



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

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

TRABAJO FIN  
DE GRADO

# ¿SABEMOS DIAGNOSTICAR LAS ÚLCERAS DE EXTREMIDAD INFERIOR?

**Autora:**

Beatriz Collado González

**Tutor:**

José Verdú Soriano

**Curso 2014/2015**

## Índice

Resumen/Abstract.....	páginas 2-3.
Introducción.....	páginas 4-8.
Material y métodos.....	páginas 9-11.
Resultados.....	páginas 12-13.
Discusión y conclusiones.....	páginas 14-17.
Bibliografía.....	páginas 18-19.
ANEXO.....	páginas 20-21.

## Resumen

**Objetivo.** Averiguar el nivel de conocimiento de los futuros profesionales de Enfermería sobre el diagnóstico de úlceras de extremidad inferior.

**Introducción.** Las úlceras de extremidad inferior (UEI) son lesiones que no cicatrizan en el intervalo de tiempo esperado. Su prevalencia es del 0,10 al 0,30% multiplicándose por 2 en la población mayor de 65 años. Estas lesiones producen un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que las sufren. Y además suponen un importante gasto económico para el Sistema Sanitario.

**Métodos.** Se diseñó un cuestionario en el que se presentaban 2 casos clínicos a resolver. Los cuestionarios se administraron a los alumnos de 3º y 4º de Enfermería de la Universidad de Alicante. La muestra obtenida fue de 203 estudiantes, entre los que se valoraron las variables: edad, sexo, curso, si habían realizado la asignatura optativa “Atención Integral de las Heridas Crónicas”, si habían hecho algún otro curso y si consideraban suficiente su formación.

**Resultados.** Un 81,8% de los alumnos manifestó no tener conocimientos suficientes sobre las UEI. Sorprendentemente, los alumnos de 3º mostraron más confianza en sus conocimientos que los de 4º. El Caso 1 fue identificado correctamente por el 80,8% de los estudiantes, mientras que el Caso 2 tan sólo fue diagnosticado por el 17,5%. Los alumnos que habían cursado la optativa obtuvieron en este caso, una probabilidad de acierto 4 veces mayor que los que no la habían cursado.

**Conclusión.** El conocimiento sobre la valoración y diagnóstico de las UEI es indispensable para comenzar un adecuado tratamiento de estas lesiones. La necesidad de más formación queda manifiesta en los resultados obtenidos, así como por las peticiones de los futuros profesionales.

**Palabras clave:** úlcera de extremidad inferior, diagnóstico, conocimiento, Enfermería.

## Abstract

**Aim.** To know the level of knowledge about leg ulcer's diagnosis of future nursing professionals.

**Background.** Leg ulcers are wounds that not heal at the expected time. Its prevalence is 0,10 to 0,30% multiplied by 2 in the population over 65 years. These wounds cause great physical, psychological and social impact on people who suffer it.

**Methods.** A questionnaire with 2 clinic cases to resolve was designed. The questionnaires were administered to students of the Nursing degree that belongs to the third and fourth course at the University of Alicante. Two hundred and three students answered, including variables were assessed: age, sex, grade, if they had done the optional subject "Atención Integral a las Heridas Crónicas", if they had done any course and whether they considered sufficient their training.

**Results.** 81,8% of the students state that they haven't sufficient knowledge of leg ulcer. Surprisingly, the students of 3<sup>rd</sup> showed more confidence in their knowledge than 4<sup>th</sup> students. The Case 1 was correctly identified by the 80,8% of the students while only 17,5% rightly diagnosed the Case 2. Students who have completed the optional subject obtained in this case, a probability of success 4 times higher than those that hadn't been completed.

**Conclusion.** Knowledge about the assessment and diagnosis of leg ulcers is essential to begin an appropriate treatment. The need for training is evident in the results, as well as requests of the future professionals.

**Keywords:** leg ulcer, diagnosis, diagnostic, nurse.

## Introducción

Las úlceras de extremidad inferior (UEI) suponen un problema de gran magnitud en nuestra población, afectando cada vez a más personas, con un enfoque diagnóstico y terapéutico complejo. Son lesiones espontáneas o accidentales, con etiología sistémica o local, que no cicatrizan en el intervalo de tiempo esperado (CONUEI, 2009).

