



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA TERAPIA
COMPRESIVA EN PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA:
ESTUDIO PILOTO Y DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO**

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de
Concepción para optar al grado de Magíster en Enfermería

Por: Ingrid Ximena Briones Luengo

Profesor Guía: Alide Salazar Molina
Profesor Co-Guía: Rafael Zapata Lamana

Concepción, Chile
Enero, 2026

2025. Ingrid Ximena Briones Luengo

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos,
por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica
del documento.

Agradecimientos

A mi familia, por ser el pilar fundamental que ha sostenido cada paso de este camino. Por su apoyo incondicional, paciencia, y palabras de aliento en los momentos de mayor esfuerzo. Su confianza y amor han sido la motivación constante para continuar y dar siempre lo mejor de mí.

A mi tutora, Alide Salazar Molina, por su guía, dedicación y compromiso durante todo el proceso de este trabajo. Su orientación académica, su experiencia y su disposición para acompañar cada etapa fueron esenciales para alcanzar este logro. Gracias por transmitir su conocimiento con generosidad y por inspirar con su ejemplo.

A todos los que, de una u otra forma, aportaron su tiempo, su saber o su compañía en este proyecto, mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN:

Objetivo general: Evaluar la aceptabilidad y efecto preliminar de una intervención educativa en adherencia a terapia compresiva, dolor y área de ulceración en usuarios con úlcera venosa, Hualpén, años 2024-2025.

Sujetos y métodos: Estudio de factibilidad, pre y post prueba. Muestra de 16 usuarios de centros de salud de la comuna Hualpén que presentaban úlcera venosa grado 2 o superior, con indicación de compresión que cumplieron con criterios de elegibilidad. La intervención de 8 semanas fue complementaria a la curación y tratamiento compresivo. Mediciones al inicio y semana 12. Variables de resultado: Área ulceración, adherencia a terapia compresiva, intensidad del dolor y aceptabilidad. Aspectos éticos se cautelaron según principios de Ezequiel Emanuel.

Resultados: La intervención educativa fue validada previamente mediante consenso de expertos y pacientes. Al finalizar la intervención, se evidenció adherencia de 100% a terapia compresiva y reducción del dolor, con disminución media de 2,6 puntos ($p=0,03$). Respecto al área de ulceración, se observó cierre de la úlcera en 12 de los 16 casos en semana 12, sin observarse diferencias estadísticamente significativas. Los usuarios manifestaron alta aceptabilidad, evidenciado en las puntuaciones de efectividad (Media 3,5; DE 0,5); idoneidad (Media 3,4; DE 0,5); Riesgo percibido (Media 3,9; DE 0,3), conveniencia (Media 3,4; DE 0,4).

Conclusión: Se evidenció aceptabilidad y eficacia preliminar de la intervención educativa en adherencia a terapia compresiva y dolor en usuarios con úlcera venosa en tratamiento compresivo.

Palabras clave: Úlcera venosa; Vendaje compresivo; Adherencia y cumplimiento del Tratamiento; Educación al paciente; Aceptabilidad de la atención de salud.

Key words: Venous leg ulcer; Leg ulcer; Compression bandages; Compression therapy; Treatment Adherence and Compliance y Acceptability of Health Care; Patient education; (MeSH).

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCION | 9 |
| 1.1. Presentación del problema | 9 |
| 1.2. Justificación y relevancia del estudio | 17 |
| 1.3. Marco Referencial | 21 |
| 1.3.1. Marco conceptual | 21 |
| 1.3.2. Marco teórico | 33 |
| 1.4. Hipótesis | 56 |
| 1.5. OBJETIVOS | 57 |
| 1.5.1. Objetivo general | 57 |
| 1.5.2. Objetivos específicos | 57 |
| 1.6. VARIABLES | 57 |
| 2. SUJETOS Y MÉTODOS | 58 |
| 2.1. Tipo de estudio y diseño | 59 |
| 2.2. Procedencia | 59 |
| 2.3. Unidad de Análisis | 60 |
| 2.4. Participantes | 60 |
| 2.5. Criterios de inclusión | 60 |
| 2.6. Criterios de exclusión | 60 |
| 2.8. Intervención educativa | 61 |
| 2.8.1 Adaptación de sesiones de asesoramiento Lively Legs | 62 |
| 2.8.2. Evalúa. | 62 |
| 2.8.3. Selecciona y Prepara. | 63 |
| 2.8.3.1. Descripción de las sesiones de la intervención educativa “Aprendiendo sobre mis cuidados” | 64 |
| 2.8.4. Pilotea | 70 |
| 2.8.5. Implementación | 71 |
| 2.9. Descripción de los instrumentos/técnicas de recolección de datos | 74 |
| 2.10. Procedimiento de recolección de información | 77 |
| 2.11. Procesamiento y análisis de los datos | 78 |

| | |
|--|------------|
| 2.12. Aspectos éticos..... | 79 |
| 3. RESULTADOS..... | 83 |
| 3.1. Validación de la intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva por usuarios que tuvieron una úlcera venosa tratada con terapia compresiva y profesionales expertos. | 84 |
| 3.3. Evaluación de la intervención educativa en las variables: adherencia a la terapia compresiva, intensidad del dolor y área de ulceración..... | 88 |
| 4. DISCUSIÓN | 96 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 111 |
| 7. ANEXOS | 123 |
| ANEXO N°1 VARIABLES DEL ESTUDIO: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL | 123 |
| ANEXO N°2. MATERIALES DE LA INTERVENCIÓN..... | 128 |
| 2.1 Manual del profesional..... | 128 |
| 2.2 Cuaderno de automanejo usuario. | 134 |
| Anexo N°3. ACTAS COMITÉS ÉTICA | 143 |
| ANEXO N°4. INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS..... | 147 |
| ANEXO N°5. FORMULARIOS CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 155 |
| 5.1. Consentimiento para evaluación por expertos | 155 |
| 5.2. Consentimiento para evaluación de usuarios | 159 |
| 5.3. Consentimiento para participar en proyecto | 162 |

INDICE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Esquema de válvulas y venas normales y válvulas y venas con insuficiencia venosa..... | 24 |
| Figura 2. Representación de conceptos de la teoría de rango medio de autocuidado de las enfermedades crónicas..... | 38 |
| Figura 3. Proceso de adaptación de intervenciones conductuales basadas en evidencia..... | 42 |
| Figura 4. Esquema: Bases de la intervención educativa propuesta. | 54 |
| Figura 5. Esquema de intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva..... | 71 |

INDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| Cuadro 1. Sesión presencial N°1..... | 64 |
| Cuadro 2. Sesión acompañamiento N°1..... | 66 |
| Cuadro 3. Sesión presencial N°2..... | 67 |
| Cuadro 4. Sesión presencial N°3..... | 68 |
| Cuadro 5. Sesión presencial N°4..... | 69 |
| Cuadro 6. Sesión acompañamiento N°2..... | 70 |
| Cuadro 7. Actividades desarrolladas en etapa de ejecución..... | 72 |
| Cuadro 8 Plan de análisis..... | 78 |
| Cuadro 9 Modificaciones y cambios efectuados según evaluación de profesionales del cuaderno de automanejo..... | 84 |
| Cuadro 10 Modificaciones según evaluación de personas usuarias de vendaje compresivo al cuaderno de automanejo..... | 85 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Variables sociodemográficas y patologías asociadas de los participantes en el estudio. Hualpen 2024-2025..... | 85 |
| Tabla 2. Evaluación del porcentaje de adherencia a la terapia compresiva de la muestra a la semana 4 y a la semana 12. Hualpén, 2024-2025..... | 87 |
| Tabla 3. Tabla evaluación de la intensidad del dolor pre y post intervención. Hualpén 2024-2025.. | 88 |
| Tabla 4. Evaluación de intensidad del dolor Pre-intervención y post intervención, en base a la muestra que permanece en curaciones y diferencia emparejadas. Hualpén 2024-2025.. | 88 |
| Tabla 5. Evaluación del tamaño de la úlcera, pre-intervención y cada 2 semanas hasta la semana 12. Hualpén 2024-2025..... | 90 |
| Tabla 6. Tamaño de úlcera pre y post-intervención y diferencias emparejadas de tamaño de la úlcera en cm ² , en base a los usuarios que permanecen en curación. Hualpén 2024-2025..... | 91 |
| Tabla 7. Tamaño del efecto de las muestras emparejadas pre-intervención y post-intervención, en base a las 4 personas que permanecen con una úlcera abierta en la semana post intervención. Hualpén 2024-2025..... | 91 |
| Tabla 8. Porcentaje de disminución de superficie de úlceras abiertas post intervención. Hualpén 2024-2025..... | 92 |
| Tabla 9. Evaluación de la aceptabilidad según los participantes de la intervención. Hualpén 2024-2025..... | 94 |

1. INTRODUCCION

1.1. Presentación del problema

La Enfermedad Venosa Crónica (EVC) es una condición que aqueja a un número importante de la población a nivel mundial, pudiendo ir desde síntomas leves, como las telangiectasias, hasta manifestaciones graves como las úlceras venosas (1). Existen dos tipos principales de ulceración de las extremidades inferiores: venosa y arterial. La ulceración venosa de la extremidad inferior es resultante de los trastornos tróficos de la piel, en la parte inferior de la pierna principalmente como consecuencia de la hipertensión venosa en la microcirculación. Las venas y vénulas pequeñas tienen válvulas que se vuelven incompetentes y, junto con los capilares, se elongan, dilatan y se vuelven tortuosas a medida que ocurren estos cambios, el endotelio de las vénulas capilares y poscapilares se vuelven progresivamente disfuncionales con fuga de líquido, mediadores inflamatorios complejos y migración celular. Como consecuencia se produce el edema, formación de manguitos de fibrina, un proceso inflamatorio, fibrosis, pigmentación y calcificación dentro de la dermis, con hipoxia hiperémica paradójica y pérdida de la integridad normal de la piel con formación de la úlcera (2).

En relación con la prevalencia de úlcera de extremidad inferior, una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales publicados entre 1991 y 2021, que incluyó estudios en 26 países —en su mayoría europeos (64%)—,

proporcionó estimaciones de prevalencia de la úlcera venosa de 0,32 % (IC del 95 %: 0,129 %-0,595 %) (3). Esta situación en Chile se desconoce, debido a que no se encontraron estadísticas poblacionales sobre este problema de salud.

En cuanto a los factores de riesgo, Ying et al. en un estudio sobre los factores de riesgo de ulceración venosa, mostró que los hombres poseen mayor probabilidad de úlcera venosa en 2,58 veces (IC del 95 %: 1,46–4,58), así también las personas con sobrepeso tenían un riesgo 2,32 veces mayor (IC del 95 %: 1,13-4,74), mientras que los pacientes obesos tenían un riesgo 2,73 veces mayor de desarrollar úlceras venosas (IC del 95 %: 1,28-5,82). La duración de la progresión de las venas varicosas aumentó el riesgo de ulceración venosa en un 2% por año (IC del 95%: 1,00-1,04) (4). Darwin et al. examinaron los factores de riesgo y tratamiento preventivos, reportando un mayor riesgo en hombres con un cociente de riesgo ajustado (CRA) de 1,838; intervalo de confianza (IC) del 95 % 1,798-1,880; mayor edad 45-54 años: CRA 1,316; IC del 95 % 1,276-1,358; 55-64 años, CRA 1,596; IC del 95 % 1,546-1,648; antecedentes de ulceración no venosa en la pierna CRA 3,923; IC del 95 % 3,699-4,161; uso de anticoagulantes CRA 1,199; IC del 95 % 1,152-1,249), uso de antihipertensivos CRA 1,067; IC del 95 % 1,040-1,093 e insuficiencia venosa preexistente CRA 1,244; IC del 95 % (5).

Las complicaciones de la enfermedad venosa periférica son enfermedad trombotica y ulceración, siendo la trombosis venosa profunda la más frecuente del segmento femoropoplíteo y que se puede asociar a tromboembolismo

pulmonar (6). En cuanto a la ulceración, se produce en etapas avanzadas de la enfermedad venosa, al estar presente un ambiente inflamatorio y edema que afecta los tejidos subcutáneos y la piel, lo que ocasiona la ruptura de la epidermis (7).

Por otra parte, las úlceras venosas se asocian con un costo considerable para los pacientes y los servicios de salud. Es así como una revisión sistemática de estudios cualitativos y cuantitativos encontró que la úlcera venosa impacta en el bienestar del individuo en las dimensiones física, social y psicológica, con sentimientos de baja autoestima, frustración, síntomas como dolor, insomnio y aislamiento social y restricción de su capacidad para mantener un estándar adecuado de higiene (8).

En consonancia con el impacto en la vida diaria para las personas, en una revisión de estudios cualitativos Phillips et al., manifiestan que las úlceras venosas tienen un impacto negativo significativo en quienes las padecen con síntomas como dolor, mal olor, exudado e hinchazón, que se combinan con los efectos del tratamiento (terapia de compresión), afectando aspectos como el sueño, movilidad y autoimagen (9). Es así como, el dolor fue reportado en el 64% de los participantes, los factores asociados al dolor moderado e intenso fue género femenino, edad avanzada, reducción de la calidad del sueño y deterioro del estado de salud (10).

Una revisión sistemática sobre el perfil de los pacientes con úlcera venosa, reporto una proporción de mujeres a hombres de 1,2:1, una edad promedio de

47 a 65 años, alto nivel de comorbilidades, como hipertensión (53-71%) y diabetes (16-20%), y aproximadamente entre el 4% y el 30% presentó depresión. El tamaño promedio de la herida fue de 18,6-43,39 cm²; la duración media de la herida fue de 13,8-65,5 meses (11).

En cuanto al tratamiento de la úlcera venosa, la terapia de compresión es el *Gold estándar*. Ésta actúa aumentando la presión intersticial, disminuyendo así el calibre de las venas superficiales y profundas, reduciendo la presión venosa y el edema (6). Previo al uso de la terapia compresiva se debe calcular el índice tobillo-brazo para descartar afectación arterial, ya que en todo paciente con alteración de la perfusión de la extremidad inferior (ITB < 0,9) se debe monitorizar cuidadosamente el efecto clínico de las calcetas de compresión venosas (MCS, por sus siglas en inglés) en el riego sanguíneo de las piernas (12).

Respecto al costo de este tratamiento, Urwin et al. estimaron que el costo promedio de 2 semanas por persona fue de £166.39 (IC del 95% £157.78 a £175.00), de los cuales aproximadamente el 50% correspondía al tiempo del personal, calculando que el costo nacional de tratar una úlcera venosa de pierna fue de £102 millones con un costo anual por persona de £4787.70 (13). En España, en un estudio efectuado en 54 centros, entre 2015 y 2017, el gasto total se estimó en 34.991.854 € (39.548.000 USD -dólares estadounidenses) (14). El estudio efectuado por Rice et al., que emparejó 58.672 personas con úlcera venosa con igual número de personas sin úlcera venosa, mostró que los pacientes con úlcera venosa utilizaron más recursos médicos e incurrieron en

mayores costos médicos incrementales. En cuanto a la pérdida de días trabajados al año las personas con úlcera venosa perdieron en promedio 14 días y las personas sin úlcera 10 días (15).

En Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), seguro orientado a satisfacer necesidades de salud entregando cobertura financiera a las prestaciones en el sector público y privado, incluye desde el año 2011 una canasta de curación avanzada dirigida a personas con úlceras venosas; estos recursos se usan para atender a un porcentaje de la población afectada, específicamente, a quienes se atienden en los hospitales, excluyendo a un porcentaje desconocido de la población (16).

El año 2018, con el objetivo de mejorar el acceso al tratamiento de la úlcera venosa, el Ministerio de Salud (MINSAL) incorporó recursos financieros para efectuar el manejo avanzado de la úlcera venosa en la Atención Primaria de Salud (APS). Esta prestación se realizaba desde 2018 en una comuna por Servicio de Salud, con una capacidad promedio de 60 canastas de atención con un valor de \$56.000, estimándose que ello corresponde a un 8% de las comunas del país (17), progresivamente el monto distribuido como proyecto se incorporó en el convenio de reforzamiento denominado “Fondo de Farmacia” (FOFAR). La canasta antes mencionada tiene, en consecuencia, un valor mensual de \$18.667, que, al compararlo con la canasta de tratamiento de hipertensión arterial en el nivel primario, con un arancel de \$3.460, es superior en 5 veces a esta última (18); Por tanto, disponer de insumos de tratamiento cuyo costo es superior a

muchos otros tratamientos en Chile requiere de un trabajo eficiente, considerando que la compresión es el tratamiento *gold estándar* de la úlcera venosa (6), las acciones deben focalizarse en favorecer la adherencia de los usuarios a la terapia, con el fin de asegurar la eficiencia de un tratamiento cuyo costo es superior al de otras problemáticas de salud que reciben atención en el nivel primario.

Fearn et al. realizaron una revisión de estudios cualitativos con el objetivo de explorar las experiencias de las personas con heridas crónicas y valorar posibles mejoras en la práctica clínica. Esta revisión incluyó 20 estudios en los cuales se evidenció que el manejo clínico eficaz del dolor y el reconocimiento de la experiencia del dolor agudo y crónico son de importancia para las personas con heridas crónicas. El tratamiento no debe centrarse exclusivamente en la curación, sino incorporar el manejo de los síntomas, el afrontamiento y el bienestar a través de una atención holística y centrada en la persona (19).

Ello coincide con lo reportado por Pulido-Acuña et al. quienes concluyeron que el cuidado a las personas con una úlcera venosa debe reconocer al usuario como agente fundamental y otorgarse desde una visión holística, en reciprocidad con su entorno, por lo que el proceso de atención integral debe ir más allá de la úlcera y valorar a la persona como un sujeto activo en el cuidado, logrando detectar señales de alarma y de mejoría, así como conocer los beneficios de la terapia de compresión y de practicar un estilo de vida saludable (20).

Por su parte, Probst et al. consideran de suma importancia que el equipo de salud que otorga el tratamiento a las personas con úlcera venosa brinde una educación eficaz y apoyo efectivo, debido a que el 70% de los pacientes presentan déficit de conocimiento sobre la terapia compresiva y en consecuencia poseen dificultades para su adherencia (21).

Sin embargo, la revisión de la literatura da cuenta de las limitaciones que han presentado los diseños de las intervenciones para mejorar la adherencia a la terapia compresiva, en particular con la medición de esta variable. Es así como una revisión Cochrane de intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir con los tratamientos de compresión para la ulceración venosa de la extremidad inferior, encontró 3 ensayos clínicos aleatorizados en los que la adherencia a la terapia compresiva no es informada o no es perceptible si se evaluó; dos estudios no aleatorios reportaron que aumentaron la adherencia a la compresión, uno de ellos una intervención educativa, la otra una intervención con base comunitaria con énfasis en la sociabilización y apoyo de pares, sin embargo, no informaron si estas aumentan la tasa de curación debido a que se incluyen personas con úlceras ya cerradas (22). En esta revisión, se recomienda desarrollar nuevos estudios para evaluar intervenciones, debido a que faltan ensayos que promuevan el cumplimiento del tratamiento de compresión para las úlceras venosas (22). No obstante, para el desarrollo de una intervención, se debe considerar que su estructura cumpla con los criterios establecidos por para el correcto diseño de intervenciones en salud (23), el cual incluye un proceso

sistemático para establecer si una intervención es adecuada y es recomendado efectuar más pruebas (24).

En Países Bajos Heinen et al. desarrollaron un ensayo controlado aleatorio con el objetivo de evaluar la eficacia del programa *Lively Legs* para promover la adherencia a la terapia de compresión ambulatoria y el ejercicio físico, así como los efectos sobre la recurrencia de úlceras en las piernas. Los resultados mostraron que el grupo de intervención obtuvo resultados significativamente mejores en la realización de ejercicios para las piernas, caminata por 10 minutos 5 días a la semana, así como menos días de herida. La adherencia a la terapia de compresión aumentó en ambos grupos, sin diferencias. Si bien los autores recomiendan la implementación del programa *Lively Legs* como parte de la atención integrada a los pacientes con úlceras venosas en las piernas, se estima que la investigación futura debería centrarse en cómo mejorar la adherencia al tratamiento de compresión (25).

En el presente estudio se ha considerado implementar una intervención piloto (23) dirigida a usuarios con úlcera venosa y tratamiento compresivo basada en los hallazgos de la revisión de la literatura realizada, para lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la aceptabilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa en el área de ulceración, la adherencia a la terapia compresiva y el

dolor en usuarios con úlcera venosa y tratamiento compresivo en la comuna de Hualpén durante los años 2024-2025?

