma rico en plaquetas acelera el proceso de cicatrización de las úlceras venosas. Se necesitan más estudios para evaluar adecuadamente el coste-efectividad

				de este tratamiento.
27	2017	Protease modulating matrix treatments for healing venous leg ulcers	Revisión sistemática Nº de artículos : 10	No hay evidencia suficiente que los tratamientos con proteasa mejoren el proceso de cicatrización o los síntomas asociados de las UV.
28	2019, Brasil	Treatment of venous ulcers with growth factors: systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática Nº de artículos : 10	La efectividad de la aplicación de factores de crecimiento en úlceras venosas es incierta debido al limitado número de estudios sobre el tema.
29	2018, España	Cicatrización de las úlceras venosas complejas mediante el control de estrés oxidativo	Estudio de serie de casos Nº de pacientes: 5	El apósito antioxidante aceleró el proceso de cicatrización de UV que se habían cronificado.
30	2018, Brasil	A Meta-analysis to Compare Four-layer to Short-stretch Compression Bandaging for Venous Leg Ulcer Healing	Meta-análisis Nº de artículos : 7	No se han observado diferencias significativas en cuanto al tiempo de curación de las úlceras venosas entre los vendajes compresivos multicapa y los vendajes monocapa de elasticidad corta. Por tanto, la elección de uno de ellos se basará tanto en la evaluación y habilidades del profesional como en las preferencias y la tolerancia del paciente.
31	2018, Brasil	Terapia compresiva : bota de Unna aplicada a	Revisión bibliográfica	Se concluyó que la Bota Unna (vendaje

		lesões venosas: uma revisão integrativa da literatura.	Nº de artículos: 22	inelástico) puede que no sea tan eficaz en la cicatrización como los vendajes elásticos.
32	2016, España	Obstáculos y apoyos percibidos en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas de la pierna	Estudio descriptivo Nº de pacientes: 123	El estudio concluye que los profesionales de enfermería se encuentran con diversos obstáculos internos y externos a la hora de realizar un vendaje compresivo. Se destaca el desconocimiento de cuándo y cómo realizar una terapia compresiva por parte de los profesionales.
33	2018, Nueva Zelanda	Prescribed Exercise With Compression vs Compression Alone in Treating Patients With Venous Leg Ulcers	Revisión bibliográfica Nº de artículos : 6	El ejercicio aeróbico y ejercicio de resistencia con moderación son beneficiosos en pacientes sometidos a terapia compresiva.
34	2020, Colombia	Nursing Interventions Aimed at Persons with Venous Ulcers: an Integrative Review	Revisión bibliográfica Nº de artículos: 16	Deben de realizarse más intervenciones de enfermería a personas con UV. Las estrategias de las intervenciones ya realizadas deberían de replantearse.
35	2020, Australia	Characteristics of people receiving wound care at home versus in a clinic	Estudio de cohortes de prospectivo Nº de participantes: 360	No hubo diferencias en el tiempo de cicatrización entre los pacientes tratados en casa y en un centro sanitario.

36	2017, Brasil	Efeito das orientações em saúde na capacidade funcional de pessoas com úlceras venosas	Estudio descriptivo cuantitativo Nº de muestra: 16	Las recomendaciones de salud dadas por la enfermera en la visita domiciliar influyen positivamente en la capacidad funcional de los pacientes con úlceras venosas.
37	2016, Australia	Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration	Revisión sistemática Nº de artículos : 3	No hay estudios suficientes que verifiquen que las intervenciones educativas aumenten la adherencia terapéutica en pacientes con úlceras venosas.
38	2017, Brasil	Adesão ao tratamento de pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária à saúde	Estudio analítico	El vendaje compresivo es el tratamiento de las úlceras venosas que tiene menor adherencia terapéutica. El estudio se enfoca en cómo mejorar dicha adherencia.
39	2019, Brasil	Experiência de pessoas adultas e idosas frente à adesão aos cuidados com a úlcera varicosa	Estudio cualitativo Nº de pacientes: 12	La relación establecida entre el profesional de la salud y el paciente con úlcera venosa, influye considerablemente en la adherencia terapéutica.
40	2017, Reino Unido	A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers	Revisión sistemática Nº de muestra: 56	Las úlceras venosas tienen un significativo impacto negativo en la calidad de vida de las personas debido al dolor, olor, exudación e hinchazón, entre otros, y esto afecta a muchos aspectos

				<p>de la vida diaria. Por tanto, el personal de enfermería debe conocer adecuadamente estos impactos negativos para actuar sobre ellos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>
--	--	--	--	---