Su prevalencia oscila entre 0,10 y 0,30%, multiplicándose por 2 cuando se trata de población >65 años. Algunos autores afirman que el porcentaje de mujeres que sufren UEI es ligeramente mayor que el de hombres, con unos valores de 1,6:1 respectivamente (Otero, González, Norstrom, & Asuaga, 2012). Cada año aparecen de 3 a 5 casos nuevos por cada mil habitantes. Entre los afectados por este tipo de úlceras, se calcula que a un 25% no se le ha realizado un diagnóstico etiológico, mientras que un 50% no está recibiendo un tratamiento adecuado (Velasco, 2011). Además, el 60% de las UEI duran más de 6 meses y un 33% de ellas más de un año, siendo el porcentaje de recurrencia del 45% (Graham, Harrison, & Shafey, 2003). En España se estima una media de 1.391.496 consultas en Atención Primaria al año (Velasco, 2011), lo que supone un gran gasto económico para el Sistema Sanitario, así como una gran inversión de tiempo por parte de los profesionales de Enfermería. Según (Martin, 2014) las enfermeras comunitarias emplean entre el 25 y el 50% de su tiempo en el cuidado de las UEI.

No debemos olvidar que las úlceras suponen un gran impacto en la vida de las personas que las sufren a nivel físico, psicológico y social (González-Consuegra & Verdú, 2011). Se asocian con dolor, mal olor, restricciones en la higiene personal, alteración de la imagen corporal, reducción de la movilidad, trastornos del sueño, aislamiento social, y largos tratamientos (Herber, Schnepf, & Rieger, 2007). Un buen cuidado de las heridas debe incluir un correcto manejo de estos aspectos por parte de los profesionales de Enfermería, teniendo en cuenta las necesidades del paciente para maximizar su calidad de vida (EWMA, 2008).

Otro aspecto que se ve asociado a este tipo de úlceras es el nivel socioeconómico. En un estudio de casos y controles realizado en Inglaterra se observó que existía relación entre las UEI, el nivel socioeconómico más pobre y el aislamiento social. Sin

embargo, no se puede concluir si este resultado es causal o consecuencia de las úlceras (Moffatt, Franks, Doherty, Smithdale, & Martin, 2006).

Aunque las úlceras más comunes son las de etiología venosa (más del 80% del total de las UEI) (González-Consuegra & Verdú, 2011), debemos saber distinguir a la hora de realizar un diagnóstico entre: úlceras venosas, úlceras isquémicas o arteriales, úlceras neuropáticas, úlceras hipertensivas y otros tipos como por ejemplo las neoplásicas.

Las úlceras venosas son debidas principalmente a la insuficiencia venosa crónica (CVI). Esta puede ser primaria o secundaria a síndromes posttrombóticos, varicosis o malformaciones arteriovenosas. Los factores de riesgo de la CVI son: edad, sexo, genética, embarazo, obesidad y profesiones con posiciones permanentes prolongadas. La alteración de las válvulas provoca una hipertensión venosa que produce un reflujo de sangre que dilata y deforma los capilares. Una de las clasificaciones más aceptadas por los expertos para la CVI, es la clasificación CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía y Fisiopatología), en concreto el apartado “C”. Aproximadamente, un 1-2% de las personas con CVI sufrirán úlceras venosas durante su vida (CONUEI 2009, Dissemond, Körber, & Grabbe, 2006).

---

C0	No hay signos de trastorno venoso
C1	Telangiectasias o varices reticulares
C2	Varices tronculares
C3	Edema
C4	Lesiones preulcerosas (pigmentación, atrofia blanca, lipodermatoesclerosis)
C5	Antecedente úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa activa

---

Las principales características que se han de tener en cuenta para diagnosticar una úlcera de etiología venosa son las siguientes: se encuentran en la zona lateral interna de la pierna, su forma suele ser redondeada con bordes irregulares, la piel perilesional presenta alteraciones como atrofia blanca, dermatitis ocre o hiperqueratosis y existe dolor leve. Una característica muy importante es que hay presencia de pulsos pedios y el ITB  $>0,75$  (CONUEI, 2009).