1.2. Justificación y relevancia del estudio

Relevancia para la Salud Pública

La propuesta de estudio se origina desde la práctica clínica en la que se observa que las personas en tratamiento compresivo para el manejo de la úlcera venosa no adhieren o abandonan la terapia, situación que está en concordancia con la revisión de la literatura, por lo que se requiere de nuevos ensayos sobre estrategias para incrementar la adherencia (22).

En Chile, tal como se señaló previamente, la atención de la úlcera venosa con terapia de curación avanzada está disponible mediante una canasta de prestación, en los centros ambulatorios especializados adosados a los hospitales (16) y en la APS está disponible para un porcentaje de quienes lo requieran, dependiente de la comuna en que vivan. Sería deseable que este tratamiento estuviera disponible en todas las comunas donde se ejecuta el “Plan de Salud Familiar”, que es el conjunto de acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, inherente a la función de la atención primaria en su territorio a cargo en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación

(26), sin embargo, para que los proyectos piloto escalen a la totalidad de la población, es necesario disponer de mayor evidencia que fundamente la eficiencia de esta prestación.

Se considera que este estudio puede aportar con evidencia respecto de la aceptabilidad y eficacia inicial de una intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, adaptando los contenidos de la intervención efectuada por Heinen et al. en Países Bajos (25) al contexto local e incorporando elementos de una teoría de rango medio que integra los síntomas en la Teoría del autocuidado de las enfermedades crónicas (27).

Relevancia profesional

De acuerdo con la evidencia encontrada, los cuidados de las personas con úlcera venosa deben aportar beneficios clínicos y económicos, tanto para los pacientes como para el sistema de salud, esto justifica iniciativas que promueven enfoques que buscan una cicatrización más rápida (28). Para el éxito de su abordaje, los profesionales deben esforzarse por aumentar la adherencia del tratamiento indicado al paciente, abordando el dolor y cuidados de la piel, aportando la información necesaria y manteniendo una relación terapéutica adecuada y centrada en la persona, que le permita tener al usuario un papel activo en su cuidado (22).

Dado que el tratamiento y prevención de úlcera venosa son considerados crónicos, aquellas personas que mantienen una adecuada adherencia a la

terapia compresiva y han realizado cambios de hábitos personales, son quienes han logrado adaptar los consejos entregados por lo profesionales; por lo tanto, la enfermera debe examinar las preferencias individuales del paciente, para lograr la mayor reciprocidad posible del usuario con el tratamiento aconsejado, y realizar un acompañamiento adecuado a lo largo de todo el proceso. Es fundamental revisar y estandarizar la educación del paciente acerca de los principios del tratamiento y recomendaciones con el objetivo de mejorar la comprensión, aceptación y adherencia del paciente a la terapia para obtener una mayor eficacia (22). Por tanto, se requiere de intervenciones centradas en el paciente (9) con el objetivo de aumentar la adherencia, dado que la aceptabilidad de cada individuo a la terapia interfiere en el éxito del tratamiento (29).

Cabe mencionar que en lo que refiere a los cuidados de la piel, Gethin et al. en una revisión de las revistas líderes en cuidado de la piel y heridas, encontró que de 988 investigaciones casi un tercio (29%; n=286) estuvieron dirigidas por enfermeras, respaldando que, además de las funciones clínicas, las enfermeras poseen un impacto sustancial en el desarrollo de la base de pruebas para guiar la práctica clínica en el cuidado de la piel y las heridas (30). Otro estudio efectuado por Heyer et al., muestra que el conocimiento sobre la terapia compresiva, de la mayoría de los profesionales no estaba actualizado según las últimas normativas sobre materiales, métodos y uso de compresión. Sin embargo, se ha demostrado que los profesionales sanitarios con competencias para el desempeño acreditadas en el cuidado de heridas poseen un nivel de

conocimientos y habilidades prácticas en terapia compresiva ligeramente superior al de los profesionales sanitarios sin estas acreditaciones (31). Además, menos del 10 % de los participantes conocía la existencia y funcionamiento de estos sistemas, a pesar de su disponibilidad y validación científica desde hace más de 15 años. Conjuntamente, hasta el 90 % de los profesionales, independientemente de su experiencia al aplicar terapia compresiva, no logró alcanzar el rango de presión terapéutica óptimo; por tanto, se estima que la evidencia aportada por este estudio contribuirá a la práctica profesional de enfermería en el ámbito de los cuidados a las personas con úlceras venosas (31)

Relevancia disciplinar

Fawcett (32) plantea que la enfermería como disciplina debe aplicar los modelos conceptuales de enfermería para la investigación, debido a que esta es la forma de diferenciar la enfermería de otras disciplinas. La contribución a la disciplina de enfermería por medio de la utilización de las teorías debe, en consecuencia, contribuir a sustentar las intervenciones que permitan aportar beneficios clínicos y económicos tanto para los pacientes como para el sistema de salud (32).

Para el éxito de la intervención propuesta en este estudio, se propone sustentar la intervención en una teoría de rango medio que integra los síntomas en la Teoría del autocuidado de las enfermedades crónicas (27). Se espera realizar un aporte al conocimiento de enfermería al utilizar esta teoría, que incorpora los diferentes aspectos en que la úlcera venosa y su tratamiento

afectan a la persona, para que guíe la intervención. Así también la utilización de un marco de referencia disciplinar, permite probar teorías existentes y facilita la replicabilidad, permitiendo la comparación entre estudios y en el futuro la transferencia de conocimientos que contribuya al mejoramiento de la adherencia de las personas que se encuentran en tratamiento por esta condición.

1.3. Marco Referencial

A continuación, se presentan los elementos conceptuales, teóricos y empíricos que sustentan la presente propuesta.

1.3.1. Marco conceptual

Enfermedad venosa crónica

La enfermedad venosa crónica se define como la condición persistente y progresiva que involucra un amplio espectro de anomalías venosas en las que el retorno sanguíneo se ve gravemente comprometido (33).

Epidemiología

La úlcera venosa o úlcera de pierna, según datos de revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales, posee una prevalencia de 0,32 % (3). Otra revisión informó una prevalencia en poblaciones de varios entornos de 0,12 % a 1,69 % y una incidencia del 0,3 % al 1,33 %. Esta variabilidad de ocurrencia observada puede deberse, en parte, a la falta de registros de las úlceras venosas y las diferentes metodologías utilizadas para recopilar datos de prevalencia e incidencia (3).

Fisiopatología

Las várices son la expresión más común de la enfermedad venosa periférica y se cree que son debidas a una alteración de la distensibilidad del tejido conectivo de la pared venosa. En comparación con las venas normales, las venas varicosas presentan una hipertrofia de la pared venosa con un contenido en colágeno aumentado y unas fibras elásticas fragmentadas. Las várices primarias se producen por daño valvular y dilatación venosa sin una causa aparente. En ausencia de incompetencia de la unión safeno-femoral también pueden ser causadas por reflujo de venas pélvicas (34).

Un 30% de los pacientes con reflujo en el sistema venoso profundo parecen mostrar una incompetencia valvular primaria, en el resto la trombosis venosa profunda (TVP) es la causa. En un porcentaje sobre el 50%, las TVP presentan una lisis espontánea del trombo, pero en los casos en los que esto no ocurre se produce una combinación de reflujo y obstrucción (34).

El denominado síndrome posttrombótico, es un cuadro clínico de enfermedad venosa resultante del reflujo y obstrucción secundario a una o varias TVP, que provoca trastornos tróficos y úlceras cuando la TVP ha sido extensa o repetida y si no se ha producido la recanalización (34).

La hipertensión venosa produce sobre el endotelio un edema de las células endoteliales, activando las moléculas de adhesión de la membrana celular; de forma mecánica se produce también la ruptura del endotelio y el aumento de la permeabilidad del capilar. El estudio evolutivo de este proceso muestra que la primera manifestación es el micro edema seguido por el depósito de fibrina. Posteriormente se produce la migración extravascular de leucocitos, aumentando el edema y la inflamación, debido a mediadores liberados por los propios leucocitos. La reducción del gradiente de presión capilar entre el lado arteriolar y el venoso, conduce a un enlentecimiento del flujo sanguíneo. Los mediadores inflamatorios, procoagulantes la mayoría, y la disminución de flujo, conducen a la trombosis capilar reduciendo el aporte nutricional y de oxígeno a la piel (34).

Adicionalmente, la lesión endotelial libera mediadores vasoactivos que producen constricción arteriolar a nivel de los esfínteres precapilares. La isquemia relativa de la piel y las alteraciones metabólicas del tejido celular subcutáneo junto con la persistencia de la hipertensión, produce las lesiones en la piel, que pueden ser espontáneas o consecuencia de mínimos traumatismos, surgiendo la úlcera venosa (34). Los factores de riesgo son una predisposición hereditaria, edad avanzada, embarazo, falta de ejercicio, actividades de pie, sentado y obesidad. Aproximadamente el 1-2% de los pacientes con insuficiencia venosa crónica desarrollarán una úlcera venosa de la pierna en algún momento de su vida (34).

Manifestaciones clínicas de la enfermedad venosa

Figura 1. Esquema de válvulas de venas normales y válvulas de las venas con insuficiencia venosa



Figura extraída de: Tharalson E, Canción E, "Educación del Paciente - Úlceras Venosas de la Pierna (34).

Etapas de la clasificación de la enfermedad venosa crónica EVC:

C0: Sin signos visibles o palpables de enfermedad venosa.

C1: Telangiectasias o venas reticulares: venas de pequeño calibre visibles.

C2: Venas varicosas: Venas de diverso tamaño con dilatación aparente.

C2r Venas varicosas recurrentes: Venas de diverso tamaño con dilatación aparente, luego de haber retirado o esclerosado otra vena varicosa anterior.

C3: Edema: Presencia de exceso de líquido.

C4: Cambios en la piel y tejido subcutáneo secundarios a EV: dermatitis.

C4a: Pigmentación o eccema: Piel más oscura y seca.

C4b: Lipodermatoesclerosis o atrofia blanca: fibrosis subcutánea o endurecimiento de la piel.

C4c: Corona flebectática: venas descoloridas en abanico alrededor del área del tobillo

C5: Curado: herida que ha completado su epitelización.

C6: Úlcera venosa activa: herida con pérdida de continuidad de la piel

C6r: Úlcera venosa activa recurrente (34).

La úlcera venosa, corresponde a la etapa más avanzada de la EVC en la que el ambiente inflamatorio y el edema afectan la piel y los tejidos subcutáneos, lo que finalmente conduce a la ruptura de la epidermis y al desarrollo de ulceraciones cutáneas (3).

Para diferenciar el diagnóstico de úlcera venosa, se realiza el examen clínico seguido de la medición por ultrasonido *Doppler* del índice de presión

sistólica tobillo-brazo para descartar la enfermedad arterial (35). Se recomienda la medición del índice tobillo brazo, ya que la palpación de los pulsos del pedio puede ser complejo en una extremidad con edema. Los rangos normales de índice tobillo brazo son los siguientes: 0,9 a 1,2 excluye enfermedad arterial, $\leq 0,5$ es compatible con la presencia de isquemia periférica grave, $\geq 0,5$ a $\leq 0,9$ es compatible con la presencia de enfermedad arterial periférica y $> 1,2$ sugiere la necesidad de excluir cambios aneurismáticos o enfermedad cardiovascular (36).

Con relación al dolor, definido como experiencia sensorial y emocional desagradable, éste es un problema presente en pacientes con heridas crónicas en las piernas. El dolor puede ser causado por la patología subyacente de la ulceración de la pierna, la herida, el tratamiento de la herida o complicaciones como la irritación de la piel alrededor de la úlcera (37).

La revisión de Renner et al., encontró que la prevalencia de base del dolor en las personas con úlcera venosa estaba presente en el 80%, con una media de 4 según escala de 0 a 10 (38).

El dolor crónico es un proceso importante para la persona que lo sufre, que produce múltiples consultas, ocasionando un importante costo en salud. Es importante, realizar un buen plan de tratamiento con objetivos claros y realistas consensuados con el paciente. El tratamiento farmacológico debe estar incorporado (39); paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) están indicados en dolor leve y leve-moderado, solos o asociados a otros analgésicos como los opioides, en dolor moderado y moderado severo.

Tener la capacidad para realizar un buen abordaje del paciente con dolor crónico, dedicando el tiempo que precise en la consulta, tener accesible las pruebas complementarias necesarias para valorar la etiología del proceso y la posibilidad de derivar directamente, sin intermediarios, a las unidades de tratamiento del dolor, es importante para poder realizar una atención de calidad al paciente con dolor crónico no oncológico (40).

Abordaje terapéutico de la úlcera venosa

La compresión es el pilar del tratamiento de la úlcera venosa, en forma adyacente al manejo de la úlcera (41). La compresión puede administrarse utilizando vendajes o prendas de múltiples capas de las cuales al menos una debe ser elástica capaz de administrar presiones externas de 35 a 40 mmHg en los tobillos y disminuir a 17 a 20 mmHg al nivel de la rodilla. Efectuar el vendaje compresivo de la úlcera venosa es complejo y requiere capacitación e instrucción en la aplicación de éste (42).

La presión ejercida por el vendaje, difiere en los distintos puntos a lo largo de la pierna y depende de una serie de factores, todos ellos recogidos en la conocida ley de Laplace: la presión bajo el vendaje en un punto específico aumenta a medida que aumenta la tensión (fuerza aplicado al vendaje durante la colocación), a medida que aumenta el número de capas, cuando el radio es

menor para la circunferencia en el punto específico (mayor prominencia, por ejemplo, región pretibial) y con una banda más estrecha. La capacidad de mantener este grado de tensión en el tiempo depende de las propiedades de los componentes del vendaje (42)

Efectos del tratamiento compresivo

A continuación, se detalla el impacto que posee el tratamiento compresivo en la extremidad y en el proceso de cicatrización de la úlcera venosa

Sobre el sistema linfático:

- Disminución del exceso de líquido intersticial por resistir la filtración de fluidos desde los capilares sanguíneos hacia el tejido, disminuyendo así la carga linfática.
- Desplazamiento de líquido intersticial a sitios con linfáticos funcionales
- Aumento de la reabsorción y estimulación linfática (42)

Sobre el sistema venoso:

- Reducción del reflujo venoso y mejor retorno venoso.
- Hipertensión venosa reducida.
- Bomba muscular de la pantorrilla maximizada
- Disminuye los niveles de metaloproteinasas de la matriz, iniciando la cicatrización de la úlcera venosa (42)

El manejo de la úlcera se realiza basándose en la limpieza, esta se puede efectuar con agua estéril o suero fisiológico y tibio al tacto, posteriormente estas se cubren con apósitos de contacto que sean fáciles de aplicar y quitar sin dolor (43).

Las directrices del manejo avanzado de la úlcera venosa en Chile están contenidas en la “Guía de tratamiento integral avanzado de la úlcera venosa” (44). Los establecimientos que realizan el manejo avanzado de úlcera incorporan estas directrices en los protocolos locales, el Ministerio de salud posee manuales de manejo de heridas, aunque no son específicas para la úlcera venosa (45).

Tipos de sistemas y materiales en terapia compresiva

Vendaje de baja elasticidad

Son aquellos vendajes cuyos tejidos están compuestos por materiales que se estiran poco (menos del 100%), o incluso no se estiran (vendas inelásticas). Un ejemplo de venda inelástica es la venda de zinc, también llamada bota de Unna, una alternativa de vendaje, con especial beneficio antiinflamatorio sobre la dermatitis. Los vendajes con vendas inelásticas son rígidos, con presiones de descanso bajas y de trabajo elevadas, con aumento de presión importante asociado a la contracción muscular. El principal problema es que los vendajes con vendas de estiramiento corto tienen que ser renovados con frecuencia, debido a que la presión se pierde rápidamente (46).

Vendaje de alta elasticidad

Todos aquellos vendajes que entre sus componentes poseen fibras de elastano, que hacen que se estire más del doble de su longitud basal. Debido que se adaptan al diámetro de la pierna, sin oponerse a la contracción muscular, no hay gran diferencia entre la presión de descanso y de trabajo, por lo que son menos eficaces para reducir el edema. Al ejercer presión elevada en reposo, son peor toleradas por los pacientes, sobre todo por aquéllos con un cierto grado de compromiso arterial (47).

Sistemas de vendas multicomponente

Son aquellos sistemas están desarrollados por vendas con tejidos de diferentes características, de las que dependerá la mayor o menor rigidez del vendaje. Pueden componerse de dos, tres o cuatro vendas, con funciones de almohadillado, compresión y fijación. Estos vendajes pueden mantenerse sin necesidad de cambio hasta una semana (46).

Medias de compresión

Son aquellas prendas de compresión que pueden ser autoadministradas y su uso facilita el calzado, así como otras actividades de la vida diaria. Existen diferentes tejidos y modelos comercializados, pero se pueden realizar a medida, en caso de

pacientes con medidas de pierna fuera de la normalidad. En función del tipo de tricotado, se clasifican en tejido circular y tejido plano. Este segundo tipo de tejido es más rígido y está especialmente indicado en pacientes con flebolinfedema. Específicamente en Chile, la comercialización de las medias de compresión es menos variada que el vendaje de compresión, motivo por el cual es poco usada en los programas financiados por el sistema público de salud (46).

Tratamiento de úlcera venosa sin compresión

Consiste en la realización curación solo con apósitos en medio húmedo, con la fijación de vendaje no compresivo, sin la aplicación de sistemas de compresión antes mencionados (47).

Adherencia a terapia compresiva en personas con úlcera venosa

La adherencia puede definirse como el grado en que los pacientes siguen las instrucciones que se les entregan los diferentes profesionales, en las enfermedades crónicas es un proceso complejo con resultados poco concluyentes, por lo que la investigación de adherencia terapéutica se ha movido hacia nuevas estrategias entre las que se incluye al equipo multidisciplinario y se enfatiza en la participación del paciente (48).

En particular, respecto de los métodos para evaluar la adherencia a la terapia compresiva en personas con úlcera venosa, autores expresan que este

es un problema debido a que actualmente no se dispone de métodos estandarizados (13). La forma de medir la adherencia puede efectuarse por autoinforme del usuario o evaluada mediante observación por el profesional al momento de efectuar la curación (49).

Respecto de lo señalado, en el estudio “*Lively leg*”, la adherencia fue evaluada por parte de los profesionales quienes aplicaron un cuestionario de 6 ítems y se calificaron a los usuarios de acuerdo con una escala de categorías: totalmente adherente (llevaba medias siempre, todo el día); semiadherente (usaba medias a veces); no adherencia (ocasionalmente usaba medias o no usaba medias, no estando claramente definido) (25).

Bar et al. en una revisión sistemática sobre el uso de compresión para el manejo de úlceras venosas encontró que, en las intervenciones para mejorar la adherencia, solo 5 de 14 ensayos controlados aleatorios pudieron demostrar mejoras en la adherencia a través de enfoques unidimensionales. Sin embargo, se identificó también una falta de consenso en torno a definir, medir y cuantificar la adherencia a la compresión, como resultado de esta falta de consenso la interpretación de la literatura se ve también limitada (50).

En Chile, el vendaje doble capa o una capa con retiro y cambio por los profesionales es el tipo de compresión utilizada principalmente en la red asistencial pública*. En este caso, la medición de la adherencia es realizada por los profesionales mediante la observación de marcas de verificación realizadas

* El costo y oferta de estos en el país limita las compras en el sector público, especialmente en las regiones.

en el vendaje[†]. Por consiguiente, el reporte de adherencia es el entregado por los profesionales y puede ser evaluado por días de uso, a diferencia de otros países, donde se utiliza calceta compresiva y el usuario aplica el vendaje y quien reporta la adherencia, por lo general, es el paciente (12).

1.3.2. Marco teórico

Para la elección de una teoría que permita guiar una intervención en la adherencia de personas con úlcera venosa a la terapia compresiva, desde la perspectiva de enfermería, se consideraron los diferentes aspectos en que la úlcera venosa y su tratamiento que afectan a la persona. En base a lo antes expuesto, se ha utilizado la Teoría de Autocuidado de enfermedades crónicas (51) para guiar la presente investigación.

TEORÍA DE RANGO MEDIO DE “AUTOCUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS”

La teoría de “Autocuidado de enfermedades crónicas” elaborada por Riegel,

[†] El vendaje utilizado es desechable y es marcado con plumón indeleble que permite verificar que no fue extraído ni manipulado.

Jaarma y Strömberg, fue desarrollada inicialmente para la situación específica del autocuidado en personas con insuficiencia cardíaca (IC) y publicada por primera vez en 2008 (51). Las autoras se basaron en que el autocuidado es considerado fundamental en el manejo de enfermedades crónicas y describen los factores que influyen en este, como la experiencia, la habilidad, la motivación, la cultura, la confianza, los hábitos, la funcionalidad, la cognición, el apoyo de otras personas y el acceso a la atención médica. Sin embargo, no consideraba elementos mediadores que interactúan con los factores antes mencionados; después de un análisis exhaustivo de los componentes existentes de la teoría identificaron aspectos importantes que requerían mayor desarrollo: se determinó que el concepto de automonitoreo del autocuidado, así como la relación entre el automonitoreo y la autogestión del autocuidado estaban poco desarrollados. Este monitoreo se consideró necesario para la toma de conciencia y la explicación de los cambios corporales, perfeccionando la teoría de rango medio con la incorporación de los síntomas como conductores en el cuidado en condiciones crónicas de salud.