Las úlceras arteriales o isquémicas son causadas por arteriopatías periféricas, que en más del 90% de los casos se debe a la arteriosclerosis. Lo que produce es una isquemia crónica, es decir, una disminución progresiva del flujo sanguíneo. Los principales riesgos asociados a esta patología son: el tabaco, HTA, diabetes mellitus e hipercolesterolemia (Dissemond et al., 2006). Uno de los signos más característicos de este tipo de úlceras es la claudicación intermitente que se da cuando hay un déficit en el aporte sanguíneo, provocando dolor e impotencia funcional. Otras características que hay que tener en cuenta para el diagnóstico de las úlceras arteriales son: ausencia de pulsos tibiales, coloración pálida y tacto frío de la extremidad, localización en la cara lateral del pie, los dedos y el talón, bordes irregulares y poco profundos, tejido necrótico y/o fibrinoso, distrofia ungueal, piel perilesional delgada, brillante y sin vello (CONUEI, 2009). Además, hay presencia de dolor moderado y el ITB <0,8.

Las úlceras hipertensivas o de Martorell suponen entre el 3 y el 4% del total de las UEI. La hipertensión arterial mal controlada y de larga evolución parece ser la causante de la afectación de las arteriolas (CONUEI, 2009). Los factores de riesgo de las úlceras de etiología hipertensiva son: el sexo (es más frecuente en mujeres) e hipertensión arterial de más de 10 años de evolución. Las características que nos ayudarán a establecer un diagnóstico etiológico son las siguientes: HTA varios años de evolución, localización en la cara lateral externa del tercio inferior de la extremidad, base con tejido fibrinoso, piel perilesional indemne o con infartos cutáneos lacunares, ITB >0,75, presencia de pulsos pedios y de gran dolor (CONUEI 2009, Dissemond et al., 2006).

Por último, las úlceras neuropáticas están producidas principalmente por la diabetes mellitus (DM), lo que comúnmente se conoce como pie diabético. Sin embargo, el desencadenante de la herida siempre es un traumatismo, ya sean primarios o intrínsecos a la persona (Ej: dedos en garra) o secundarios o extrínsecos (Ej: traumatismo físico por un golpe). Los factores de riesgo asociados a esta patología son: antecedentes de úlceras anteriores, DM de años de evolución, alteraciones osteoarticulares, movilidad limitada y bajo nivel socioeconómico. Las principales características para su diagnóstico son: localización en las zonas de apoyo o deformidad del pie, forma redondeada, base granulada, los bordes tienen hiperqueratosis, hay pulsos presentes y no hay percepción de dolor (CONUEI, 2009).

El conocimiento en el diagnóstico diferencial y una terapia interdisciplinar son fundamentales para que el tratamiento sea exitoso (Dissemond et al., 2006). Para ello debemos realizar una valoración exhaustiva, teniendo en cuenta los siguientes datos: historia clínica del paciente, antecedentes de otras úlceras, localización, tamaño, tipo de tejido presente, estado de la piel perilesional, tipo y cantidad de exudado, olor que desprende la úlcera, dolor, estado nutricional, palpación de pulsos pedios, realización del ITB (índice tobillo-brazo) y de un eco doppler (Rn, Stolt, & Rn, 2014; Velasco, 2011).

El ITB consiste en la división de la presión arterial sistólica de los tobillos (arteria tibial posterior y/o pedia) entre la presión arterial sistólica de la arteria braquial (Lahoz & Mostaza, 2006). Para realizar el ITB utilizaremos un eco doppler, esta prueba nos ayudará a evaluar la circulación arterial periférica del paciente. El resultado es el ITB de cada extremidad y dependiendo de su valor podremos decir:  $>1,3$  puede haber calcificación arterial presente,  $>1,0$  probablemente no exista enfermedad arterial periférica,  $1-0,8$  ninguna enfermedad oclusiva arterial periférica significativa o leve,  $0,8-0,51$  enfermedad oclusiva arterial periférica moderada y  $<0,5$  severa oclusión arterial periférica (Hirsch & Duval, 2013). Una adecuada valoración del ITB es importante a la hora del diagnóstico y del tratamiento de las UEI, ya que se debe descartar la patología arterial antes de iniciar tratamientos como el vendaje compresivo.