Riegel et al. trabajaron esta teoría de rango medio a partir de la práctica clínica de cuidado de adultos con insuficiencia cardíaca, a partir de resultados de investigación en personas con hospitalizaciones repetidas, atribuidas a la falta de autocuidado (27). Basándose en las experiencias clínicas, revelaron los desafíos que enfrentan los pacientes en su autocuidado y como las decisiones que toman, necesitan ser congruentes con las necesidades asociadas a su condición crónica

de salud.

El desarrollo de la teoría tiene influencia de la Teoría de Autocuidados de Orem (52), la cual define el autocuidado como la práctica que puede ser realizada por los individuos o por agentes de cuidado cuando la personas no puede efectuarlos debido al desequilibrio entre las necesidades de autocuidado y las habilidades de autocuidado y es necesaria la intervención de enfermería con el objetivo de mantener la salud; Orem identificó tres niveles de autocuidado: autocuidado completo, parcial autocuidado y ausencia de autocuidado. El autocuidado completo o agente de autocuidado se refiere al cuidado de una persona por sí misma, de acuerdo con los requisitos de salud y la situación de la vida. El autocuidado parcial se refiere a la dependencia de otros para el cuidado de una parte de los requisitos de salud, pero con la habilidad para cuidar de sí mismo en otros ámbitos. Por último, la ausencia de autocuidado se refiere a la dependencia total de otros para el cuidado, sin ninguna capacidad para cuidar de sí mismo, utilizando estos niveles para determinar los cuidados de enfermería a entregar (52). La Teoría de autocuidado de las enfermedades crónicas, a diferencia de la de Orem, se centra en automanejo que realizan las personas de su enfermedad crónica (27).

Riegel et al. en la teoría de Autocuidado de enfermedades crónicas, reconoce que la salud es un proceso dinámico y subjetivo, que se experimenta de forma individual, sin embargo, las enfermedades crónicas imponen un conjunto de comportamientos a la mayoría de las personas que buscan atención

porque requieren alivio de los síntomas causados por la enfermedad o por el tratamiento (27). Los proveedores de atención deben motivar a estas personas a participar de su autocuidado, descifrando los códigos de su comportamiento y procesos utilizados para enfrentar una enfermedad crónica.

Conceptos de la teoría

1. Autocuidado: proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas de promoción de la salud y manejo de la enfermedad.
2. El monitoreo del autocuidado se refiere al proceso de observarse a sí mismo en busca de cambios en relación con signos y síntomas
3. El mantenimiento del autocuidado se refiere a aquellas conductas realizadas para mejorar el bienestar, preservar la salud o mantener la estabilidad física y emocional. En individuos que están bien, pueden ser impuestas por otros (por ejemplo, atención médica). Los comportamientos utilizados por los pacientes con una enfermedad crónica para mantener la estabilidad física y emocional, implica el comportamiento de prestar atención a sí mismo en busca de signos y síntomas.
4. La gestión del autocuidado implica una evaluación de los cambios físicos y emocionales (27).

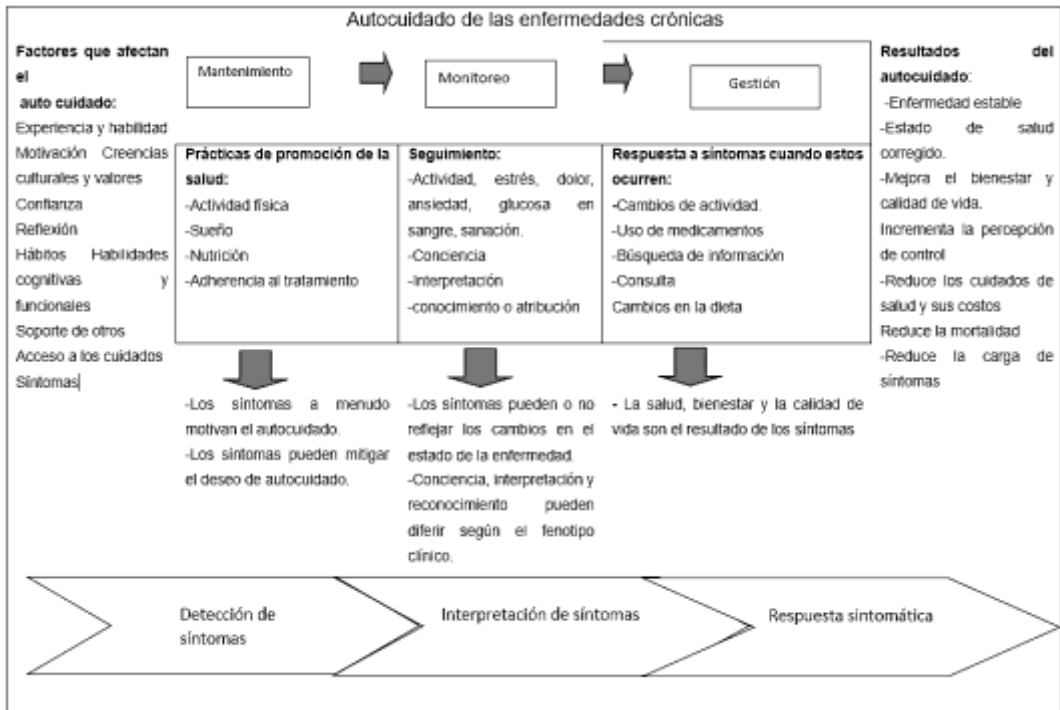
Tal como se señaló previamente, con la finalidad de perfeccionar la teoría, posterior a su formulación, se efectuó una revisión sobre las áreas en que esta podía mejorarse, determinando que el concepto de monitoreo del autocuidado

estaba poco desarrollado; estableciendo que los síntomas podían asociarse al monitoreo del autocuidado (27).

Para tal efecto, Riegel et al. realizaron una revisión de numerosas teorías clásicas sobre los síntomas, que se utilizan para guiar la investigación en enfermería y disciplinas afines (27), porque consideraban que complementaban los argumentos centrales de la teoría de rango medio de Autocuidado de enfermedades crónicas en su descripción de los síntomas o posicionan al autocuidado como antecedente o consecuencia relacionada con los síntomas (27).

La Figura 2 ilustra la propuesta de integración de los síntomas en la teoría. La experiencia de tener síntomas puede desarrollar habilidades en el mantenimiento, monitoreo y manejo del autocuidado, pudiendo, tal como otros factores, motivar a las personas a involucrarse en comportamientos de autocuidado. Por otra parte, las consecuencias del autocuidado (*outcomes*) que incluyen salud, bienestar, calidad de vida y carga de síntomas, entre otros, dependen en gran medida de los síntomas.

Figura 2. Representación conceptos de la teoría rango medio de autocuidado de las enfermedades crónicas.



Extraído de: Riegel B et al. (27)

Tal como se ha señalado, los síntomas múltiples, comúnmente asociados con enfermedades crónicas, pueden ser percibidos de manera diferente por los individuos y están influenciados por una variedad de factores, incluyendo la familiaridad, la atención, la interpretación y la motivación de los pacientes para mantener la estabilidad fisiológica (27). Las personas con enfermedades deben tomar decisiones como la adherencia, modificación de conducta, esto implica un conocimiento previo y análisis de la situación, sin embargo, el curso que sigue esta toma de decisiones no siempre es racional, sino más bien naturalista, conduciendo a una toma de decisiones automática y contextual. En consecuencia, esta teoría propone que las personas desarrollen la capacidad de atención, así como de pensar, comprender y valorar la información. Estas

capacidades están influenciadas por la experiencia y las habilidades individuales, las cuales deben ser consideradas al orientar a las personas en el reconocimiento de sus síntomas y cómo manejarlos (27).

Se consideró pertinente la utilización de este marco en el presente estudio, ya que, tal como fue señalado, la teoría de autocuidado de las enfermedades crónicas emergió de la necesidad de autocuidado de las personas con insuficiencia cardíaca quienes presentan síntomas muy semejantes a las personas con úlcera venosa, ya que, al igual que los primeros, presentan múltiples enfermedades crónicas y, en consecuencia, tienen amplia experiencia en su abordaje, la que, por lo general contribuye en el desarrollo de la habilidad en el cuidado personal. Esta habilidad en el autocuidado es esencial para la toma de decisiones y para el logro de metas (27) que incluyen salud, bienestar, calidad de vida y carga de síntomas.

Intervenciones en salud

Se define como intervención a aquel programa, servicio, política o producto con el objetivo de influir o cambiar las condiciones de salud, sociales, ambientales y organizacionales de los individuos, así como sus elecciones, actitudes, creencias y comportamientos (23). Para el desarrollo de una intervención en salud están definidas 4 etapas progresivas, más una prefase inicial, las que se abordarán a continuación:

La **prefase** es aquella en que se planifica la intervención (23).

La **fase I** generalmente implica uno o más estudios de nivel piloto para identificar una base teórica para una intervención, identificando y evaluando los componentes del tratamiento y determinando su aceptabilidad, factibilidad y la seguridad. En esta fase, se puede utilizar una amplia variedad de estrategias de

diseño de investigación, como estudios de casos, diseños de estudios previos y posteriores, grupos focales o una combinación de ellos para definir y refinar el contenido de la intervención y derivar las características de administración (dosis, intensidad o componentes del tratamiento).

La **fase II** es aquella que implica una prueba piloto inicial o una serie de pruebas piloto de la intervención que se lleva a cabo en comparación con una alternativa apropiada. En esta fase, se puede utilizar un pequeño ensayo piloto aleatorizado para identificar o depurar los resultados apropiados y su medición, evaluar si las medidas son sensibles a los cambios esperados de una intervención, determinar el tipo de grupo de control y evaluar los efectos potenciales del tratamiento. El monitoreo de la viabilidad, aceptabilidad y seguridad puede continuar junto con la evaluación continua y cómo la base teórica informa cambios observados. Otra labor importante que puede comenzar en la fase I es la de forma de evaluar la fidelidad al tratamiento.

Los estudios de viabilidad en esta fase se pueden utilizar para evaluar una amplia gama de aspectos, como la viabilidad de todos los procedimientos y elementos de diseño, incluido el reclutamiento, la retención y las evaluaciones o medidas de resultado, conjuntamente evaluar los componentes de la intervención, la dosificación y otras características de administración (23).

La **Fase III** incorpora el ensayo controlado aleatorizado definitivo que compara una intervención desarrollada con una alternativa adecuada para demostrar su eficacia. En consecuencia, se centra en evaluar los efectos de la intervención sobre los resultados para individuos y un conjunto restringido de síntomas que incluyen psicosociales, biológico-conductuales o clínicos. Esta fase comienza con la suposición de que existe una intervención bien elaborada basada en la evidencia preliminar de beneficios y factibilidad obtenida de las 2 fases anteriores (23).

La **Fase IV** se considera la fase final. Representa la prueba de eficacia o ensayo de replicación para evaluar si la intervención tiene un impacto cuando se

entrega a un grupo más amplio de participantes del estudio que los incluidos en la fase de eficacia y/o dentro de un contexto de práctica. Considerando que los esfuerzos metodológicos de la Fase III están dirigidos a garantizar la validez, como ya se mencionó, el énfasis en la Fase IV está en la validez externa o la medida en que la intervención puede tener un alcance más amplio y generalizarse a muestras más heterogéneas y contextos ambientales (23).

Aunque la validez interna sigue siendo importante, la validez externa es el enfoque principal. En esta fase la inclusión y los criterios de exclusión pueden relajarse o abrirse para incluir una combinación más amplia de participantes que reflejan poblaciones reales. Del mismo modo, pequeños ajustes en los protocolos de intervención, como el número o la duración de las sesiones y/o quién puede brindar la intervención. Equilibrar la necesidad de mantener la fidelidad y acomodar un contexto de implementación en una fase de efectividad puede ser un desafío. Si la intervención se cambia demasiado, es posible que no resulte en el mismo nivel de beneficios o tipo de resultados logrados en la fase de eficacia (23).

Para efectos del presente estudio, se propuso un estudio en **Fase I** (23), debido a que se realizó una adaptación de la intervención efectuada por Heinen (25), realizando adecuaciones de sus elementos debido al contexto, a las características de los usuarios, la experiencia de estos con las úlceras venosas y el déficit de conocimientos sobre el tratamiento compresivo e incorporando como marco de referencia la teoría de rango medio del autocuidado de enfermedades crónicas

Para llevar a cabo la adaptación de la intervención se consideró utilizar el Marco de referencia para la adaptación de la intervención de Mckleroy et al. (53), el cual consta de tres etapas y cinco pasos, según se observa en la Figura 3

Figura 3. Proceso de adaptación de las intervenciones conductuales basadas en evidencia.

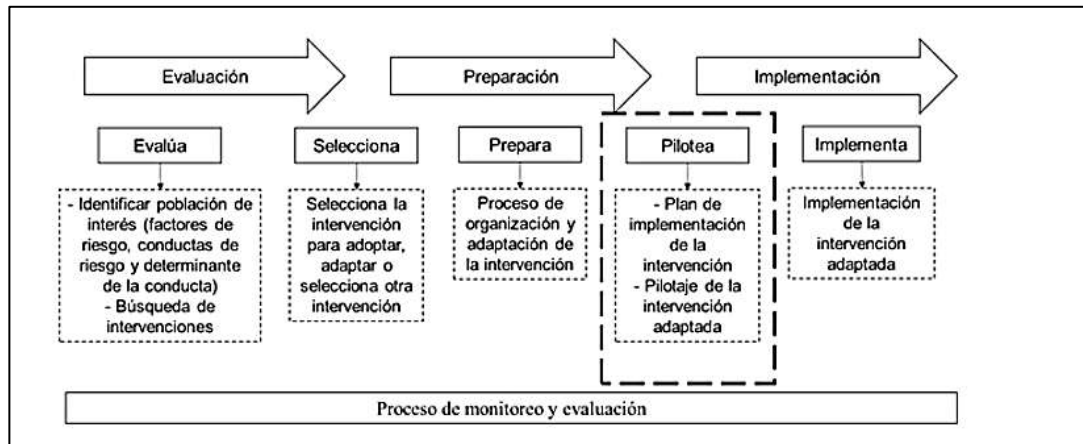


Figura extraída de: Villa-Rueda et al. (54).

Villa-Rueda et al. (54) describe el proceso de las etapas y pasos de adaptación de las intervenciones conductuales basadas en evidencia, de la siguiente manera: la etapa de evaluación se ocupa en el primer paso de identificar en la población los factores de riesgo, en busca de los determinantes de la conducta, búsqueda de las intervenciones para seleccionar aquella intervención a adaptar; en el segundo paso, selecciona la intervención a adoptar o adaptar. En la etapa de preparación, se realiza la organización y adaptación de la intervención, antes de implementación que, para efectos de este estudio, constará de un solo paso, que corresponde al pilotaje de la intervención adaptada (55).

Factibilidad de las intervenciones

El término estudio de factibilidad se utiliza para circunscribir las exploraciones iniciales que apoyen a los investigadores a prepararse para una investigación a

gran escala que conduzca a una intervención (24). Se utilizan para determinar si una intervención es apropiada para realizar más ensayos, es decir, permiten a los investigadores evaluar si las ideas y los descubrimientos de estos se adecuan de forma que sean relevantes y sostenibles

Se propone que los estudios de factibilidad aborden las siguientes áreas (24):

- Aceptabilidad.
- Demanda/Uso.
- Implementación.
- Sentido práctico.
- Adaptación
- Integración.
- Expansión
- Pruebas de eficacia limitada.

Los estudios de factibilidad se utilizan para establecer si una intervención es adecuada y es recomendado efectuar más pruebas; en otras palabras, permiten a los investigadores evaluar si las ideas y los hallazgos pueden moldearse para que sean relevantes y sostenibles. Tal investigación puede identificar no solo qué modificar, si existe algo que requiera cambios, en los métodos o protocolos de investigación necesita modificación, sino también cómo pueden ocurrir los cambios. Para el propósito de este estudio, se incorporó el estudio de la aceptabilidad y eficacia limitada.

Aceptabilidad de las intervenciones

Una intervención en salud debe tener validez, lo cual se refiere a que la percepción de los clientes sobre la intervención es aceptable (56). Por tanto, es importante evaluar la aceptación de una intervención experimental, ya que el perfil personal y de salud, así como las creencias sobre el problema de salud, tienen una influencia en su aceptación. Por ejemplo, las personas mayores encuentran aceptables los medicamentos para el control de problemas del sueño (55). La aceptación del usuario es necesaria para mejorar la validez externa e interna de los resultados, ya que la percepción de los participantes afecta su comportamiento en la participación y deserción en los estudios de evaluación (55).

La aceptabilidad puede valorarse en diferentes fases del diseño y en la evaluación de las intervenciones de salud, preferentemente al inicio, con grupos pequeños para evitar gastos innecesarios y efectuar las adaptaciones que se requieran. La aceptabilidad se refiere a la actitud o conveniencia percibida de una intervención y puede investigarse mediante estudios descriptivos y evaluativos. Los estudios descriptivos pueden determinar el grado de aceptabilidad de una intervención para abordar un problema de salud, mientras que los estudios evaluativos pueden examinar la contribución de la aceptabilidad al éxito de una intervención (55).

Para su medición, se ha utilizado la medida *Treatment Acceptability and Preference (TAP)*, este instrumento fue validado, en un estudio con diferentes

opciones para tratamiento del insomnio, que tuvo por objetivo determinar la utilidad del instrumento para mantener la validez y mejorar la relevancia clínica de los hallazgos en la investigación de evaluación de una intervención. Se ha utilizado para evaluar la aceptabilidad de opciones de tratamiento ofrecida dentro del contexto de un estudio. (55). Las propiedades psicométricas de TAP, se evaluaron por separado para las diferentes opciones de tratamiento. La fiabilidad de la consistencia interna de los cuatro ítems que evalúan la aceptabilidad del tratamiento se determinó examinando sus correlaciones ítem-total y estimando el coeficiente alfa de Cronbach. Los coeficientes de correlación ítem-total iguales o superiores a 0,30 y los coeficientes alfa iguales o superiores a 0,70 fueron criterios indicativos de una fiabilidad aceptable para las medidas desarrolladas (56).

Pruebas de eficacia limitada

Los estudios de factibilidad son útiles para proporcionar una comprensión de cómo una intervención se adapta a un contexto real, pero muchos ensayos tienen un diseño controlado que reduce la relevancia externa y la generalización (56).

Los estudios de factibilidad deben examinar indicadores como reclutamiento, la retención, la fidelidad de la intervención, la aceptabilidad, la adherencia y el compromiso. Los indicadores añadidos incluyen algoritmos de aleatorización, capacidad para agrupar datos, confiabilidad de las mediciones,

confiabilidad entre evaluadores, características de diseño como tamaños de grupos (57).

Por lo antes señalado, se necesitan lineamientos para ayudar a evaluar y priorizar esas intervenciones, por tanto, el presente estudio, busca además de probar si las personas consideran aceptable la intervención determinar si quienes reciben la intervención educativa presentan una mejora en la adherencia a la terapia compresiva y disminuyen el dolor y el área de ulceración en un periodo de 12 semanas.

1.3.3. Marco empírico

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos Pubmed, Web of Science y Scopus, con los siguientes descriptores: *úlceras de pierna/leg ulcer*, *Adherencia/ Patient Compliance* y *Vendajes de compresión/ Compression bandages*, publicados en los últimos 10 años. A continuación, se presenta una síntesis de los estudios, iniciando con aquellos estudios cualitativos que abordan el impacto de las úlceras venosas en la persona, comunidad y sistema de salud, posteriormente se incluyen ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que abordan los resultados de intervenciones educativas en personas con esta problemática.

En una revisión efectuada por Green et al., que tuvo como objetivo evaluar

el impacto de úlcera venosa en la vida del paciente, los resultados de los estudios cualitativos pudieron agruparse en 4 temas: implicancias físicas, implicancias sociales, implicancias psicológicas y relación enfermera paciente. Cada uno de estos temas incluyó una serie de subtemas; en las implicancias físicas, el dolor fue un tema dominante y estaba consistentemente en los 11 estudios, fue descrito por los pacientes como el peor síntoma y causa de mayor sufrimiento, éste, a su vez, impactó en el sueño, movilidad y funcionamiento diario, además el dolor se ve exacerbado por los apósitos y la terapia asociada; la movilidad fue otro subtema mencionado en 6 estudios, los paciente refirieron que los problemas de movilidad estaban asociados al dolor y la filtración de exudado: por ultimo 6 estudios informaron alteraciones de sueño atribuidos al dolor (8).

En una revisión sistemática efectuada con el objetivo de evaluar intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir con los tratamientos de compresión para la ulceración de la pierna, efectuada por Weller et. al. (22), se encontró que hay poca evidencia disponible que permita evaluar los beneficios de intervenciones educativas específicas como videos o información escrita y ninguna evidencia para apoyar o rebatir las intervenciones educativas en general, las pruebas son limitadas en cuanto a los beneficios de los modelos de atención de enfermería basados en comunidad y ninguna evidencia se encontró para apoyar o rebatir otras intervenciones que estén enfocadas a mejorar el cumplimiento de la terapia compresiva; en la revisión, los autores advierten que se requiere investigación adicional de calidad para establecer conclusiones

definitivas sobre los beneficios de las intervenciones educativas e intervenciones comunitarias para abordar el cumplimiento del tratamiento de compresión y en consecuencia mejorar los tiempos de cierre de la úlcera venosa.

Con respecto a las intervenciones de enfermería dirigidas a las personas con úlcera venosa, una revisión integrativa, identifico que existen pocas intervenciones y que menos de la mitad de estas mencionan un fundamento teórico que sustentara la intervención, por lo que se consideró necesario replantear el enfoque de las intervenciones de enfermería hacia la experiencia de las personas (20).

Continuando con la necesidad de evidencia sobre las experiencias de las personas, se encontró un estudio cualitativo que exploró las razones por las que las personas no adhieren a la compresión como tratamiento para las venas varicosas, entre estas mencionaron las siguiente: lagunas de conocimiento sobre la terapia, escasa recomendaciones de los médicos y enfermeras sobre su uso, desventajas de la compresión y factores psicosociales (9).

En cuanto al tipo de intervenciones educativas efectuadas, Kaiser et al. 2018 en Brasil, examinaron la pertinencia claridad y amplitud de los contenidos de un folleto educativo en cuanto a la ilustración, lenguaje y diagramación de acuerdo a la orientación de expertos, sobre temas como los cambios en el estilo de vida, descanso de piernas en alto, nutrición , hidratación , reducción del tabaco, ejercicio físico y limpieza e hidratación de la extremidad; con esta información fue redactado un folleto con lenguaje fácilmente comprensible para

personas no especializadas. La validación fue efectuada por profesionales expertos que analizaron los aspectos antes mencionados en el folleto, con relación a la ilustración, lenguaje y maquetación, considerando las orientaciones, en esa etapa. Se destacaron algunos aspectos claves para el cuidado y la prevención de las úlceras que deberían estar disponibles: descanso con elevación de las extremidades, nutrición, hidratación, disminución del consumo de tabaco, actividad física y limpieza e hidratación de la piel (59). Por tratarse de una validación efectuada por profesionales se considera importante que el folleto se valide con los pacientes con úlcera.

Otro estudio, basado en la educación de las personas mediante un folleto, fue llevado a cabo por Protz et al. en Alemania, quienes desarrollaron un ensayo que tuvo como objetivo producir información confiable sobre cuánto pueden beneficiarse los pacientes con úlcera venosa de pierna (UVP) de un folleto que se centra en conocimiento de la úlcera venosa y en la terapia de compresión, evaluación que incluyó a 136 pacientes con UVP. Se encontró que la mayoría de los participantes en el grupo de intervención se beneficiaron del folleto "Terapia de compresión: fácil y bien ajustada", debido a que los resultados mostraron que los pacientes del grupo de intervención estaban mejor informados sobre sus enfermedades, la terapia de compresión y cómo podían apoyar adecuadamente las medidas. Este estudio sugiere que los pacientes con VLU pueden beneficiarse de un folleto que explica su enfermedad y la terapia de compresión; sin embargo, según declaración del autor, las personas del grupo experimental

conocían que debían completar un cuestionario en su próxima cita y es posible que hayan leído el folleto con especial cuidado (59). Como limitación se puede señalar que la encuesta que contestaron los participantes se centró en el conocimiento, sin embargo, la conducta final esperada es la adherencia a la compresión, al reposo pierna en alto y caminata para activación de circulación, por lo que, para que estas conductas se realicen, se requiere que la atención este centrada en el paciente y el cambio se adecue a sus creencias, valores y preferencias (59).

Un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico, efectuado en los países bajos entre 2005 y 2009, abordó la adherencia a la terapia de compresión, en una población de 184 pacientes con úlcera venosa, y evaluó el nivel de actividad física y el estado de la herida por un periodo de 18 meses. Los resultados mostraron un aumento en la adherencia a la terapia de compresión en ambos grupos, sin diferencia significativa. El grupo de intervención se desempeñó significativamente mejor en la ejecución de ejercicios de piernas ($p < 0,01$) y caminatas de 10 minutos cinco días a la semana ($p < 0,01$). No hubo diferencia al llegar a los 30 min de caminata los 5 días de la semana. El grupo de intervención presento menos días con la herida ($p < 0,01$). La efectividad del programa *Lively Legs* quedo demostrada en el comportamiento de caminar y la realización de ejercicios de piernas en pacientes con úlcera venosa, así como un impacto promisorio en la cantidad de días sin herida después de que la herida inicial se encuentra cicatrizada. Los resultados mostraron un aumento en la

adherencia a la terapia de compresión en ambos grupos, sin ninguna diferencia entre ambos, esto podría estar asociado a la contaminación de pacientes del grupo control con los usuarios del grupo de intervención, debido a que no hubo doble cegamiento (25).

Otro estudio sobre adherencia al tratamiento en personas con úlcera venosa, realizado por Brown et al., examinó la teoría de la autoeficacia de Bandura como un modelo de cambio de comportamiento para promover el autocuidado en pacientes con úlceras venosas curadas o recurrentes, basado en la teoría antes mencionada, desarrollo una escala de autoeficacia centrada en el paciente y específica para la enfermedad (60). Los resultados del estudio muestran que la escala es válida, sin embargo, se necesitarán más estudios debido a que fue validada solo para población mayor de 60 años. Se estima que su uso permitirá a los profesionales identificar a las personas con UV que pueden necesitar apoyo adicional al realizar actividades educativas de autocuidado (60).

Bar et al., en revisión de literatura sobre adherencia a la terapia de compresión, identifico una falta de consenso en la definición y medición de la adherencia a la terapia compresiva. Estas inconsistencias en la definición y medición de la adherencia limitan la interpretación, encontrando que ninguna intervención individual ha demostrado consistentemente una mejor adherencia. Las intervenciones para mejorar adherencia multidimensionales son promisorias, pero requieren más investigación con ensayos de alta calidad (50).

De acuerdo con la evidencia disponible, en cuanto a las estrategias que pueden favorecer la adherencia a la terapia de compresión, se encontró que estas entregaban a los pacientes contenidos sobre las características de la terapia de compresión, ejercicio y reposo con la extremidad elevada (22), sin embargo, no están basadas en teoría que expliquen los cambios necesarios. Una revisión sistemática de la metaliteratura que resumió los hallazgos de los estudios de intervención que se han utilizado para mejorar la salud y el estilo de vida reportó que las intervenciones están mejor diseñadas cuando se utilizan teorías relevantes (29). Por esta razón, el presente estudio incorpora la teoría de rango medio de Autocuidado de enfermedades crónicas, basada en los síntomas, la cual incorpora conceptos claves como el mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y la gestión de autocuidado (27).

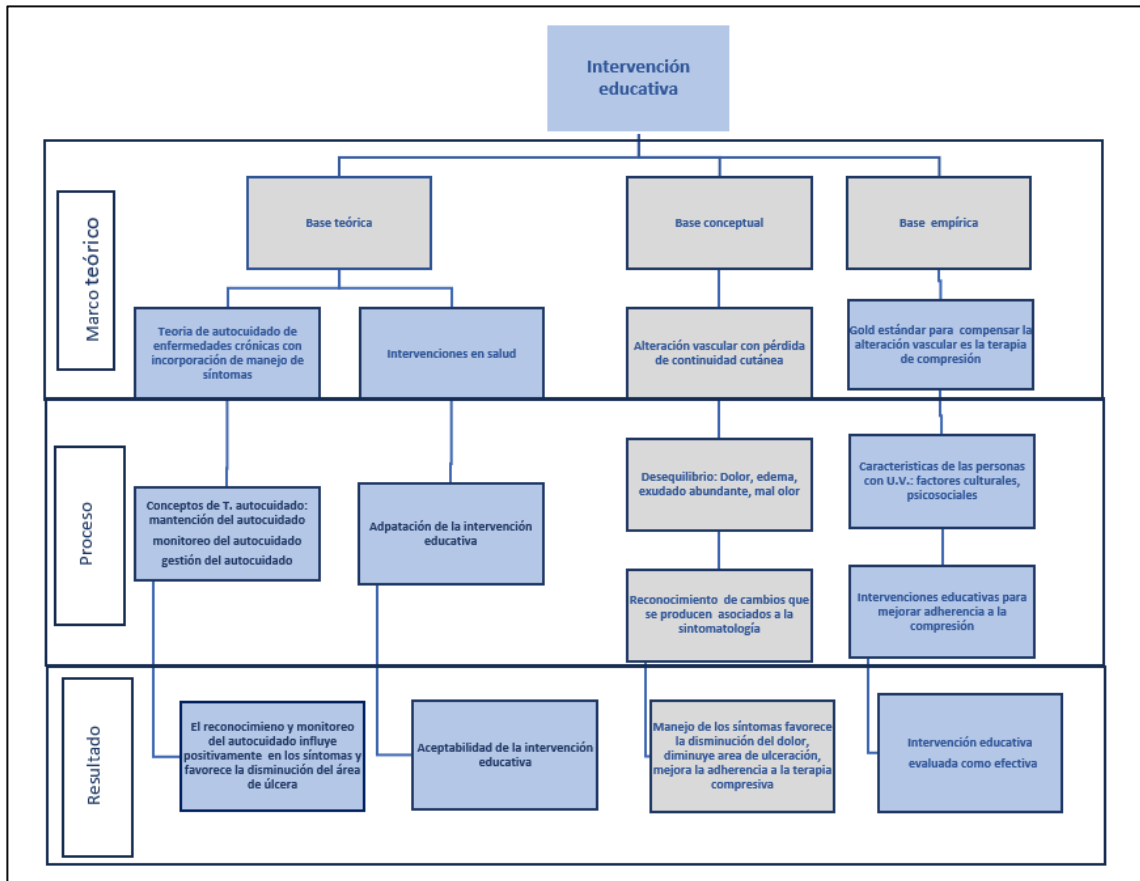
En síntesis, los estudios cualitativos muestran como las personas con úlcera venosa se encuentran con un problema para mantener su autocuidado, como resultado de la pérdida de continuidad de la piel, la que se desencadena de una alteración vascular no compensada, generándose múltiples síntomas como dolor, edema, exudado, los que a su vez pueden provocar insomnio, aislamiento social, impactando negativamente en las personas y en la sociedad debido a que las personas deben dejar de trabajar para cuidarse y como consecuencia disminuyen sus ingresos.

Los ensayos clínicos encontrados que han buscado mejorar la adherencia, con intervenciones educativas variadas como folletos y sesiones, no han logrado

modificar la adherencia de forma significativa. La revisión sistemática efectuada por Weller et al. (22) muestra que uno de los problemas para abordar la adherencia a la terapia compresiva, es precisamente que no se ha estandarizado la forma de medir la adherencia; así también los estudios no informaron de resultados importantes como el tiempo transcurrido hasta la cicatrización y los eventos adversos, tampoco la calidad de vida y el dolor en el ensayo *Lively Legs*.

Debido a lo antes expuesto se considera necesario que los profesionales de enfermería elaboren intervenciones educativas para mejorar la adherencia a la terapia compresiva efectivas; para ello estas deben estar fundamentadas en una teoría, deben ser personalizadas y deben abordar los diferentes componentes que se ven alterados en la vida diaria de las personas con úlcera (22, 29).

Figura 4. Esquema: Bases de la intervención educativa propuesta



El presente esquema incorpora las tres bases de la intervención propuesta: a) Base teórica: En primer término incorpora la Teoría de autocuidado de enfermedades crónicas con la incorporación de síntomas (27), debido a la importancia que tienen estos para las personas que los presentan y para las etapas del proceso de autocuidado, particularmente en lo que refiere a la mantención del autocuidado y la adherencia; en adición a lo anterior se incorpora la base teórica relativa a Intervenciones en salud. b) Base conceptual: fundada por las alteraciones vasculares que llevan a la pérdida de la integridad cutánea con el consecuente desequilibrio: dolor, edema, exudado, mal olor, por lo que es

necesario el reconocimiento de éstos por los pacientes y luego por los profesionales que los atienden. c) Base empírica: incorpora la terapia compresiva considerada el *gold estándar* en el tratamiento de la úlcera venosa. Se considera que, en conjunto, los síntomas de la úlcera, las enfermedades crónicas asociadas y las características de las personas intervienen en la adherencia de estas a la terapia compresiva, por lo que son considerados la base de la intervención planificada.

1.4. Hipótesis

1. El 50% de los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva presentan adherencia a la terapia posterior a la intervención educativa.

2. Los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva, posterior a la intervención educativa, presentan una menor intensidad de dolor que al inicio de la intervención.

3. Los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva, posterior a la intervención educativa, presentan una menor área de ulceración que al inicio de la intervención.

4. Los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva evalúan la aceptabilidad de una intervención educativa con un puntaje mayor a 2.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Evaluar la aceptabilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, el dolor y área de ulceración en usuarios con úlcera venosa que inician tratamiento compresivo, en la comuna de Hualpén durante los años 2024-2025.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Validar la intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva por usuarios que tuvieron una úlcera venosa tratada con terapia compresiva y profesionales expertos.

Respecto de los usuarios con úlcera venosa y tratamiento compresivo:

2. Describir el perfil sociodemográfico.
3. Evaluar la adherencia a la terapia compresiva post intervención.
4. Comparar la intensidad del dolor pre y post intervención.
5. Comparar el área de ulceración pre y post intervención.
6. Determinar aceptabilidad de la intervención educativa dirigida a usuarios con úlcera venosa post intervención.

1.6. VARIABLES

Variable Predictora: Intervención educativa en adherencia a la terapia

compresiva.

Variables de resultado

Variable de resultado primaria: Área de ulceración.

Variables resultado secundaria:

- a) Aceptabilidad
- b) Intensidad del dolor
- b) Adherencia a la terapia compresiva

Variables de caracterización

Edad

Sexo

Años de escolaridad

Personas que viven con el usuario en el hogar

Estado civil

Previsión de salud

Condiciones de salud crónicas asociadas

Estado nutricional.

Las definiciones nominal y operacional de cada variable se incluyen en Anexo N°1.

2. SUJETOS Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio y diseño

Estudio de factibilidad. Para tal efecto se realizó un estudio sin grupo control, con comparación pre y post prueba (63), debido a que corresponde a la fase I de desarrollo de una intervención (23).

2.2. Procedencia

El estudio se realizó en la comuna de Hualpén que consta de 3 Centros de Salud Familiar: Hualpencillo, La Floresta, Talcahuano Sur.

Se efectuó el estudio en los Centros de Salud Familiar Hualpencillo, Talcahuano Sur y La Floresta perteneciente a la comuna de Hualpén, dado que el manejo de la terapia compresiva, considerado el *gold estándar*, se efectúa en estos establecimientos, debido a que los profesionales de enfermería están capacitados y poseen los recursos para efectuar la compresión. Cabe mencionar que no todos los Centros de Salud Familiar de la red asistencial poseen los recursos y personal capacitado para efectuar el tratamiento compresivo[‡].

[‡] Al año 2023 los establecimientos mencionados poseen más de un profesional capacitado y entrenado en el vendaje compresivo, esto permite dar continuidad al tratamiento durante los 12 meses del año.

2.3. Unidad de Análisis.

Adulto que presenta úlcera venosa tipo 2 y superior, con indicación de tratamiento compresivo en los centros de salud familiar de la comuna de Hualpén.

2.4. Participantes.

Adultos que presentaron úlcera venosa tipo 2 y superior e indicación de tratamiento compresivo en los centros de salud familiar de la comuna de Hualpén en un período de 6 meses.

2.5. Criterios de inclusión.

Adulto con úlcera venosa de tamaño grado 2 y superior. Se excluyen úlceras grado 1(44) debido a que por lo pequeño de sus dimensiones y, de acuerdo con lo observado en la práctica, el tiempo que esta demoran en cerrar es inferior 4 semanas (44).

Alfabeto

Manejo del idioma español

2.6. Criterios de exclusión[§]:

Adulto con deterioro cognitivo (determinado mediante revisión de ficha clínica)

Adulto con dependencia severa (determinado mediante revisión de ficha clínica)

[§] Información será verificada en base al registro clínico de los usuarios por el enfermero/a designada para efectuar el procedimiento de curación.

Adulto con úlcera venosa con cáncer en tratamiento con quimioterapia.

2.7. Muestra:

Se utilizó una muestra no probabilística, por conveniencia (64). Cabe mencionar que para los estudios piloto y de viabilidad el tamaño de muestra debe estar justificados, pero no sería necesario que esta se realice por medios tradicionales, debido a la presencia de un gran grado de incertidumbre de los estudios piloto. Inicialmente se calculó una muestra de 22 participantes, estimándose una pérdida de 20%, la cual se determinó de acuerdo con el promedio de los usuarios atendidos en la comuna años anteriores (62 usuarios) estaban considerados estaban previamente en tratamiento. Por tal motivo, debido a que el periodo de ingreso se había prolongado sobre 100% (9 meses de haberlo iniciado) se decidió limitar la muestra a 16 personas. Durante el período de estudio no se registraron pérdidas. Cabe mencionar que en el periodo de 9 meses un usuario de los invitados a participar rechazo ingresar al estudio.

2.8. Intervención educativa

La intervención educativa se realizó como complemento a la atención que realizaron los profesionales a los usuarios con úlcera venosa, la cual consiste en el procedimiento de curación avanzada que incluye el vendaje compresivo de la úlcera venosa.

2.8.1 Adaptación de sesiones de asesoramiento Lively Legs

A continuación, se presentan las etapas de adaptación de la intervención, según el modelo de McKleroy et al. (54).

2.8.2. Evalúa.

- a) Identificación de la población a intervenir: respecto de las características de las personas con úlceras venosas, muestran una o más patologías, y poseen diversos síntomas asociados; un porcentaje importante ha presentado previamente una úlcera, por lo que tienen experiencia en el proceso de atención y de otros problemas de salud crónicos (11), experiencia que, dependiendo como se conduzca pueden ser un obstáculo o favorecer el proceso de adherencia a los cuidados (27). Para el abordaje de esta experiencia se consideró incorporar la teoría de “Autocuidado de las enfermedades crónicas basada en los síntomas” (27).
- b) Búsqueda de intervenciones. Se realizó una revisión de la literatura (marco empírico) con el fin de identificar intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia a la terapia compresiva. Una vez identificada la intervención se revisó su base teórica, contenidos y pertinencia de implementar en los participantes del estudio (25).

2.8.3. Selecciona y Prepara.

Se seleccionó la intervención *Lively Legs* desarrollada en países bajos (25). Se consideró realizar una adaptación de las sesiones de asesoramiento desarrolladas en el estudio *Lively Legs*, manteniendo sus componentes e incorporando algunas modificaciones que se describen a continuación.

- Se consideró, dadas las múltiples condiciones crónicas y diversos síntomas asociados que presentan las personas con úlceras venosas, incorporar la teoría de “Autocuidado de las enfermedades crónicas basada en los síntomas”.
- Respecto del modo de entrega, se propuso que las sesiones se realizaran de forma presencial con una duración variable de 30 a 45 minutos. Con el objetivo de apoyar el automanejo, al comienzo y al final del tratamiento compresivo, se incorporaron dos llamadas telefónicas de acompañamiento, las que fueron previamente acordadas con el usuario.
- La intervención fue entregada en un plazo máximo de 8 semanas y la evaluación final se efectuó a las 12 semanas, periodo de seguimiento estimado de acuerdo con reportado en estudios incluidos en revisión sistemática (65). Posterior a este periodo los usuarios mantuvieron su atención habitual en el CESFAM.
- Se denominó a la intervención adaptada como “Aprendiendo sobre mis

cuidados”.

2.8.3.1. Descripción de las sesiones de la intervención educativa

“Aprendiendo sobre mis cuidados”.