Si la valoración de toda esta información es compleja, hay que sumarle que muchas enfermeras no tienen acceso al Eco Doppler o nadie les ha explicado su funcionamiento. En un estudio realizado en Inglaterra (Dealey, 2001) de 29 enfermeras encuestadas, sólo 8 disponían en su centro de trabajo de un eco doppler y de ellas únicamente 5 sabían cómo utilizarlo. Otro estudio reveló que la mitad de las enfermeras que participaron no habían usado nunca un eco doppler. Sólo el 44% lo había utilizado, y muchas de ellas habían podido tener acceso a él porque trabajaban en hospitales de patología vascular (Barrett, Cassidy, & Graham, 2009). Además, “muchas enfermeras perciben su nivel de conocimiento insuficiente y dependen en gran medida del conocimiento transferido por sus compañeros o de su propia experiencia” (Martin, 2014). En cuanto a los estudiantes, hay muy poca literatura al respecto, pero en uno de los artículos consultados observaron que el 46,8% recibía menos de 1 a 5 horas de educación sobre úlceras de pierna, y más de un tercio pensaba que su conocimiento era limitado (Van Hecke, Goeman, Beeckman, Heinen, & Defloor, 2011).



A partir de lo mencionado surge la pregunta ¿se diagnostican correctamente las UEI?, la revisión bibliográfica llevada a cabo para responder a esta pregunta, desvela que hay poca literatura sobre este tema y la que encontramos sólo está relacionada con el diagnóstico de úlceras venosas. En España no se ha encontrado nada al respecto. Por todo esto es importante que estudiemos el conocimiento que las enfermeras tienen sobre el diagnóstico, ya que un buen cuidado de las úlceras depende en gran parte de este. El primer eslabón en este problema es la formación inicial recibida. Averiguar el nivel de conocimientos de los futuros profesionales de Enfermería sería interesante, y es por ello por lo que se plantea este estudio.

## Material y Métodos

### Diseño

Se diseñó un estudio observacional y transversal, mediante la aplicación de un cuestionario “ad hoc” (ANEXO) en el que se presentaban 2 casos clínicos a resolver.

### Población y muestra

El cuestionario fue dirigido a los alumnos de 3º y 4º del Grado de Enfermería de la Universidad de Alicante, obteniéndose una muestra de conveniencia de 203 estudiantes (más adelante se explica el proceso de reclutamiento de la muestra).

### Variables

Las variables registradas fueron: edad, sexo, curso, si habían cursado la optativa “Atención Integral de las Heridas Crónicas”, si habían realizado algún otro curso o formación fuera de la Universidad, y si consideraban que durante su formación habían recibido conocimientos suficientes sobre heridas crónicas.

### Instrumentos utilizados

En cuanto a los casos clínicos, se plantearon dos, en los que se describía la edad del paciente, sus antecedentes, la localización de la úlcera, la forma de los bordes, el tipo de tejido, el estado de la piel perilesional, el ITB, y si había edema o dolor. También se facilitó una foto de la úlcera de cada caso. A continuación, se les realizaba dos preguntas abiertas a los estudiantes: ¿Cuál es el diagnóstico/etiología de esta úlcera? ¿En qué te has basado para realizar el diagnóstico diferencial?

El primer caso clínico (figura 1) trataba sobre una mujer de 66 años con una úlcera de etiología venosa. Para llegar al siguiente diagnóstico los estudiantes debían observar las características básicas de una úlcera venosa: se sitúa en la zona lateral interna del tercio distal de la pierna, sus bordes son irregulares, el fondo de la úlcera es rojo, el tejido periulceroso mostraba alteraciones cutáneas (dermatitis ocre), existe edema, hay presencia de dolor, y el ITB > 0.75. Mientras que en el segundo caso (figura 2), se presentaba a una mujer de 59 años con una úlcera de etiología hipertensiva o de Martorell, las características a tener en cuenta eran las siguientes: HTA de varios años de evolución, mal controlada, se localiza en la cara lateral externa del tercio inferior de la extremidad, los bordes son definidos, hay presencia de tejido fibrinoso, la piel

periuclerosa se encuentra indemne o con infartos cutáneos lacunares, los pulsos distales están presentes, el ITB  $> 0.75$  y hay presencia de dolor moderado.



Figura 1. Úlcera de etiología venosa



Figura 2. Úlcera de etiología hipertensiva o Martorell

### Procedimiento

El cuestionario se administró en Diciembre del 2014 de forma presencial y mediante selección aleatoria de las clases prácticas que se estaban impartiendo en ese momento para los alumnos de 4º curso. En el caso de los estudiantes de 3er curso la obtención de los participantes se hizo durante una reunión de organización del practicum. Tras el permiso del profesor, se pedía voluntariamente la participación de los estudiantes, garantizándoles su confidencialidad y explicándoles en qué consistía el cuestionario y por qué se realizaba.