Cuadro 1. Sesión presencial N° 1 (Semana de ingreso)

| | |
|----------------------------|---|
| Nombre: | Sesión iniciando el automanejo |
| Tiempo: | 45 minutos |
| Lugar: | Centro de Salud |
| Equipos e insumos | Láminas con dibujos y esquemas de la úlcera y enfermedad venosa Cuadernillo educativo úlcera venosa |
| Responsable: | Enfermera |
| Objetivo | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los pilares del tratamiento de la úlcera venosa • Conocer el estilo de vida, para apoyarlo en el logro de las metas que se proponga las que están orientadas a contribuir a la cicatrización de su herida. • Reconocer síntomas asociados a la úlcera venosa. |
| Preparación previa: | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión del contenido de la temática antes de la consejería. • Confirmar el lugar donde se trabajará en el módulo. • Agendar y confirmar la hora de asistencia de cada usuaria al centro de Salud. • Verificar que todo el material se encuentre listo para el desarrollo de la sesión. |
| Objetivo educativo | <ul style="list-style-type: none"> • Describir como la compresión previene el edema • Describir la causa de la úlcera y su tratamiento. • Describir los estilos de vida que favorecen el cierre de la úlcera venosa. • Reconocer barreras y facilitadores para el cambio. • Describir síntomas y signos de alarma para consultar. |
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del estilo de vida de los pacientes: horas de sueño, alimentación, descanso, creencias, las prácticas actuales asociadas a cuidado de la úlcera, alimentación saludable, consumo de sal, consumo de tabaco u otras sustancias psicoactivas; práctica de ejercicios, cuanto tiempo (minutos) camina al día y con qué frecuencia por semana • Evaluación de la sintomatología que presenta en las últimas 2 semanas: dolor, insomnio, edema de extremidad con el objetivo de motivar el reconocimiento este y en consecuencia facilitar el monitoreo y gestión del autocuidado. La finalidad de asociar los cambios de conducta con la disminución de los síntomas. Esta se realizará según teoría de rango medio de Riegel et al. que integra los síntomas en el autocuidado de las en la teoría de autocuidado de enfermedades crónicas (21). • Discutir la motivación y barreras hacia el cambio de comportamiento • Explorar barreras y facilitadores para el cambio de comportamiento • Establecimiento de metas en uno o más temas de estilo de vida |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria personalizada relacionada con las creencias de salud de los pacientes: En base a lo evaluado en el punto anterior evaluar alternativas para aconsejar a la persona • Registrar síntomas y como reconocer precozmente estos para facilitar su manejo • Registrar metas acordadas en cuadernillo personal. • Solicitar la incorporación de un familiar u otra persona significativa que lo pueda acompañar en las siguientes sesiones. • Se informará de llamada telefónica entre esta sesión y la siguiente con el objetivo de resolver dudas acerca del tratamiento, se acordará horario adecuado para llamar. |
| Material educativo | Cuadernillo educativo úlcera venosa |
| Valoración de contenidos claves | <p>Solicitar al usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer complicaciones del vendaje compresivo y conducta a seguir. • Mencionar por qué es importante el ejercicio, no fumar y caminar o identificar las conductas que favorecen el cierre de la úlcera venosa. • Mencionar cómo el vendaje compresivo favorece la disminución del edema • Reconocer la causa de la úlcera venosa • Valoración de la sesión por parte de la persona. |

Cuadro 2. Sesión de acompañamiento a distancia N°1 (semana 1)

| | |
|----------------------------|--|
| Nombre: | Llamada telefónica |
| Tiempo: | 10 minutos |
| Lugar: | ---- |
| Equipos e insumos | Teléfono Hoja de registro de metas |
| Responsable: | Enfermera |
| Objetivo | Resolver dudas para apoyar el autocuidado, el uso del vendaje compresivo y favorecer el proceso de cicatrización de la úlcera venosa. |
| Preparación previa: | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de acuerdos tomados en primera sesión • Revisión de los horarios en que se acordó efectuar la llamada telefónica. • Agendar y confirmar la hora de asistencia de cada usuaria al centro de Salud. |

| | |
|-------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que todo el material se encuentre listo para el presente módulo. |
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Saludar y verificar que la persona está en condiciones adecuadas para efectuar una llamada y poder responder a dudas, si responde que tiene dificultad se reagendar de mutuo acuerdo. • Preguntar si ha avanzado en el logro de sus metas. • Preguntar por las dificultades para cumplir sus metas. • Preguntar por los síntomas que registrados en sesión anterior y tolerancia al vendaje. • Recordar fecha de la segunda sesión educativa |
| Cierre | <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar si tiene otra duda y despedida |

Cuadro 3. Sesión presencial N° 2 (semana 2-3)

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre: | Sesión Apoyo al automanejo |
| Tiempo: | 30-40 minutos |
| Lugar: | Centro de Salud |
| Equipos e insumos | Láminas con dibujos y esquemas de la úlcera y enfermedad venosa Laminas con ejercicios, video de ejercicios piernas y pie. |
| Responsable: | Enfermera |
| Objetivo | Entregar información adecuada a cada persona para apoyar su autocuidado, el uso del vendaje compresivo y favorecer el proceso de cicatrización de la úlcera venosa. |
| Preparación previa: | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las metas y sintomatología asociada. • Confirmar el lugar donde se trabajará en el módulo. • Agendar y confirmar la hora de asistencia de cada usuaria al centro de Salud. • Verificar que todo el material se encuentre listo para el desarrollo de la sesión. |
| Objetivos educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Describir la importancia de los ejercicios para la salud • Describir los efectos beneficiosos para la circulación y el cierre de la úlcera • Demostrar los ejercicios para el retorno venoso. • Planificar una rutina diaria que favorezca la realización de ejercicio. |

| | |
|--|--|
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la sesión explicando que los cambios de hábitos y estilos de vida son complejos, que es frecuente presentar retrocesos, lo importante es el aprendizaje • Evaluar las barreras para el cumplimiento de metas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Horas de sueño y descanso. 2. Retroalimentar con énfasis en como eliminar barrera y que la mismo persona busque facilitadores que permitan avanzar en el logro de las metas • Evaluación de la sintomatología <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor, 2. Edema 3. Exudado 4. Otros detectados en la primera sesión o sesión actual. <p>Revisar adherencia a fármacos, horarios de actividad y reposo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar y practicar ejercicio de piernas: De acuerdo con el nivel de ejercicio y/o movilidad valorada, plantear alternativas de ejercicio. De acuerdo con cuanto tiempo (minutos) camina al día y con qué frecuencia por semana, indicar progresivamente incrementar los tiempos y frecuencias de la caminata, la meta inferior debiera ser 10 minutos 5 días a la semana, meta ideal 30 minutos 5 días a la semana. • Solicitar a familiar u otra persona significativa en que se compromete a apoyar. |
| Materiales educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo: Entregado en sesión anterior |
| Valoración de contenidos claves | <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar qué haría para mejorar o aumentar la meta y cuáles fueron los problemas. Además, si considera importante para el/ella en este momento el cumplir con esta meta |

Cuadro 4. Sesión presencial N°3 (Semana 4-5).

| | |
|----------------------------|--|
| Nombre: | Sesión Avanzando en el automanejo |
| Tiempo: | 30-40 minutos |
| Lugar: | Centro de Salud |
| Equipos e insumos | <p>Láminas con dibujos y esquemas de la úlcera y enfermedad venosa</p> <p>Lámina plato saludable</p> <p>Lámina con semáforo alimentos según su contenido de sal</p> <p>Lamina con sustancias nocivas</p> <p>Cuadernillo educativo úlcera venosa</p> |
| Responsable: | Enfermera |
| Objetivo | Entregar información adecuada a cada persona para apoyar su autocuidado, el uso del vendaje compresivo y favorecer el proceso de cicatrización de la úlcera venosa. |
| Preparación previa: | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las metas y sintomatología asociada. • Confirmar el lugar donde se trabajará en el módulo. • Agendar y confirmar la hora de asistencia de cada usuaria al centro de Salud. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que todo el material se encuentre listo para el desarrollo de la sesión. |
| Objetivos educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Describir la importancia de alimentación baja en sodio y sustancias nocivas como alcohol y tabaco • Describir los efectos beneficiosos de la alimentación baja en sodio para la circulación. • Describir las desventajas para la salud del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas. • Planificar una rutina de alimentación a que favorezca la disminución de la ingesta de sodio. |
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la sesión explicando que los cambios de hábitos y estilos de vida son complejos, que es frecuente presentar retrocesos, lo importante es el aprendizaje • Educar sobre alimentación baja en sodio y sustancias nocivas como alcohol y tabaco • Evaluar las barreras para el cumplimiento de metas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Horas de sueño 2. Descanso y ejercicio 3. Consumo de sal 4. Cese del hábito tabáquico 5. Disminución consumo de alcohol. • Retroalimentar con énfasis en como eliminar barrera y que la misma persona busque facilitadores que permitan avanzar en el logro de las metas • Evaluación de la sintomatología: Dolor, edema, exudado, otros detectados en la primera sesión o sesión actual. • Evaluar práctica de ejercicio de piernas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo de caminata al día y frecuencia por semana. 2. Ejercicios de movilidad de extremidades que realiza y frecuencia. • Solicitar a familiar u otra persona significativa en que se compromete a apoyar. |
| Materiales educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo: Entregado en sesiones previas. |
| Valoración de contenidos claves | <p>Solicitar a la persona que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconozca la importancia de los ejercicios para la salud • Describa los efectos beneficiosos para la circulación y el cierre de la úlcera • Demuestre los ejercicios para el retorno venoso. • Planifique una rutina diaria que favorezca la realización de ejercicio. |

Cuadro 5. Sesión N°4: Presencial (Semana 6-7).

| | |
|--|---|
| Nombre: | Sesión automanejo avanzado |
| Tiempo: | 30-40 minutos |
| Lugar: | Centro de Salud |
| Equipos e insumos | Cuadernillo educativo úlcera venosa |
| Responsable: | Enfermera |
| Objetivo | Entregar información adecuada a cada persona para apoyar su autocuidado en base a su alimentación, el uso del vendaje compresivo para favorecer el proceso de cicatrización de la úlcera venosa. |
| Preparación previa: | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las metas y sintomatología asociada. • Confirmar el lugar donde se trabajará en el módulo. • Agendar y confirmar la hora de asistencia de cada usuaria al centro de Salud. • Verificar que todo el material se encuentre listo para el desarrollo de la sesión. |
| Objetivos educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Describe los motivos para continuar con el tratamiento. • Reconoce los motivos, signos y síntomas de alarma para consultar |
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la sesión explicando que los cambios de hábitos y estilos de vida son complejos, que es frecuente presentar retrocesos, lo importante es el aprendizaje. • Evaluar los cambios de comportamiento y entregar retroalimentación • Resumir el curso de la trayectoria de asesoramiento y los resultados obtenidos. • Discutir el mantenimiento del cambio de comportamiento |
| Materiales educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo: Entregado en sesiones previas. |
| Valoración de contenidos claves | <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar qué haría para: • Mejorar sus hábitos de alimentación • Disminuir la ingesta de sodio en la dieta • Aumentar sus metas. Además, si considera importante para el/ella en este momento el cumplir con esta meta |

Cuadro 6. Sesión de acompañamiento a distancia N°2 (semana 7-8)

| | |
|----------------------------|---|
| Nombre: | Llamada telefónica |
| Tiempo: | 10 minutos |
| Lugar: | ---- |
| Equipos e insumos | Teléfono Hoja de registro de metas |
| Responsable: | Enfermera |
| Objetivo | Resolver dudas para apoyar el autocuidado, el uso del vendaje compresivo y favorecer el proceso de cicatrización de la úlcera venosa. |
| Preparación previa: | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de acuerdos tomados en sesión anterior • Revisión de los horarios en que se acordó efectuar la llamada telefónica. • Agendar y confirmar la hora de asistencia de cada usuaria al centro de Salud. |

| | |
|-------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que todo el material se encuentre listo para el presente módulo. |
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Saludar y verificar que la persona está en condiciones adecuadas para efectuar una llamada y poder responder a dudas, si responde que tiene dificultad se reagendar de mutuo acuerdo. • Evaluar práctica de ejercicio de piernas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo de caminata al día y frecuencia por semana. 2. Ejercicios de movilidad de extremidades que realiza y frecuencia. • Preguntar si ha avanzado en el logro de sus metas. • Preguntar por las dificultades para cumplir sus metas. • Preguntar por los síntomas que registrados en sesión anterior. • Recordar fecha de la segunda sesión educativa |
| Cierre | <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar si tiene otra duda y despedida |

2.8.4. Pilotea

Posterior a la adaptación se realizó una evaluación del contenido y materiales de la intervención. Para tal efecto, se convocó a: tres enfermeras expertas en manejo avanzado de heridas que trabajan en los CESFAM; un profesor de educación física y una nutricionista con experiencia en el trabajo con usuarios con condiciones crónicas. La reunión con los profesionales se realizó en dependencias de uno de los CESFAM. Se les presentó del cuaderno impreso, más la proyección de este en la pantalla del computador. Posterior a ello se realizó una ronda de preguntas sobre qué correcciones realizarían o sugerencias sobre el material de apoyo.

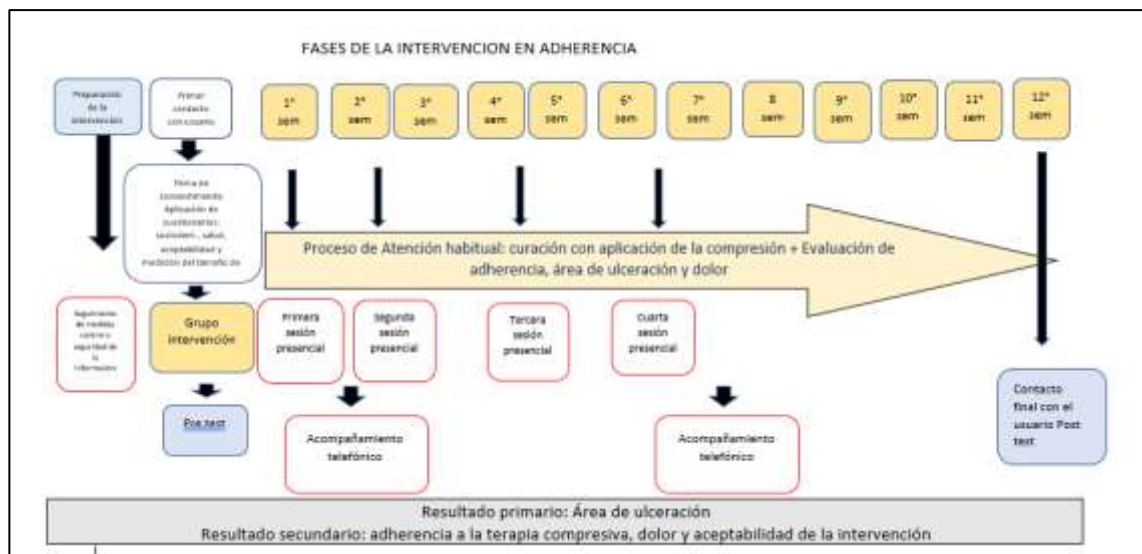
Una vez efectuada las correcciones sugeridas por los profesionales se solicitó a tres usuarios con úlceras venosas, que habían finalizado el tratamiento que evaluarán el nombre, contenido y los materiales, quienes firmaron previamente el consentimiento informado dispuesto para ello. La reunión con los tres usuarios se realizó en dependencias de una organización no gubernamental

en la comuna de Hualpén. Se efectuó la devolución de pasajes para quienes requirieron de pasajes para acudir a la reunión. Al igual que en el caso de los profesionales se les presentó del cuaderno impreso, más la proyección de este en la pantalla del computador. Posterior a ello se preguntó sobre: modificaciones, preguntas o sugerencias del material de apoyo.

Finalmente se elaboró un Manual de procedimiento interno que consta de un breve resumen con los antecedentes de la intervención, objetivos, detalle de cada sesión, roles y responsabilidades de los participantes. En el Anexo N°2 se presentan los materiales de la intervención.

En la Figura 5 se presenta el esquema de las etapas del estudio.

Figura 5. Esquema de intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva.



2.8.5. Implementación

Planificación de la implementación de la intervención:

Previo al ingreso de usuarios a la intervención se realizaron las siguientes actividades:

Cuadro 7. Actividades desarrolladas en etapa de ejecución.

| |
|--|
| <p>1. Se presentó el estudio a las autoridades de la Dirección de Salud municipal de Hualpén y a las 3 directoras de establecimientos CESFAM Hualpencillo, CESFAM LA Floresta y CESFAM Talcahuano Sur.</p> |
| <p>2. Se sometió a evaluación por el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería y Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (UdeC) y Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano</p> |
| <p>3. Una vez obtenida la aprobación los CEC (Anexo N°3), se solicitó a la Directora de Dirección de Salud Municipal, la colaboración de las enfermeras que realizan la curación avanzada de la úlcera venosa para el reclutamiento de los participantes a partir de 15 de noviembre 2024</p> |
| <p>4. El/la profesional designado por la directora en cada CESFAM, realizó el primer contacto con cada uno de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección para participar en el estudio. En esta ocasión se dio a conocer el estudio, se invitó a participar al paciente y se explicó en que consistiría su participación.</p> |
| <p>5. Una vez recibida la información, descrita en el punto anterior, se realizó progresivamente el ingreso de pacientes al estudio.</p> |
| <p>6. Si el usuario aceptó ser incluido/a en el estudio se coordinó reunión en el CESFAM con la investigadora, en una fecha y hora determinada para explicar los objetivos del estudio y dar a conocer el consentimiento informado, frente a lo cual se tomaron todos los resguardos sanitarios correspondientes para prevenir el contagio de COVID -19.</p> |

| |
|---|
| <p>7. Al realizar reunión en el centro de salud, se hizo entrega de dos copias impresas del documento de consentimiento, en donde se dio lectura al documento a la persona y respondió a sus dudas.</p> <p>Si el usuario no aceptó participar se agradeció y se finalizó la entrevista.</p> |
| <p>8. Si después de la lectura la persona aceptó participar, se firmó ambas copias del documento de consentimiento informado, se entregó en el mismo acto una copia, mientras que la otra copia quedó en poder de la investigadora.</p> |
| <p>9. Posterior a la firma del documento de consentimiento informado, se gestionó una reunión presencial con el ministro de Fe, que correspondió al director del Centro o en quién se delegó para fines del estudio mediante documento oficial. Esta reunión se llevó a cabo en una oficina del centro de salud correspondiente, cumpliendo con todas las medidas de protección personal y respetando los aforos. En dicho acto se realizaron las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se presentó al ministro de Fe copia del documento de Consentimiento Informado firmado por cada usuario. - Si la persona ratificó su participación, entonces ambos (Investigadora y ministro de Fe) firmaron la copia de consentimiento informado. |
| <p>10. Posteriormente se coordinó el día del encuentro, en donde se aplicaron los instrumentos recolectores de datos: cuestionario biosociodemográfico y cuestionario de evaluación integral.</p> |
| <p>11. Posterior a la evaluación se coordinaron las sesiones educativas de acuerdo con los días que el usuario asistía a las curaciones en el establecimiento.</p> |
| <p>12. Las sesiones educativas individuales se realizaron en un plazo máximo de 8 semanas desde el ingreso de los sujetos al proyecto</p> |
| <p>13. Paralelamente en el proceso de curación, la enfermera del CESFAM efectuó el registro de la evaluación de la adherencia a la terapia compresiva,</p> |

el área de ulceración y la valoración del dolor.

2.9. Descripción de los instrumentos/técnicas de recolección de datos

A continuación, se presenta la descripción de los instrumentos recolectores de datos

1. Cuestionario de caracterización biosociodemográfica: Los datos demográficos, evaluación nutricional y cuestionario condiciones crónicas asociadas fueron recolectados en formulario confeccionado con esa finalidad (Anexo N°4 A).

2. Cuestionario de variables asociados al tratamiento: Recogió información sobre las siguientes variables:

a. Área de la úlcera: Se midió a través de una regla de papel graduada en centímetros desechable. Se registraron los tamaños máximos de ancho y largo (66) en centímetros, considerando un decimal, los cuales se multiplicaron obteniendo el área de ulceración (Anexo N°4 B).

b. Intensidad del dolor: Se registró en el instrumento de recolección de datos del cuestionario parte C: evaluación de la intensidad del dolor (Anexo N°4 C). La escala de evaluación numérica es una medida unidimensional del dolor que está configurada de 0 a 10. Para su aplicación se pide al paciente que codifique la intensidad del dolor en un marco descriptivo (para el presente estudio fue el

promedio del dolor percibido inter-curación) y su evaluación se realizará una vez por semana. La validez de criterio no se ha establecido para la escala visual numérica (EVN) debido a que no existe 'estándar de oro' para la medición del dolor; pero, cuando esta se correlaciona con la escala visual análoga (EVA), se determina que la escala de valoración numérica tiene una validez convergente de 0,79 a 0,95. Estos valores respaldan el uso de la (EVN), ya que la validez convergente indica que dos medidas que evalúan el mismo fenómeno miden el mismo constructo, y arrojan resultados similares (67)

c. Adherencia: Para su evaluación se registró si el usuario tenía puesto el vendaje en las condiciones en que fue instalado por el profesional en la curación previa, considerándolo adherente o no adherente en cada visita. La categorización de la adherencia se realizó al mes de tratamiento y posterior a cumplir 3 meses de tratamiento, los porcentajes fueron calculados por la investigadora principal, considerando no adherente a aquellos usuarios que tengan una adherencia a la terapia <75% en el periodo evaluado. Registro en instrumento de recolección de datos cuestionario parte D (Anexo N°4 D).

2. Escala de medida de las preferencias de tratamiento (TAP) (Anexo N°4 E), adaptada al español chileno por Herrera et al. 2023 ⁵. Este instrumento presenta

la descripción de la opción de tratamiento ofrecida dentro del contexto del estudio y los ítems para calificar la aceptabilidad de esta opción. Contiene nueve ítems con respuestas en formato tipo Likert que evalúan los componentes de una intervención, siendo estos la eficacia percibida, idoneidad, riesgos y conveniencia, los que se calificaron en una escala de 5 puntos que va desde nada (cero) a mucho (cuatro), considerando que las puntuaciones más altas indican que la opción de tratamiento es adecuada, apropiada y eficaz, y los participantes estuvieron dispuestos a adherirse a ella (29). Las puntuaciones se calculan como la media de los ítems relativos a la eficacia percibida, idoneidad y conveniencia de los tratamientos; el ítem que mide los riesgos debe ser recodificado para que las calificaciones más altas en todos los ítems reflejaran una percepción favorable del tratamiento. Escala de medida de las preferencias de tratamiento (TAP) (Anexo N°4 E): Este instrumento presenta la descripción de la opción de tratamiento ofrecida dentro del contexto del estudio y los ítems para calificar la aceptabilidad de esta opción. Contiene nueve ítems con respuestas en formato tipo Likert que evalúan los componentes de una intervención, siendo estos la eficacia percibida, idoneidad, riesgos y conveniencia, los que se calificaron en una escala de 5 puntos que va desde nada (cero) a mucho (cuatro),

5. Herrera N et al. Intervención telefónica de apoyo al automanejo en el área de ulceración y hemoglobina glicosilada en adultos diabéticos con úlcera de pie: estudio de aceptabilidad [Tesis de Magíster]. [Concepción]: Universidad de Concepción; 2023. 215 p.

considerando que las puntuaciones más altas indican que la opción de tratamiento es adecuada, apropiada y eficaz, y los participantes estuvieron

dispuestos a adherirse a ella (29). Las puntuaciones se calculan como la media de los ítems relativos a la eficacia percibida, idoneidad y conveniencia de los tratamientos; el ítem que mide los riesgos debe ser recodificado para que las calificaciones más altas en todos los ítems reflejaran una percepción favorable del tratamiento.

No se consideró, efectuar una prueba piloto para valorar la calidad de este debido a que el instrumento brinda un enfoque estructurado para valorar las preferencias de tratamiento. La comprensión se logra proporcionando a los participantes una descripción de la intervención. Los nueve ítems de TAP demostraron confiabilidad de consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach fue consistentemente >0.85 cuando los ítems se usaron para evaluar la percepción de los participantes sobre los tratamientos para el manejo del insomnio (55).

2.10. Procedimiento de recolección de información

Se efectuaron los siguientes procedimientos y técnicas de recolección de datos:

1. Caracterización biosociodemográfica: Se recolectó por profesional responsable del proyecto al inicio de la intervención, mediante entrevista.
2. Respecto de las variables asociados al tratamiento, las mediciones fueron ejecutadas por el profesional de enfermería encargado de realizar las curaciones, quienes fueron capacitados de manera presencial e individual previo al ingreso de usuarios al estudio durante la segunda quincena de noviembre del 2024.
 - a. Área de ulceración: Será realizó por la enfermera tratante cada 15 días. Los datos fueron ingresados en planilla Excel, provista para dicha tarea.
 - b. Valoración de la intensidad del dolor mediante escala visual numérica, se realizó por la enfermera tratante al ingreso y una vez por semana.
 - c. La medición de la adherencia se realizó desde la curación número 2, en cada una de las sesiones que el usuario concurrió.
3. La evaluación de la aceptabilidad se realizó al cumplir 12 semanas desde el ingreso del usuario al tratamiento compresivo, por un evaluador externo, capacitado previamente por la investigadora, quien contactó a los usuarios por vía telefónica.

2.11. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos recolectados en los cuestionarios fueron codificados y traspasados a una base de datos en Excel para posteriormente analizar los datos en SPSS.²⁸

Cuadro 8. Plan de análisis.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Plan de análisis |
|---|---|---|
| Evaluar la aceptabilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, el dolor y área de ulceración en usuarios con úlcera venosa que inician tratamiento compresivo, en la comuna de Hualpén durante los años 2024-2025. | Describir el perfil biosociodemográfico | Análisis estadístico descriptivo. Medidas frecuencia, tendencia central y dispersión. |
| | Evaluar la adherencia a la terapia compresiva post intervención. | Medidas de tendencia central y dispersión |
| | Comparar la intensidad del dolor pre y post intervención. | t de Student pareada |
| | Comparar el área de ulceración pre y post intervención. | t de Student pareada |
| | Determinar aceptabilidad de intervención educativa post intervención. | Medidas de tendencia central y dispersión |

2.12. Aspectos éticos

Estos se cautelaron a través de la aplicación de los 8 principios de Ezequiel

Emanuel (68):

1. Asociación colaborativa: Se desarrolló un compromiso de trabajo conjunto con la Dirección de Salud Municipal de Hualpén y la investigadora para el desarrollo de la investigación.

2. Valor Social: Las úlceras venosas son un problema de salud complejo, que afecta a un grupo de personas con más de una patología crónica, siendo el tratamiento *gold estándar* de costo elevado, Las personas con úlcera venosa se ven afectadas en su desempeño diario, requieren reposo, no pueden trabajar o trabajan menos horas, requieren medicamentos o insumos que no están cubiertos por el sistema de salud lo que, sumado a los menores ingresos, se traduce en empobrecimiento de la persona y de la familia. Por tanto, se considera que los resultados de este estudio contribuirán a mejorar la adherencia de las personas al tratamiento, contribuyendo a la sociedad y aportando al bienestar de las personas; así como también a la eficiencia del sistema de salud (68).

3. Validez Científica: Se aplicó el método científico, un marco teórico y metodológico, así como también el método de análisis según métodos estadísticos. Previamente se ha evaluado la necesidad de una intervención que conduzca a generar conocimiento (68) sobre la adherencia a un tratamiento *gold estándar* según la revisión sistemática efectuada por Weller en 2012 (22).

4. Selección equitativa de la muestra: Todos los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados a participar en la intervención; esto permitió que la población estudiada estuviera relacionada con la interrogante de la

investigación. Se excluyeron aquellos sujetos con incapacidad sustancial para proteger intereses propios debido a impedimentos como: incapacidad para dar consentimiento informado, como lo son las personas con demencia. Las personas seleccionadas estaban en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo (aplicación a la salud y bienestar de grupos específicos). La selección de sujetos estuvo diseñada para reducir al mínimo los riesgos, a la vez que se maximizar los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación. Se seleccionaron el número mínimo de sujetos suficiente para realizar análisis estadístico (63).

5. Proporción favorable de riesgo beneficio: La investigación no presentó riesgos mayores para la salud física de las participantes. Se consideró que, en caso de presentar alteración psicoemocional, a causa de posibles vivencias y experiencias o simplemente no desear continuar con la entrevista o el desarrollo de las sesiones de la intervención, se suspendería la entrevista/sesión y se realizaría una atención en crisis por parte de la investigadora, para luego derivar al Centro de Salud Familiar para su atención.

6. Evaluación independiente: La investigación fue sometida a la evaluación y aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción; por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y posteriormente por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano (68). Las resoluciones de los comités antes mencionados se encuentran en el Anexo N° 3.

7. Consentimiento Informado: La invitación a los participantes la realizó la enfermera que realizaba la atención clínica de curación, quién hacía entrega de un documento impreso. A quienes manifestaron interés en participar del estudio, se les solicitaba su número de contacto. Posteriormente, la investigadora principal contactaba a los participantes para acordar fecha de una entrevista presencial, en la cual se expusieron los objetivos del estudio y para el ingreso al mismo debían otorgar su Consentimiento Informado (69). Este se informó verbalmente y por escrito, con posterior firma por parte del participante, ministro de fe y la investigadora. Los Formularios de Consentimiento Informado se adjuntan en Anexo N° 5.

8. Respeto a los sujetos inscritos: La investigación se realizó respetando los derechos humanos, su autonomía y aceptación voluntaria de participación bajo carácter confidencial de las informaciones. Los participantes del estudio estuvieron libres de cambiar de opinión y retirarse en el momento que así lo consideran aun habiendo firmado el consentimiento informado, sin efectos de ninguna especie con respecto a su trato y atención en salud. Se respetó en todo momento el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo sin que esto genere dificultades para la atención.

Se veló por lo dispuesto en Ley 20.120 y 20.584. mediante:

El resguardo de datos personales en todo momento con un tratamiento confidencial y serán custodiados por la investigadora durante los próximos 15 años.

3. RESULTADOS

Esta sección comprende la presentación de los resultados del estudio, según el siguiente orden:

1. Validación de la intervención educativa en la adherencia a la terapia

compresiva por usuarios que tuvieron una úlcera venosa tratada con terapia compresiva y profesionales expertos.

2. Análisis descriptivo del perfil biosociodemográfico de los usuarios participantes.
3. Evaluación de la intervención educativa en las variables: adherencia a la terapia compresiva, intensidad del dolor y área de ulceración.
4. Evaluación de la aceptabilidad de la intervención educativa.

3.1. Validación de la intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva por usuarios que tuvieron una úlcera venosa tratada con terapia compresiva y profesionales expertos.

La validación del material de la intervención, a saber, cuadernillo educativo, se efectuó por un grupo de profesionales y un grupo de usuarios que habían sido dados de alta de una úlcera venosa hace menos de 6 meses.

El grupo de profesionales estuvo compuesto por tres enfermeras, un profesional de nutrición y un profesor de educación física. Con relación a la media de tiempo de desempeño profesional fue de 10, 8 (DE 3,4) años, la media de experiencia en manejo de úlcera venosa para los profesionales de enfermería fue de 9 (DE 3,6) años y para atención de usuarios con problemas de salud crónicas la media fue de 10,4 (DE 2,4) años.

El grupo de personas conocedoras del manejo de una úlcera venosa con

terapia compresiva estuvo compuesto por mujeres que habían sido tratadas por úlcera venosa ya cicatrizada, en un periodo de 3 - 6 meses, las cuales tuvieron una media edad de 65,7 (DE 11) años, una media de escolaridad de 9,7 (DE 1,5) años y una media de enfermedades crónicas de 2,3 (DE 1,2).

En el Cuadro 9 se presentan las recomendaciones realizadas por los profesionales y los cambios efectuados:

Cuadro 9: Modificaciones y cambios efectuados según evaluación de profesionales del cuaderno de automanejo.

| Recomendaciones y observaciones | Modificaciones realizadas en el cuaderno |
|--|--|
| Imagen de persona en la contratapa en diagrama de pilares de tratamiento representa un sentimiento de tristeza | Se modifica imagen de persona incorporándose una imagen con actitud más positiva. Para la evaluación por usuarios expertos se llevan 2 imágenes a evaluación. |
| Espacios para registro de los usuarios en las diferentes páginas son pequeños. | Se amplían los espacios para registro en las diferentes páginas, donde los usuarios pueden realizar registros. |
| Se sugirió ampliar a más de seis las alternativas de ejercicio para usuarios que expresen que los ejercicios son fáciles o poco entretenidos | Se incluyen 2 ejercicios alternativos en la intervención, los cuales no fueron incluidos en el cuaderno. Se elaboró una cartilla anexa para evitar elevar la complejidad de este aspecto. Estos ejercicios serian indicados durante las sesiones presenciales, según necesidad, si la persona al educar sobre los ejercicios expresaba que le parecían básico o poco interesantes. |

En el Cuadro 10 se presentan las recomendaciones realizadas por los usuarios y los cambios efectuados:

Cuadro 10. Modificaciones y cambios efectuados según evaluación de usuarios de vendaje compresivo al cuaderno de automanejo

| Recomendaciones y observaciones | Modificaciones realizadas en el cuaderno |
|--|--|
| La portada presenta colores muy claros. | Se incorporan colores más intensos en la portada. |
| En contra tapa: Se sugiere cambiar la imagen la de persona que se encuentra en la contratapa, en diagrama de pilares de tratamiento. | Se realiza cambio, reemplazando por la imagen de una persona con actitud más positiva. |
| La imagen de personas caminando es una familia con niños pequeños, los usuarios prefieren personas mayores. | Se cambia imagen por pareja de personas mayores. |

3.2. Análisis descriptivo del perfil biosociodemográfico de los usuarios participantes.

El tamaño de muestra estuvo compuesto por 16 personas, las que iniciaron y finalizaron la intervención. La media de edad de 66,3 (DE 11,7) años, 25% de ellas entre los 40- 59 años y 75% entre 60-80 años.

Tabla 1. Variables biosociodemográficas de los participantes en el estudio. Hualpén 2024-2025.

| Variables | | f | % |
|---|---------------------------|----|------|
| Sexo | Hombres | 11 | 68,8 |
| | Mujeres | 5 | 31,2 |
| Edad categorizada | 40 a 59 | 4 | 25 |
| | 60 a 82 | 12 | 75 |
| Nivel Educativo | 1ero a 8vo básico | 9 | 56,3 |
| | 1ero a 4to medio | 4 | 25 |
| | Un año Ed. Superior o mas | 3 | 18,8 |
| Establecimiento de salud | A | 2 | 12,5 |
| | B | 4 | 25 |
| | C | 10 | 62,5 |
| Personas que viven en el hogar, incluido el usuario | 1 | 1 | 6,3 |
| | 2 | 6 | 37,5 |
| | 3 | 6 | 37,5 |
| | 4 | 2 | 12,5 |
| | 7 | 1 | 6,3 |
| Condiciones de salud crónicas asociadas* | Hipertensión arterial | 11 | 68,8 |
| | Diabetes mellitus tipo 2 | 5 | 31,3 |
| | EPOC | 0 | 0 |
| | ERC etapa 3 | 1 | 6,3 |
| | ICC | 1 | 6,3 |
| Hábito tabaquico | Artrosis | 3 | 18,8 |
| | | 4 | 25 |
| Estado nutricional según edad | Normal | 2 | 12,5 |
| | Sobrepeso | 3 | 18,8 |
| | Obesidad | 8 | 50 |
| | Obesidad mórbida | 3 | 18,8 |

*Usuarios pueden presentar más de una condición crónica asociada.

La Tabla 1 muestra un predominio de hombres (68,8%) por sobre las mujeres (31,2%), 56,3% con nivel de escolaridad básica. Respecto a la cantidad de integrantes del hogar, incluido el paciente, 75% de los usuarios pertenece a hogares con 2-3 integrantes. En cuanto a las patologías asociadas el 68,8% de la muestra tiene diagnóstico de hipertensión arterial, 31,3% Diabetes Mellitus tipo

2, 18,8% Artrosis y 6,3% Enfermedad Renal Crónica etapa 3 (ERC 3) y 6,3% Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Con respecto al factor de riesgo hábito taquico estaba presente en el 25%. Respecto a la evaluación nutricional el 50,0% presentaban obesidad, 18,8% sobrepeso, 18,8% obesidad mórbida.

3.3. Evaluación de la intervención educativa en las variables: adherencia a la terapia compresiva, intensidad del dolor y área de ulceración.

3.3.a. Evaluación de la adherencia a la terapia compresiva post intervención.

Las 16 personas que integraron la muestra se categorizaron en la evaluación global como adherentes a la terapia compresiva, debido a que las evaluaciones semanales acumularon sobre el 75% de adherencia. La media de adherencia a la semana 4 fue 95,3 (DE 10,1) y la media a la semana 12 fue 99,1 (DE 2,8) (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación del porcentaje de adherencia a la terapia compresiva de la muestra a la semana 4 y a la semana 12. Hualpén, 2024-2025.

| Adherencia | n | Cicatrizados | Media | Mediana | DE | Rango | Mínimo | Máximo |
|------------|----|--------------|-------|---------|------|-------|--------|--------|
| Semana 4 | 16 | 0 | 95,3 | 100 | 10,1 | 25 | 75 | 100 |
| Semana 12 | 9 | 7 | 99,1 | 100 | 2,8 | 8,3 | 91,7 | 100 |

Test de hipótesis.

En lo relativo a la hipótesis de trabajo 1 no se rechaza, ya que un porcentaje superior al 50% de los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva presentan adherencia a la terapia, posterior a la intervención educativa.

3.3.b. Evaluación de la intensidad del dolor pre y post intervención.

Respecto a la intensidad del dolor, evaluada con escala visual numérica (EVN), la media de dolor pre-intervención fue 4,7 (DE 3,1) con mínimo 0 y máximo de 8 (Tabla 3).

Tabla 3. Tabla evaluación de la intensidad del dolor pre y post intervención. Hualpén 2024-2025.

| Dolor | n en curación | n úlcera cicatrizada | Media | Mediana | DE | Mínimo | Máximo |
|--------------------|---------------|----------------------|-------|---------|-----|--------|--------|
| Pre-intervención | 16 | 0 | 4,7 | 5,5 | 3,1 | 0 | 8 |
| Post -intervención | 9 | 7 | 1,2 | 0 | 1,9 | 0 | 5 |

Puntaje de dolor varía entre 0 y 10. Un mayor puntaje se interpreta como mayor dolor.

Al considerar los usuarios que permanecen en curación (Tabla 4), la media de intensidad de dolor pre-intervención es de 3,8 (DE 2,9) y post intervención de 1,2 (DE 2,0), siendo la reducción media del dolor de 2,6 puntos ($p=0,03$; IC 95% 0,4 a 4,7).

Tabla 4 Evaluación de intensidad del dolor Pre-intervención y post intervención, en base a la muestra que permanece en curaciones y diferencia emparejadas. Hualpén 2024-2025.

| | N | Media | Desviación Estándar | Media de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | t | gl | p |
|---------------------------------|---|-------|---------------------|-------------------------|--|----------|------|----|------|
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Dolor Pre-Inter | 9 | 3,8 | 2,9 | 1 | | | | | |
| Dolor Post Inter | 9 | 1,2 | 2 | 0,7 | | | | | |
| Diferencia dolor Pre-Post inter | 9 | 2,6 | 2,83 | 0,94 | 0,38 | 4,73 | 2,71 | 8 | 0,03 |

Puntaje de dolor varía entre 0 y 10. Un mayor puntaje se interpreta como mayor dolor.

Test de hipótesis

En lo relativo a la hipótesis 2 no se rechaza, debido a que los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva, posterior a la intervención educativa, presentan una menor intensidad de dolor que al inicio de la intervención.

3.3.c. Evaluación del área de ulceración pre y post intervención.

La evaluación del tamaño de la úlcera, pre-intervención se efectuó sobre 16 personas, siendo la media de 8,4 (DE 9,5) cm² (Min: 1,2cm²; Máx: 35cm²). En la semana 6, tres personas presentan su herida cerrada y la media del tamaño de la úlcera de las 13 personas que tienen su úlcera abierta es de 3,6 (DE 6,1) cm² (Min: 0,2 cm²; Máx: 21 cm²). En la semana 12 (post-intervención), se puede observar que el cierre completo de la úlcera ocurrió en el 75% (12/16) de los participantes y las 4 personas que continúan con úlceras abiertas presentan un

tamaño medio de 2,2 (DE 2,7) cm² (Min: 0,3 cm²; Máx: 6 cm²) (Tabla 5).