### Análisis estadísticos

Se confeccionó una base de datos en el programa informático de análisis estadístico SPSS, en la que se reflejó toda la información, para después realizar los análisis estadísticos.

Se procedió a realizar estadística descriptiva univariante. En el caso de las variables cuantitativas se estudió la media y la desviación típica, así como la mediana y los valores mínimos y máximos. En el caso de las variables cualitativas, se analizó la frecuencia de aparición y su porcentaje.

También se procedió a un análisis inferencial de manera bivariada. En el caso de variables cuantitativas analizadas en base a variables cualitativas se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, en el caso de variables cualitativas, se procedió al análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado. En ambos casos se estimaron

las pruebas como estadísticamente significativas si  $p \leq 0,05$ . También se estudió, en los casos donde era posible, medidas de asociación y/o impacto, en este caso el Riesgo Relativo (RR) y su correspondiente intervalo de confianza al 95%.

## Resultados

De los 203 encuestados, 103 de ellos (50,7%) son de tercer curso y 100 (49,3%) de cuarto curso, la mayoría (78,3%) eran mujeres. Del total de los participantes 199 indicaron su edad, siendo el promedio de  $23,5 \pm 6,3$  años (mediana: 21 años, min-max: 19-54 años), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas por curso al que pertenecen.

Un 31% de la muestra cursó la asignatura optativa “Atención Integral de las Heridas Crónicas” (de estos, un 34% de tercero y un 28% de cuarto). Además, un 53,2% refiere haber realizado algún otro curso relacionado con esta temática, repartidos de manera similar en tercero y cuarto curso. A pesar de esto, un 81,8% manifiestan no tener conocimientos suficientes (un 63,0% refieren que necesitan más conocimientos y un 13,8% no sabe o no contesta). Paradójicamente, los estudiantes de tercero consideran en mayor medida que tienen conocimientos suficientes que los de cuarto (81,1% frente 18,9%; Chi-cuadrado: 19,63;  $p \leq 0,001$ ).

Con respecto a la resolución de los casos clínicos:

### *CASO 1. Úlcera de etiología venosa.*

El 80,8% de los encuestados identificaron correctamente este tipo de lesión. De entre los que la identificaron erróneamente, un 6,9% indicaron etiología arterial, un 6,4% otras etiologías y un 4,9% no sabían o no contestaban.

Cuando se comparan los resultados por curso, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (53,7% en tercero frente a un 46,3% en cuarto). Sin embargo, si se encuentran diferencias entre los que aciertan y los que no con respecto a la edad. Las personas que indican el diagnóstico correcto son más jóvenes que las que no ( $22,91 \pm 4,98$  años frente a  $26,44 \pm 9,94$  años; t de Student: -2,07;  $p = 0,045$ ).

Para los alumnos que han cursado la optativa frente a los que no la han cursado, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico (82,5% frente a un 80,0%). Tampoco hay diferencias entre los que han hecho otros cursos y los que no (83,3% frente a 77,9%).

## *CASO 2. Úlcera de etiología hipertensiva o Úlcera de Martorell.*

En este caso, solo un 17,5% la diagnosticaron correctamente. De los errores, un 55,5% la diagnosticaron como arterial (aunque las úlceras de Martorell tienen un componente arterial es muy diferente a la etiología arterial por isquemia crónica de los miembros inferiores), un 8% la identificaron como venosa, un 4% como neuropática, un 3% como otras y un 12% no sabía o no contestaba.

Las diferencias por curso son estadísticamente significativas a favor de tercer curso (91,4% de aciertos frente a un 8,6%, Chi-cuadrado: 28,01,  $p \leq 0,001$ ), lo que supone un Riesgo Relativo de 2,16, IC95% = [1,77 – 2,65], es decir los alumnos de tercero tienen más de 2 veces de probabilidad de acertar que los de cuarto. En cuanto a la edad, no hay diferencias estadísticamente significativas.

En este caso, respecto a haber cursado la optativa o no, los que la han cursado diagnostican correctamente en mayor medida (un 44,4% frente a un 5,0%, Chi-cuadrado: 47,38,  $p \leq 0,001$ ). En términos de Riesgo Relativo supone un 3,84, IC95% = [2,74 – 5,39], o sea, los que han cursado la optativa tienen casi 4 veces mayor probabilidad de acertar el diagnóstico de úlcera de Martorell que los que no la han cursado. No hay, por el contrario diferencias respecto a los que han hecho otros cursos (un 13,9% frente a un 21,1%).

## Discusión y conclusiones

### Generalidades

El conocimiento sobre la valoración y diagnóstico de las UEI es indispensable para comenzar un adecuado tratamiento de las úlceras. Una falta de conocimiento en estas competencias puede suponer una larga evolución de la úlcera, con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que supone para la persona que la sufre. Tal y como hemos podido comprobar, hay poca bibliografía que aborde este tema de suma importancia, y las referencias encontradas lo hacen específicamente sobre úlceras venosas. Quizá esto se deba a que son las más prevalentes.

### Casos clínicos

El alto porcentaje (80,8%) de aciertos en el diagnóstico del *Caso 1* nos hace sospechar que probablemente se deba a que la mayoría de las personas asocian el concepto de UEI al de úlcera de etiología venosa. También puede haber influido el azar, debido a que son las úlceras más comunes y por tanto existe mayor probabilidad de acierto. Si introducimos los descriptores “venous ulcer” en PubMed obtenemos 7000 resultados, mientras que “arterial ulcer” refleja 4161 resultados, “neuropatic ulcer” 676, “hypertensive ulcer” 305 y “Martorell ulcer” 56. La cantidad de información que podemos encontrar acerca de este tipo de úlceras es mucho mayor a la del resto, por ello parece lógico que cuando se habla de UEI muchos profesionales contemplen directamente la opción venosa sin percibir ninguna otra.

Por otra parte, las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre aciertos y los alumnos de menor edad en este caso, pueden deberse a la mayor facilidad de estos para el hábito de estudio, así como la menor predisposición al olvido que los participantes de mayor edad.

En el *Caso 2* nos sorprende comprobar que los alumnos que cursaron la optativa de “Atención Integral a las Heridas Crónicas” tienen una probabilidad 4 veces mayor de identificar una úlcera de Martorell que el resto de alumnos encuestados. Estos datos afianzan nuestra creencia de que una buena formación de base es imprescindible para un correcto diagnóstico diferencial y tratamiento adecuado.

En las únicas referencias encontradas que hablan sobre el tiempo de formación que los estudiantes reciben, el 46,8% disponía de entre 1 y 5 horas (Van Hecke et al., 2011). En el plan de estudios de la Universidad de Alicante, es mayor el número de horas que se disponen para el aprendizaje sobre úlceras. Sin embargo, no sabemos cuál es el porcentaje de ese tiempo destinado específicamente a las UEI. Un tercio de los alumnos del estudio mencionado (Van Hecke et al., 2011) manifestaron que su conocimiento era limitado, mientras que los alumnos de la Universidad de Alicante manifestaron en un 81,8% no tener conocimientos suficientes. A pesar de que no establecimos un apartado específico para ello, muchos quisieron manifestar su descontento con frases como: “Información insuficiente, es incomprendible que sea una optativa, carecemos de formación necesaria”, “debería ser una asignatura obligatoria”, “faltan más conocimientos” o “podría aumentar la formación”. Dentro de este porcentaje, los estudiantes de tercer curso muestran mayor confianza en sus conocimientos que los de cuarto curso, hecho que puede deberse a que es en tercero cuando se imparte la asignatura optativa y los conocimientos sobre esta materia están más recientes. Martin (2014) afirma que muchas enfermeras perciben su nivel de conocimiento insuficiente y que estas dependen en gran medida del conocimiento que transmiten los compañeros o de su propia experiencia. (Ribu, Haram, & Rustøen, 2003) dicen que a pesar de la experiencia, las enfermeras tenían poca confianza en sus juicios y decisiones. Un estudio realizado en Reino Unido, indicó que los diagnósticos de las enfermeras estudiadas habían alcanzado una precisión diagnóstica de 0,48 cuando deberían de haber logrado un 0,63 de precisión. En cuanto al tratamiento deberían haber alcanzado un 0,88 pero obtuvieron un 0,49 de precisión (Adderley & Thompson, 2015).