Tabla 5. Evaluación del tamaño de la úlcera en cm², pre-intervención y cada 2 semanas hasta la semana 12. Hualpén 2024-2025.

| | Úlcera abierta | Úlcera cerrada | Media | DE | Min | Máx | Percentiles | | |
|-----------|----------------|----------------|-------|-----|-----|-----|-------------|-----|------|
| | | | | | | | 25 | 50 | 75 |
| Pre-inter | 16 | 0 | 8,4 | 9,5 | 1,2 | 35 | 2,3 | 3,9 | 11,5 |
| Semana 2 | 16 | 0 | 7,2 | 7,6 | 0,5 | 25 | 1,6 | 4,5 | 8,4 |
| Semana 4 | 16 | 0 | 5,2 | 7,3 | 0,5 | 25 | 0,9 | 2,3 | 5,6 |
| Semana 6 | 13 | 3 | 3,6 | 6,1 | 0,2 | 21 | 0,5 | 1,5 | 2,4 |
| Semana 8 | 8 | 8 | 3,7 | 7,1 | 0,3 | 21 | 0,6 | 0,9 | 2,8 |
| Semana 10 | 7 | 9 | 3,2 | 4,2 | 0,3 | 12 | 0,7 | 0,8 | 5 |
| Semana 12 | 4 | 12 | 2,2 | 2,7 | 0,3 | 6 | 0,3 | 1,2 | 5 |

Tamaño medido en cm².

La Tabla 6, muestra las diferencias de tamaño entre las mediciones pre-intervención y post-intervención (semana 12), en base a los cuatro usuarios que permanecen en curación, debido a que se realiza análisis de muestras emparejadas. La media del tamaño de las úlceras pre-intervención fue de 15,44 cm² (DE 15,6). La DE observada indica una alta variabilidad entre los pacientes, ya que es similar a la media. La media del tamaño de las úlceras post-intervención, disminuyó a 2,16 cm², con una desviación estándar de 2,68 cm². Tal como se observa, la variabilidad es menor en comparación con la pre-intervención. La media de la diferencia entre la medición pre y post intervención fue 13,28 (DE 14,42) cm² (IC 95% -9,66 - 36,21 cm²), lo que evidencia una reducción considerable en el tamaño de las úlceras tras la intervención. Sin

embargo, la desviación estándar de la diferencia es alta (14,42 cm²), lo que indica que la magnitud de la reducción varía mucho entre los pacientes. El valor de significancia bilateral es de 0,16, lo que indica que la diferencia no es estadísticamente significativa al nivel de 0,05. Esto significa que, aunque la reducción media es clínicamente relevante, la evidencia estadística no es suficiente para afirmar que la intervención tuvo un efecto significativo en el tamaño de las úlceras.

Tabla 6. Tamaño de úlcera pre y post-intervención y diferencias emparejadas de tamaño de la úlcera en cm², en base a los usuarios que permanecen en curación. Hualpén 2024-2025

| Tamaño | Media | DE | Media de error estándar | 95% IC | | t | gl | Sig. (bilat) | |
|----------------------------------|-------|-------|-------------------------|----------|----------|-------|------|--------------|------|
| | | | | Inferior | Superior | | | | |
| Pre-intervención | 4 | 15,44 | 15,6 | 7,8 | | | | | |
| Post intervención | 4 | 2,16 | 2,68 | 1,34 | | | | | |
| Diferencia Pre-post intervención | 4 | 13,28 | 14,42 | 7,21 | -9,66 | 36,21 | 1,84 | 3 | 0,16 |

Tamaño medido en cm²

Tabla 7. Tamaño del efecto de las muestras emparejadas pre-intervención y post-intervención, en base a las 4 personas que permanecen con una úlcera abierta en la semana post intervención. Hualpén 2024-2025.

| | Standardizer ^a | Estimación de puntos | Intervalo de confianza al 95% | |
|------------|---------------------------|----------------------|-------------------------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| d de Cohen | 14,42 | 0,92 | -0,328 | 2,082 |

| | | | | | |
|--------------------------|---------------|------|-----|--------|-------|
| Tamaño pre-intervención | Corrección de | 16,6 | 0,8 | -0,285 | 1,808 |
| Tamaño post-intervención | Hedges | | | | |

a. El denominador utilizado en la estimación de tamaños del efecto.

En la Tabla 8, se muestra el porcentaje de disminución de superficie que estos 4 usuarios presentaron, siendo la media de reducción de un 85,6%, (DE 9,9).

Tabla 8 Porcentaje de disminución de superficie de úlceras abiertas post intervención. Hualpén 2024-2025.

| | n úlceras abierta | n úlceras cerrada | Media | Mediana | DE | Rango | Min. | Max. |
|--|-------------------------|-------------------------|-------|---------|-----|-------|------|------|
| Porcentaje de disminución de la superficie | 4 | 12 | 85,6 | 88,4 | 9,9 | 22,9 | 71,4 | 94,3 |

Test de hipótesis.

En lo relativo a la hipótesis 3, los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva, posterior a la intervención educativa, presentan una menor área de ulceración que al inicio de la intervención, sin embargo, la diferencia no es significativa por lo cual se rechaza la hipótesis.

3.3.d. Evaluación de la aceptabilidad de la intervención.

Respecto de la efectividad, tres de las preguntas obtuvieron puntaje de 3,4 (DE 0,5) y la tercera pregunta obtuvo un puntaje de 3,8 (DE 0,4). Al evaluar la idoneidad, ambas preguntas presentaron un puntaje de 3,4 (DE 0,5). Con

respecto al riesgo percibido el puntaje obtenido fue 3,9 (DE 0,3), lo cual se interpreta como la percepción que la intervención contribuye escasamente al desarrollo de eventos negativos (Tabla 9).

Finalmente, la evaluación de conveniencia, compuesta por dos preguntas, obtuvo puntajes de 3,1 (DE 0,6) y 3,6 (DE 0,5) respectivamente. La pregunta con el puntaje inferior fue: Según su opinión ¿qué tan fácil será realizar todas las actividades de este tratamiento? Con un puntaje de 3,1 que corresponde a la respuesta Muy fácil; esta pregunta corresponde a actividad que deben ejecutar los participantes, para ello la persona debe desarrollar habilidades teóricas y prácticas.

Test de hipótesis.

La hipótesis 4 no se rechaza, ya los usuarios con úlcera venosa y terapia compresiva evalúan la aceptabilidad de una intervención educativa con un puntaje mayor a 2.

Tabla 9. Evaluación de la aceptabilidad según los participantes de la intervención. Hualpén 2024-2025.

| | | N | % | Media | Mediana | DE | |
|--|--|----------------------|-------|--------|---------|-----|-----|
| Efectividad | ¿Qué tan efectivo será este tratamiento a corto plazo para mejorar su problema de ulcera venosa? | Nada efectivo | 0 | 0 | 3,4 | 3 | 0,5 |
| | | Algo efectivo | 0 | 0 | | | |
| | | Efectivo | 0 | 0 | | | |
| | | Muy efectivo | 10 | 63% | | | |
| | | Totalmente efectivo | 8 | 37% | | | |
| | ¿Qué tan efectivo será este tratamiento a largo plazo para mejorar su problema de ulcera venosa? | Nada efectivo | 0 | 0 | 3,8 | 4 | 0,4 |
| | | Algo efectivo | 0 | 0 | | | |
| | | Efectivo | 0 | 0 | | | |
| | | Muy efectivo | 4 | 25% | | | |
| | | Totalmente efectivo | 12 | 75% | | | |
| | Como resultado de su problema de ulcera venosa ¿qué tan efectivo será este tratamiento para reducir y/o cerrar su ulcera venosa? | Nada efectivo | 0 | 0 | 3,4 | 3 | 0,5 |
| | | Algo efectivo | 0 | 0 | | | |
| Efectivo | | 0 | 0 | | | | |
| Muy efectivo | | 9 | 56% | | | | |
| Totalmente efectivo | | 7 | 44% | | | | |
| ¿Qué tan efectivo cree usted será este tratamiento para mejorar su capacidad para realizar sus actividades diarias habituales? | Nada efectivo | 0 | 0 | 3,5 | 3,5 | 0,5 | |
| | Algo efectivo | 0 | 0 | | | | |
| | Efectivo | 0 | 0 | | | | |
| | Muy efectivo | 9 | 56% | | | | |
| | Totalmente efectivo | 7 | 44% | | | | |
| Idoneidad | ¿Qué tan aceptable le parece este tratamiento? | Nada aceptable | 0 | 0 | 3,4 | 3 | 0,5 |
| | | Algo aceptable | 0 | 0 | | | |
| | | Aceptable | 0 | 0 | | | |
| | | Muy aceptable | 8 | 50% | | | |
| | | Totalmente aceptable | 8 | 50% | | | |
| | ¿Qué tan apropiado parece ser este tratamiento para su problema de ulcera venosa? | Nada aceptable | 0 | 0 | 3,4 | 3 | 0,5 |
| Algo aceptable | | 0 | 0 | | | | |
| Aceptable | | 0 | 0 | | | | |
| Muy aceptable | | 2 | 25% | | | | |
| Totalmente aceptable | | 14 | 75% | | | | |
| Riesgo | Según su opinión ¿qué tan malos son los efectos secundarios de este tratamiento? | Nada malos | 15 | 93,7% | 3,9 | | 0,3 |
| | | Algo malos | 1 | 6,3% | | | |
| | | Malos | 0 | 0 | | | |
| | | Muy malos | 0 | 0 | | | |
| | | Totalmente malos | 0 | 0 | | | |
| Conveniencia | Según su opinión ¿qué tan fácil será realizar todas las actividades de este tratamiento? | Nada fácil | 0 | 0 | 3,1 | | 0,8 |
| | | Un poco fácil | 0 | 0 | | | |
| | | Fácil | 2 | 12,5% | | | |
| | | Muy fácil | 10 | 62,5% | | | |
| | | Totalmente fácil | 4 | 25,00% | | | |
| | ¿Qué tan dispuesto está para cumplir el tratamiento? | Nada dispuesto | 0 | 0 | 3,6 | | 0,5 |
| Algo dispuesto | | 0 | 0 | | | | |
| Dispuesto | | 0 | 0 | | | | |
| Muy dispuesto | | 6 | 37,5% | | | | |
| Extrem. dispuesto | | 10 | 62,5% | | | | |

4. DISCUSIÓN

En la primera parte de este apartado, se discutirán aspectos relacionados con la validación de la intervención. Luego se presenta la discusión de los resultados descriptivos de la muestra que incluye el perfil biosociodemográfico y de patologías asociadas, luego las variables de resultado: adherencia a la terapia compresiva, intensidad del dolor, tamaño de la úlcera y aceptabilidad de la intervención.

Validación de la intervención educativa

Tal como se ha señalado, la intervención educativa “Aprendiendo sobre mis cuidados”, corresponde a una adaptación de las sesiones de asesoramiento desarrolladas en el estudio *Lively Legs*, manteniendo sus componentes e integrando la teoría de “Autocuidado de las enfermedades crónicas basada en los síntomas” (27), debido a que las personas con úlcera venosa presentan síntomas como dolor, edema, insomnio, que deben aprender a reconocer y manejar tempranamente, como postula Riegel et al. en la teoría antes mencionada (27). Se incorporaron en la intervención aquellos síntomas que, según revisiones sistemáticas, eran predominantes y viables de intervenir: intensidad del dolor y edema (8, 22).

En adición a lo señalado, se incorporaron dos llamadas telefónicas de

acompañamiento al inicio y posterior a la última sesión presencial, con el objetivo de mantener la vinculación con el usuario. Se consideró incorporar este componente de contacto remoto, ya que, en estudios en usuarios con úlceras de pie los participantes refirieron preferir los contactos remotos por sobre los presenciales, considerándolos convenientes y satisfactorios (70). Se ha reportado que las intervenciones, que favorecen la continuidad asistencial de las personas con enfermedades crónicas, tanto en atención primaria como especializada, se asocian a una reducción de las hospitalizaciones y a una mayor satisfacción del paciente (71).

Para apoyar el desarrollo de la intervención, se elaboró un cuaderno de automanejo para que los usuarios registraran sus compromisos, avances y dispusieran de material educativo de reforzamiento sobre su problema de salud y cómo reconocer los síntomas asociados. Protz et al., en su investigación encontró que un folleto educativo mejoraba los conocimientos sobre la úlcera venosa (59). El material del presente estudio fue diseñado, considerando la evidencia disponible sobre la úlcera venosa, sus síntomas, como reconocer éstos y los cuidados necesarios para ello (25, 27). Para su validación, se realizó una evaluación de contenido por un grupo de profesionales y por pacientes recientemente dados de alta de úlcera venosa. La validación de materiales por expertos posee múltiples beneficios, como aumentar la validez del contenido, permite la adaptación y mejorar éstos a partir de sugerencias de profesionales con experiencia directa en el ámbito de aplicación y usuarios (72,73).

Se reconoce como limitación del presente estudio, con respecto a la validación del material educativo por profesionales y pacientes expertos, no haber considerado utilizar una metodología validada, como, por ejemplo, la técnica Delphi, ampliamente utilizada para validar materiales educativos (74).

Perfil biosociodemográfico.

Respecto a la distribución según sexo, la presente investigación incluyó una mayor proporción de hombres, a diferencia de investigación de Gethin et al., quienes reportaron una mayor proporción de mujeres (54%) (11), similar a lo encontrado en Irlanda por Kelly et al., donde las mujeres representaron el 58% de la muestra (75). En otra investigación, realizada en Suiza por Probst et al., la proporción fue hombres 52,2% (76). Estos resultados evidencian variaciones en la distribución por sexo en los estudios sobre úlcera venosa.

En cuanto a la edad, la muestra del presente estudio presentó una media de 66,3 años (DE 11,7). Este valor se encuentra en el rango reportado en la revisión de Gethin et al., la cual encontró valores promedio desde 47 años en Asia hasta los 69 años en Europa (11). En el estudio de intervención efectuado por Probst et al. (76) la edad media fue de 68,2 años, similar a lo que se encontró en el presente estudio. Es posible que la similitud en la media de edad de los estudios realizados en Europa y el de Probst et al. sea debido a que las poblaciones comparten estilos de vida y cultura y, que estas, se asemejen a la

población del presente estudio.

Respecto al nivel educacional, según lo reportado por Probst et al., el 66,7% tenían estudios profesionales, 18,4 % enseñanza obligatoria y 14.9% tenían estudios secundarios (76), muy diferente al nivel educacional encontrado en el presente estudio, donde el 56,3% tiene enseñanza básica (equivalente a la obligatoria de Suiza), 25% tienen enseñanza media y un 18,8% posee estudios superiores o profesionales. El bajo nivel educacional encontrado en el presente estudio puede influir negativamente en el cuidado de las personas.

En relación con la cantidad de integrantes del hogar, incluido el paciente, la mayor parte de los usuarios pertenece a hogares con 2-3 integrantes. En este ámbito existen discrepancias entre los estudios de diferentes áreas geográficas incluidos en el estudio de Gethin et al., ya que el 59 % de los participantes de un estudio europeo vivía solo (11), a diferencia del estudio asiático en el cual el 99% provenía de familias con más de tres miembros. Estas diferencias en la composición familiar entre diferentes ámbitos geográficos y culturales, en cuanto al número de personas en el hogar, puede influir negativamente en el cuidado de quienes viven solos, debido a que las personas con úlcera venosa presentan problemas de movilidad (77) y requieren el apoyo de terceros.

En cuanto a las patologías asociadas el 69% de la muestra posee hipertensión arterial, lo cual difiere en 3 a 12 puntos porcentuales de la prevalencia de hipertensión reportada en los estudios revisados por Gethin (11), a excepción de un estudio sudamericano que reportó hipertensión en el 71 % de

los pacientes. Respecto a las comorbilidades, el 31% de los participantes presenta Diabetes Mellitus, superior a lo reportado el estudio de revisión, en el cual esta condición estuvo presente entre el 17% y 20% de los participantes, dependiendo del origen geográfico del estudio (11). Por otra parte, la obesidad también fue una característica de los participantes del presente estudio (50%), superior a los reportado por otros estudios (74, 75).

Adherencia a la terapia compresiva, evaluación de la intensidad del dolor y tamaño del área de ulceración.

El objetivo del presente estudio piloto fue evaluar la aceptabilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa realizada por enfermera en la adherencia a la terapia compresiva, intensidad del dolor y área de ulceración en usuarios con úlcera venosa que inician tratamiento compresivo en centros de la salud del primer nivel de atención.

Cabe mencionar, en primer lugar, respecto a la medición utilizada para evaluar la adherencia a la terapia compresiva, difiere de la realizada en otros estudios revisados. Heinen et al. utilizó el autorreporte de adherencia por parte de los pacientes (25), debido al tipo de elemento usado en la terapia de compresión (calcetas compresivas). De manera similar el estudio de Bar et al. que tenía como objetivo evaluar una herramienta multidimensional para la adherencia a la terapia uso el autorreporte de la adherencia (78). En el presente estudio, en el cual los usuarios utilizaron vendaje compresivo, la adherencia al

uso fue evaluada directamente por los profesionales que realizaron la curación. Respecto de este punto, cabe señalar, que, si bien algunos estudios describen el vendaje más incómodo que la calceta compresiva, tiene la ventaja de permitir que el profesional pueda verificar si la persona lo ha retirado o manipulado, para categorizarlo como adherente o no. En cambio, cuando se utilizan calcetas compresivas son los usuarios quienes reportan cuanto tiempo la utilizan, en consecuencia, la evaluación de adherencia puede estar sujeta a sesgo de recuerdo del usuario. A ello se suma la complejidad para colocarlas correctamente, lo que limita la posibilidad de utilizarlas adecuadamente (79).

Al finalizar la intervención, todos (100%) de los participantes de la intervención fueron categorizados como adherentes a la terapia compresiva, debido a que las evaluaciones semanales acumularon sobre el 75% de adherencia. Otros estudios han mostrado resultados positivos en la adherencia a los tres meses, sin embargo, los porcentajes son inferiores a los del presente estudio (63 %) (75). Los hallazgos de la presente investigación son respaldados por estudio previo que informan una mayor adherencia después de una intervención educativa (50). En adición a ello Behairy y Masry (80) también describieron que la educación dirigida por enfermeras mejora el uso de la terapia de compresión y reduce el riesgo de recurrencia.

Evaluación de la intensidad del dolor.

Respecto de esta variable, en el presente estudio, la media pre-intervención fue

4,7 (DE 3,1), valor que corresponde a lo que se describe como intensidad moderada, similar a lo reportado por Leren et al., en una revisión sistemática y metaanálisis que informó que hasta el 80 % de las personas con heridas crónicas experimentan dolor de leve a moderada intensidad (media del dolor 4/10, IC del 95 %) (81). El presente estudio muestra una respuesta positiva en lo que respecta a la evaluación post intervención, siendo la media de la reducción del dolor de 2,6 puntos, resultando esta diferencia significativa. Esta magnitud de cambio (≥ 2 puntos en EVN) o una reducción de aproximadamente el 30 % en la EVN representa una diferencia clínicamente significativa del dolor, independiente del tipo de enfermedad, edad y sexo (82). Un estudio de intervención realizado en Brasil, que tuvo como objetivo evaluar el efecto de las estrategias de un programa de orientación sobre el estilo de vida en pacientes con úlcera venosa en terapia de compresión, en el cual participaron un grupo intervención y control, valoró la diferencia del dolor a los 90 días, no observando diferencias estadísticas entre los grupos (83). Otro estudio de revisión que comparó diferentes tipos terapia compresiva apreció que el uso de vendajes o medias de compresión probablemente reducen el dolor en comparación con la ausencia de compresión, la media de reducción del dolor fue -1,39 ($p=0,43$) en consecuencia el grado de certeza de esta evidencia es moderada (84). Con todo, como ha sido posible apreciar, el abordaje de este síntoma en este tipo de intervenciones es relevante, dada la correlación directa entre el dolor y la calidad de vida, que es peor para las úlceras con una mayor duración y un área más grande (85).

Área de ulceración

Con relación al área de la úlcera los cambios en el tamaño pre y post intervención de la intervención muestran una reducción clínica en el área de ulceración en la mayoría de los participantes, logrando cicatrización completa post intervención el 75% y un porcentaje de disminución de la superficie de, en promedio, 85,6% en quienes permanecieron con la úlcera, lo cual indica una mejora notable.

Respecto al porcentaje de personas con úlcera cerrada a los 3 meses del presente estudio fue 75% (n =12/16). El estudio de Probst et al., a los 3 meses, obtuvo 39,1% (n = 18/46) en el grupo de intervención estaban completamente curados frente al 31,7% (n = 13/41) en el grupo control (p 0,508) (76).

La literatura muestra que la reducción del tamaño del área de la úlcera en las primeras semanas es un buen marcador pronóstico de cicatrización y éxito terapéutico (86), que se asocia directamente con la disminución de morbilidad y mejora en calidad de vida (84).

Sin embargo, aunque la reducción media es clínicamente alentadora, la evidencia estadística no es suficiente para afirmar que la intervención tuvo un efecto significativo en el tamaño de las úlceras, debido a la alta variabilidad en el área de estas y pequeño tamaño de la muestra, otros estudios han utilizado muestras de 71 y 87 personas (76, 83).