Esto nos hace pensar que se necesita más formación universitaria y post-universitaria, ya que a pesar de los años de experiencia, los enfermeros siguen pensando que su nivel de conocimientos no es suficiente y los estudios consultados nos muestran que es así. Hay autores que destacan que las enfermeras han sido formadas enfocando sus conocimientos al tratamiento más que al diagnóstico (Martin, 2014). Idea que se corresponde perfectamente con lo que podemos ver en los seminarios impartidos en la universidad o los cursos ofrecidos a los alumnos y/o profesionales, los cuales están enfocados sobre todo al conocimiento de los apósitos y las estrategias de tratamiento que se pueden seguir. Es necesaria una buena formación continua que garantice que los profesionales actualizan sus conocimientos. En otro de los artículos consultados, de 29



enfermeras hospitalarias sólo 6 habían tenido algún tipo de entrenamiento relacionado con las UEI en los últimos 3 años, identificándose también déficit de conocimientos en áreas como: la práctica basada en la evidencia, habilidades, calidad de vida, comprensión de la úlcera por parte del paciente y dolor (Dealey, 2001). En Enfermería la responsabilidad de la formación continua recae sobre los profesionales de forma individual y personal, es por eso por lo que se debería concienciar y dar las herramientas adecuadas a los enfermeros para conseguir una práctica basada en la evidencia científica, logrando así involucrar a los profesionales en los avances del cuidado de las UEI. Algunos autores proponen medidas alternativas como la posibilidad de que las enfermeras pudieran consultar vía telefónica a un experto las dudas que pudieran surgir en determinados casos y así mejorar su conocimiento (Ameen, Coll, & Peters, 2005). Otros defienden la creación de clínicas en las que un equipo interdisciplinar de personal especializado trate este tipo de lesiones.

## **Conclusión**

La necesidad de más formación queda manifiesta en los resultados obtenidos, así como por las peticiones de los futuros profesionales. Nuestra conclusión es que se debería de realizar un análisis de los planes de estudios para comprobar cuál es el tiempo dedicado a este tipo de patologías en las distintas asignaturas, así como la forma en la que se está abordando esta temática. Un aspecto muy demandado por los alumnos sería establecer la asignatura de “Atención Integral de las Heridas Crónicas” como formación obligatoria y dados los resultados de los análisis estadísticos, mejoraría la capacidad diagnóstica de los alumnos y futuros profesionales. Además, se mejorarían los conocimientos en otros aspectos como el tratamiento y prevención de las UEI.

En cuanto a la formación post-universitaria, es evidente que también se necesita un cambio: facilitar herramientas informáticas para que los profesionales puedan consultar la evidencia científica en su lugar de trabajo o fuera de él, ofrecer cursos de formación continuada en los que se muestren las características de los distintos tipos UEI, así como la descripción de la valoración que se debe llevar a cabo ante la presencia de un nuevo paciente. El establecimiento de equipos interdisciplinarios integrados por especialistas de la materia sería un aspecto muy interesante, así como la creación de clínicas en las que los profesionales pudieran dedicarse a este tipo de heridas. Por supuesto, somos conscientes de que este tipo de medidas, debido a la situación económica del país, parecen poco probables en la actualidad y dado que se trata de una afección de la que la

mayoría de la población no ha oído hablar nunca, también parece difícil pensar en que en un futuro pudieran llevarse a cabo.

## Bibliografía

- Adderley, U. J., & Thompson, C. (2015). Community nurses' judgement for the management of venous leg ulceration: a judgement analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 345–54. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.09.004
- Ameen, J., Coll, A. M., & Peters, M. (2005). Impact of tele-advice on community nurses' knowledge of venous leg ulcer care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 583–94. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03442.x
- Barrett, S., Cassidy, I., & Graham, M. M. (2009). National survey of Irish community nurses leg ulcer management practices and knowledge. *Journal of Wound Care*, 18, 181–182, 184,186 passim.
- Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad inferior CONUEI (2009). Documento de consenso. Madrid-Barcelona: EdiKaMed, S.L.
- Dealey, C. (2001). Case study methodology in tissue viability. Part 2: a study to determine the levels of knowledge of nurses providing care for patients with leg ulcers in an acute hospital setting. *Journal of Tissue Viability*, 11(1), 28–34. doi:10.1016/S0965-206X(01)80015-2
- Dissemond, J., Körber, A., & Grabbe, S. (2006). Differential diagnoses in leg ulcers. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 4, 627–634. doi:10.1111/j.1610-0387.2006.06052.x
- European Wound Management Association (EWMA) (2008). Position document: Identifying Criteria for Wound Infection. Available at: <http://ewma.org/>
- Gabriela, D., González, O., Norstrom, C. A., & Asuaga, M. M. (2012). Úlceras de miembros inferiores Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas, 28(3), 182–189.
- González-Consuegra, R. V., & Verdú, J. (2011). Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 926–44. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05568.x

- Graham, I. D., Harrison, M. B., & Shafey, M. (2003). Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers, *49*, 896–902.
- Herber, O. R., Schnepf, W., & Rieger, M. a. (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, 44. doi:10.1186/1477-7525-5-44
- Hirsch, A. T., & Duval, S. (2013). Effective vascular therapeutics for critical limb ischemia: a role for registry-based clinical investigation. *Circulation. Cardiovascular Interventions*, *6*(1), 8–11. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.113.000127
- Lahoz, C., & Mostaza, J. M. (2006). Índice Tobillo-Brazo: Una Herramienta Útil En La Estratificación Del Riesgo Cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, *59*(7), 647–649. doi:10.1157/13091364
- Martin, F. (2014). Educational challenges and requirements for managing leg ulcers in the community, (June).
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., Doherty, D. C., Smithdale, R., & Martin, R. (2006). Sociodemographic factors in chronic leg ulceration. *The British Journal of Dermatology*, *155*, 307–312. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07265.x
- Ribu, E., Haram, R., & Rustøen, T. (2003). Observations of nurses' treatment of leg and foot ulcers in community health care. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *30*, 342–350. doi:10.1016/S1071-5754(03)00435-2
- Rn, M. Y., Stolt, M., & Rn, R. S. (2014). Nurses' knowledge about venous leg ulcer care : a literature review, (Nelzén 2007), 194–202.
- Van Hecke, A., Goeman, C., Beeckman, D., Heinen, M., & Defloor, T. (2011). Development and psychometric evaluation of an instrument to assess venous leg ulcer lifestyle knowledge among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(12), 2574–85. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05683.x
- Velasco, M. (2011). [Diagnostic and treatment of leg ulcers]. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *102*(10), 780–90. doi:10.1016/j.ad.2011.05.005

## ANEXO

### CUESTIONARIO: ¿SABEMOS DIAGNOSTICAR LAS ÚLCERAS DE EXTREMIDAD INFERIOR?

#### Trabajo Fin de Grado 2014/2015

- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo:  Masculino  Femenino
- Curso: \_\_\_\_\_
  
- ¿Has/estás cursado la optativa de Atención Integral de las Heridas Crónicas?
  - Estoy cursándola
  - Ya la he cursado
  - No
  
- ¿Has realizado algún otro curso, taller o seminario sobre heridas crónicas?
  - Si
  - No

En caso afirmativo, podrías indicar ¿cuál?: \_\_\_\_\_

#### **Caso 1.**

Mujer de 66 años, diagnosticada de hipertensión, obesidad y diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente. Hace 20 años acabó necesitando algunos injertos cutáneos por la infección de una herida traumática. En esa misma pierna ha sufrido varias trombosis venosas y una de ellas acabó desencadenando un embolismo pulmonar.

Actualmente: úlcera en miembro derecho en la cara interna de la región supramaleolar, edema del miembro, color parduzco de la piel perilesional, bordes irregulares, fondo rojo. ITB derecho 0,9, estadio III de la Escala de Widner. Dolor moderado del miembro.

- ¿Cuál es el diagnóstico/etiología de esta úlcera?

\_\_\_\_\_

- ¿En qué te has basado para realizar el diagnóstico diferencial?

## Caso 2.

Mujer de 59 años con antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus insulino-dependiente, broncopatía crónica, fumadora activa e hipertensa de 15 años de evolución mal controlada. Se encuentra en monoterapia con IECA. Úlcera postraumática en el miembro inferior derecho hace 6 años que cicatrizó en el tiempo esperado. Acude a servicio de urgencias por úlceras actuales en la cara lateral externa del miembro inferior derecho, muy dolorosa. Examen físico: obesidad (IMC 31.25), TA 185/105, auscultación cardíaca: soplo sistólico. Úlceras con bordes definidos, con tejido fibrinoso, en su mayor parte, en el lecho de la herida. ITB en la extremidad de 1,02. Se observan pequeñas petequias y/o micro-infartos tisulares en la extremidad. Pulsos distales presentes y simétricos. No hay edema.

- ¿Cuál es el diagnóstico/etiología de esta úlcera?
- 

- ¿En qué te has basado para realizar el diagnóstico diferencial?

- ¿Consideras que durante tu formación has recibido los conocimientos suficientes respecto a la temática de las heridas crónicas?

Si

No

Gracias por tú colaboración