Futuros estudios requerirán disponer de muestras de mayor tamaño y

análisis estadísticos con potencia suficiente para detectar diferencias reales con nivel de confianza. El cálculo del tamaño muestral es crucial en estos estudios para validar que el efecto clínico observado sea estadísticamente respaldado (65). Con muestras muy pequeñas la variabilidad y el error estándar no permite conclusiones robustas.

Aceptabilidad de la intervención.

La evaluación de la aceptabilidad efectuada mediante el instrumento TAP ofrece una perspectiva integral sobre la percepción de los participantes respecto a la aceptabilidad, idoneidad, riesgo percibido y conveniencia de la intervención al cabo de 12 semanas. Los resultados de aceptabilidad y efectividad indican que los participantes valoran la intervención como bastante efectiva y aceptable. Esto se alinea con estudios que muestran que valores sobre 3 en escalas tipo Likert de 4 puntos reflejan buena aceptación del tratamiento, lo cual es fundamental para la adherencia y resultados positivos (29).

El puntaje más alto de percepción de riesgo (3.9, DE 0.3) resulta consistente con la apreciación de los participantes respecto a la seguridad de la intervención. Esto es relevante y positivo en el contexto del tratamiento de úlceras venosas, una situación caracterizada por oscilaciones emocionales entre la esperanza, la desesperación y distintos tipos de sufrimiento (87).

La evaluación de idoneidad y riesgo percibido posee una puntuación uniforme de 3.4 para la idoneidad indica que los pacientes percibieron que el tratamiento es apropiado para sus necesidades, un componente importante para la credibilidad y la confianza en la intervención (29).

Los puntajes diferenciales en conveniencia (3.1 versus 3.6) sugieren que, aunque la mayoría considera viable la realización del tratamiento, algunos participantes encuentran desafiantes realizar las actividades requeridas. En consecuencia, la diferencia puede estar asociada a la necesidad de desarrollo de habilidades teóricas y prácticas, para lo que el usuario percibe no estar preparado; analizar estas barreras y personalizar la atención genera la confianza necesaria para que las personas encuentren el tratamiento conveniente (80). El puntaje de 3.1, interpretado como "muy fácil", sin embargo, revela que la percepción de dificultad no es excesiva, pero sí un área relevante para mejorar.

Respecto de la deserción, se pudo observar que no hubo pérdidas durante el desarrollo de la intervención, resultado que puede considerarse como muy positivo ya que da cuenta del interés por participar. De este modo la retención podría considerarse indicativo de aceptabilidad de la intervención por parte de los participantes (88).

En síntesis, la Intervención educativa de enfermería tuvo un efecto positivo en la adherencia a la terapia compresiva, intensidad del dolor y aceptabilidad, no logrando un efecto significativo en área de ulceración. Con todo, es posible afirmar que estos hallazgos coinciden con una revisión sistemática y metaanálisis

(85) que reportó que la educación mejora la participación del paciente, lo que conduce a una cicatrización más rápida, lo cual se suma a otros estudios que confirman que cuando se combina una intervención educativa con la terapia de compresión, mejora la cicatrización (76), así como otras variables relevantes.

Esta intervención educativa de enfermería tomó como referencia la intervención *Lively Legs* (25), incorporando como base teórica la Teoría de autocuidado de enfermedades crónicas con la incorporación de síntomas (27), debido a la importancia que tienen estos para las personas que los presentan y para las etapas del proceso de autocuidado, particularmente en lo que refiere a la mantención del autocuidado y la adherencia, así como las aportaciones conceptuales y empíricas. Estos elementos permitieron complementar y robustecer la intervención *Lively Legs*, dando origen a la intervención “Aprendiendo sobre mis cuidados”, una de las primeras investigaciones realizadas en América Latina que busca incrementar la adherencia a la terapia compresiva, sumándose a la investigación realizada en Brasil por Rocha et al. (83).

Limitaciones

Respecto a las limitaciones del presente estudio, el reducido número de participantes de este estudio piloto, la falta de un grupo control. Así también

pueden ser consideradas limitaciones la falta de cegamiento de los usuarios, así como de quien realiza la intervención y de los evaluadores.

Respecto al planteamiento del objetivo de comparar el tamaño de la úlcera pre y post intervención, se considera que para futuros estudios se debe considerar el porcentaje de reducción del tamaño evaluación, tal como reportado en el estudio de Probst et al. (76)

Implicaciones clínicas y recomendaciones.

Los hallazgos resaltan la importancia de intervenciones estructuradas basadas en teorías, como en el presente estudio que utilizó como base una intervención ya existente, incorporando la teoría de automanejo de las enfermedades crónicas basada en los síntomas para facilitar el seguimiento de estos, con la finalidad que un mejor manejo de estos contribuyera a la adherencia a la terapia compresiva y a la cicatrización de las úlceras venosas.

Así también se refuerza la utilidad de medir periódica y objetivamente el tamaño de la herida, ya que resulta fundamental para evaluar y ajustar terapias. Sin embargo, se debe considerar la heterogeneidad individual, asegurando una personalización de la estrategia para maximizar resultados y abordar barreras específicas.

Los resultados refuerzan la importancia de medir la aceptabilidad y otros factores perceptuales como predictores de adherencia y éxito terapéutico.

señalan que tratamientos con alta aceptabilidad, baja percepción del riesgo y adecuada conveniencia están relacionados con mejores tasas de continuidad y resultados (29). La identificación de un nivel de dificultad en la conveniencia sugiere implementar estrategias adicionales de apoyo en habilidades o simplificación de tareas para optimizar el impacto.

Para la profesión, refuerza el rol de la enfermería en el manejo integral de la úlcera venosa, mostrando que una intervención educativa estructurada puede mejorar la adherencia a la compresión, disminuir el dolor y favorecer la cicatrización, coherente con la literatura internacional sobre intervenciones educativas de enfermería en úlcera venosa.

Generar evidencia local en un contexto latinoamericano y de atención primaria de salud, ámbito en el que existe una escasez de estudios sobre adherencia a la terapia compresiva, contribuye a enriquecer el cuerpo de conocimiento disciplinar en enfermería con datos provenientes de una población habitualmente subrepresentada. Asimismo, aporta a la comprensión y abordaje del problema de la baja adherencia a la terapia compresiva, reconocido como un factor clave en el fracaso terapéutico y la recurrencia de la úlcera venosa.

5. CONCLUSIÓN

En relación con el presente estudio, se concluye:

Respecto de la validación de la intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, la validación del cuadernillo educativo para manejo de úlcera venosa se realizó mediante consenso de expertos profesionales y usuarios recientes, garantizando pertinencia clínica y comprensibilidad para el perfil objetivo de pacientes crónicos.

Respecto al perfil biosociodemográfico de los participantes, la muestra correspondió principalmente a adultos mayores con presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, con predominio masculino, con bajo nivel de escolaridad y que vive en hogares integrados por dos a tres personas.

Respecto a la adherencia a la terapia compresiva post intervención, los participantes evidenciaron una adherencia del 100%.

Con respecto a la intensidad del dolor, se evidenció una reducción estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post intervención.

Respecto al tamaño del área de ulceración, si bien los resultados estadísticos no son concluyentes, los resultados clínicos como el cierre de 12 de los 16 casos a las 12 semanas, son satisfactorios.

Respecto de la aceptabilidad de la intervención post intervención, se evidenció una alta efectividad, percepción de idoneidad y seguridad entre los participantes, con un puntaje inferior en el componente de conveniencia.

En síntesis, estos resultados contribuyen a la evidencia sobre la aceptabilidad y eficacia preliminar de la intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva e intensidad del dolor en usuarios con úlcera venosa que iniciaron tratamiento compresivo, en la comuna de Hualpén durante los años 2024-2025. en el manejo de úlceras crónicas,

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Black J. Simplifying venous leg ulcer management: consensus recommendations. *Wounds Int.* 2021. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/simplifying-venous-leg-ulcer-management-consensus-recommendations>.
2. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. Editor's choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2022;63(2):184–267. doi:10.1016/j.ejvs.2021.12.024.
3. Probst S, Saini C, Gschwind G, Stefanelli A, Bobbink P, Pugliese MT, et al. Prevalence and incidence of venous leg ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Int Wound J.* 2023;20(9):3906–21. doi:10.1111/iwj.14272.
4. Yin C, Tang F, Lao J, Yang Y, Li M, Cao J, et al. Risk factors for venous ulceration in patients with varicose veins of lower extremities. *Wound Repair Regen.* 2024;32(1):47–54. doi:10.1111/wrr.13139.
5. Darwin E, Liu G, Kirsner RS, Lev-Tov H. Examining risk factors and preventive treatments for first venous leg ulceration: a cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(1):76–85. doi:10.1016/j.jaad.2019.12.046.
6. Mościcka P, Szewczyk M, Cwajda-Białasik J, Jawień A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Adv Clin Exp Med.* 2019;28(6):847–52. doi:10.17219/acem/78768.

7. Nelzén O. Fifty percent reduction in venous ulcer prevalence is achievable - Swedish experience. *J Vasc Surg.* 2010;52(5):39S–44S. doi:10.1016/j.jvs.2010.05.122.
8. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care.* 2014;23(12):601–12. doi:10.12968/jowc.2014.23.12.601.
9. Phillips P, Lumley E, Duncan R, Aber A, Woods HB, et al. A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers. *J Adv Nurs.* 2018;74(3):550–63.
10. Leren L, Johansen EA, Eide H, Sørum Falk R, Ljoså TM. Prevalence and factors associated with ulcer-related pain in persons with chronic leg ulcers: an explorative study. *J Clin Nurs.* 2021;30(17-18):2732–41. doi:10.1111/jocn.15787.
11. Gethin G, Vellinga A, Tawfick W, O'Loughlin A, et al. The profile of patients with venous leg ulcers: a systematic review and global perspective. *J Tissue Viability.* 2021;30(1):78–88. doi:10.1016/j.jtv.2020.08.003.
12. Rabe E, Partsch H, Morrison N, et al. Risks and contraindications of medical compression treatment: a critical reappraisal. An international consensus statement. *Phlebology.* 2020;35(7):447–60. doi:10.1177/0268355520909066.
13. Urwin S, Dumville JC, Sutton M, Cullum N. Health service costs of treating venous leg ulcers in the UK: evidence from a cross-sectional survey based in the north west of England. *BMJ Open.* 2022;12(1):e056790. doi:10.1136/bmjopen-2021-056790.
14. Díaz M, González M, Rodríguez F. The financial burden of chronic wounds in primary care: a real-world data analysis on cost and prevalence. *Int J Nurs Stud Adv.* 2025;8:100313. doi:10.1016/j.ijnsa.2025.100313.

15. Rice JB, Desai U, Cummings AKG, Birnbaum HG, Skornicki M, et al. Burden of venous leg ulcers in the United States. *J Med Econ.* 2014;17(5):347–56. doi:10.3111/13696998.2014.903258.
16. Ministerio de Salud de Chile. Proyecto de ley de presupuestos año 2022. Programa de prestaciones valoradas. Santiago de Chile; 2022.
17. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientación técnica programa fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria 2018. Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria; 2018.
18. Ministerio de Salud de Chile. Decreto N° 22. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Santiago de Chile: Ministerio de Hacienda; 2019. Available from: https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-19829_recurso_1.pdf.
19. Fearn N, Heller-Murphy S, Kelly J, Harbour J. Placing the patient at the centre of chronic wound care: a qualitative evidence synthesis. *J Tissue Viability.* 2017;26(4):254–9. doi:10.1016/j.jtv.2017.09.002.
20. Pulido-Acuña GP, Gaitan-Angueyra MC, Figueroa-Solorzano CJ, et al. Estrategias para enseñar autocuidado a personas con úlceras vasculares venosas: una revisión integrativa. *Rev Colomb Enferm.* 2022;21:e040. doi:10.18270/rce.v21i.2738.
21. Probst S, Saini C, Buehrer Skinner M. Development and feasibility of a multidisciplinary education program on adherence to treatment in persons with venous leg ulcers in the clinical setting: a pilot study. *J Adv Nurs.* 2020;76(10):2733–6. doi:10.1111/jan.14502.
22. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD008378. doi:10.1002/14651858.CD008378.pub3.

23. Sidani S, Braden C. *Nursing and Health Interventions: Design, Evaluation, and Implementation* 2nd. ed. Ames: Wiley-Blackwell; 2011. 304 p.
24. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med.* 2009;36(5):452–7. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002.
25. Heinen M, Borm G, van der Vleuten C, Evers A, Oostendorp R, van Achterberg T. The Lively Legs self-management programme increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: results from a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(2):151–61. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.005.
26. Gattini C. *Estructura organizacional del SNSS. Observatorio Chileno de Salud Pública.* Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2018. Available from: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss.obs>.
27. Riegel B, De Maria M, Barbaranelli C, Matarese M, Ausili D, Strömberg A, et al. Symptom recognition as a mediator in the self-care of chronic illness. *Front Public Health.* 2022;10:883299. doi:10.3389/fpubh.2022.883299.
28. Nussbaum SR, Carter MJ, Fife CE, DaVanzo J, Haught R, Nusgart M, et al. An economic evaluation of the impact, cost, and Medicare policy implications of chronic nonhealing wounds. *Value Health.* 2018;21(1):27–32. doi:10.1016/j.jval.2017.07.007.
29. Sidani S, Epstein DR, Bootzin RR, Moritz P, Miranda J. Assessment of preferences for treatment: validation of a measure. *Res Nurs Health.* 2009;32(4):419–31. doi:10.1002/nur.20329.

30. Gethin G, Probst S, Weller C, Kottner J, Beeckman D. Nurses are research leaders in skin and wound care. *Int Wound J.* 2020;17(6):2005–9. doi:10.1111/iwj.13492.
31. Heyer K, Protz K, Augustin M. Compression therapy: cross-sectional observational survey about knowledge and practical treatment of specialised and non-specialised nurses and therapists. *Int Wound J.* 2017;14(6):1148–53. doi:10.1111/iwj.12773.
32. Fawcett J. Applying conceptual models of nursing: quality improvement, research, and practice. New York: Springer Publishing Company; 2016.
33. Miquel C. Guías de práctica clínica en enfermedad venosa crónica. Torrejón de Ardoz: Id Médica; 2015.
34. Tharalson E, Cancion E. Decision support tools for wound care and HBO clinicians. *WoundReference*; 2023. Available from: <https://woundreference.com/>.
35. Mekkes JR, Loots MA, Van Der Wal AC, Bos JD. Causes, investigation and treatment of leg ulceration. *Br J Dermatol.* 2003;148(3):388–401. doi:10.1046/j.1365-2133.2003.05222.x.
36. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg.* 2007;45(Suppl S):S5–67. doi:10.1016/j.jvs.2006.12.037.
37. Renner R, Seikowski K, Simon JC. Association of pain level, health and wound status in patients with chronic leg ulcers. *Acta Derm Venereol.* 2014;94.

38. Leren L, Johansen E, Eide H, Falk RS, Juvet LK, Ljoså TM. Pain in persons with chronic venous leg ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Int Wound J*. 2020;17(2):466-84. doi:10.1111/iwj.13296.
39. Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L, Arcega Baraza A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2018;11(3):154-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-
40. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014 Mar;22(3):363-88. doi:10.1016/j.joca.2014.01.003.
41. Vowden P, Kerr A, Mosti G. Demystifying mild, moderate and high compression systems – when and how to introduce “lighter” compression. *Wounds International [Internet]*. 2020. Disponible en: <https://www.woundsinternational.com>
42. O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2014 Aug;60(2 Suppl):3S–59S. doi:10.1016/j.jvs.2014.04.049.
43. Colenci R, Abbade LPF. Fundamental aspects of the local approach to cutaneous ulcers. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):859–70. doi:10.1590/abd1806-4841.20187812.
44. Agurto I, Salas C, Morgado P. Guía clínica “Tratamiento integral avanzado de la úlcera venosa”. 2ª ed. Santiago de Chile: FINH; 2018.
45. Ministerio de Salud de Chile. Guía N° 1. Serie de guías: manejo y tratamiento de las heridas y úlceras. Santiago de Chile; 2000.

46. Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Theory and practice of compression therapy for treating and preventing venous ulcers. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(10):829–34. doi:10.1016/j.adengl.2020.10.022.
47. Rai R. Standard guidelines for management of venous leg ulcer. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5(3):408–11. doi:10.4103/2229-5178.137830.
48. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Med Grupo Ángeles.* 2018;16(3):226–32.
49. Stirratt MJ, Dunbar-Jacob J, Crane HM, Simoni JM, Czajkowski S, Hilliard ME, et al. Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Transl Behav Med.* 2015;5(4):470–82. doi:10.1007/s13142-015-0315-2.
50. Bar L, Brandis S, Marks D. Improving adherence to wearing compression stockings for chronic venous insufficiency and venous leg ulcers: a scoping review. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:2085–102. doi:10.2147/PPA.S323766.
51. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci.* 2012;35(3):194–204. doi:10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
52. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Autocuidado: una ciencia fundamental. *Rev Trim Cienc Enferm.* 2001;14(1):48–54. doi:10.1177/089431840101400113.
53. McKleroy VS, Galbraith JS, Cummings B, Jones P, Harshbarger C, Collins C, et al. Adapting evidence-based behavioral interventions for new settings and target populations. *AIDS Educ Prev.* 2006;18(Suppl):59–73. doi:10.1521/aeap.2006.18.supp.59.

54. Villa-Rueda AA, Landeros-Olvera EA, Manjarres-Posada NI, Benavides-Torres RA. Adaptación, aceptabilidad y pilotaje de “Usando Condón”: una intervención para incrementar la autoeficacia percibida del uso del condón masculino en adolescentes mexicanos. *Nova Sci.* 2020;12(25). doi:10.21640/ns.v12i25.2296.
55. Sidani S, Epstein DR, Fox M, Miranda J. Propiedades psicométricas de la percepción del tratamiento y la medida de preferencias. *Investig Enferm Clín.* 2018;27(6):743–61. doi:10.1177/1054773816654137.
56. Patel SR, Galfavy H, Kimeldorf MB, Dixon LB, Simpson HB. Patient preferences and acceptability of evidence-based and novel treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Serv.* 2017;68(3):250–7. doi:10.1176/appi.ps.201600092.
57. Teresi JA, Yu X, Stewart AL, Hays RD. Guidelines for designing and evaluating feasibility pilot studies. *Med Care.* 2021;60(1):95–103. doi:10.1097/MLR.0000000000001664.
58. Kaizer U, Domingues EAR. Construção e validação de um folheto educativo para tratamento de úlcera venosa. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther.* 2019;17:e1619. doi:10.30886/estima.v17.677_PT.
59. Protz K, Dissemond J, Seifert M, Hintner M, Temme B, Verheyen-Cronau I, et al. Education in people with venous leg ulcers based on a brochure about compression therapy: a quasi-randomised controlled trial. *Int Wound J.* 2019;16(6):1252–62. doi:10.1111/iwj.13172.
60. Brown A, Kendall S, Flanagan M, Cottee M. Encouraging patients to self-care: the preliminary development and validation of the VeLUSSET, a self-efficacy tool for venous leg ulcer patients aged 60 years and over. *Int Wound J.* 2014;11(3):326–34. doi:10.1111/iwj.12199.

61. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
62. Ministerio de Salud de Chile. Manual de examen de medicina preventiva del adulto mayor. Santiago: MINSAL; 2008. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>.
63. Argimon Pallas JM. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Amsterdam: Elsevier; 2019.
64. Billingham SAM, Whitehead AL, Julious SA. An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in the United Kingdom Clinical Research Network database. BMC Med Res Methodol. 2013; 13:104.
65. Bossert J, Vey JA, Piskorski L, Fleischhauer T, Awounvo S, Szecsenyi J, et al. Effect of educational interventions on wound healing in patients with venous leg ulceration: a systematic review and meta-analysis. Int Wound J. 2023;20(5):1784–95. doi:10.1111/iwj.14021.
66. Restrepo-Medrano Juan Carlos, Verdú José. Medida de la cicatrización en úlceras por presión: ¿Con qué contamos?. Gerokomos [Internet]. 2011 Mar [citado 2026 Ene 16] ; 22(1): 35-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000100006&lng=es.
67. Safikhani S, Gries KS, Trudeau JJ, Reasner D, Rüdell K, Coons SJ, et al. Response scale selection in adult pain measures: results from a literature review. J Patient Rep Outcomes. 2018;2(1):36. doi:10.1186/s41687-018-0053-6.
68. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

2013. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

69. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta Bioeth.* 2004;10(1):37–48. doi:10.4067/S1726-569X2004000100005.

70. Basagoiti Carreño B, Díez Alcántara A, Escudero Vilaplana BM, Silva Riádigos GM, Benítez García B, Greciano V, et al. ADHEFAP: ensayo clínico para evaluar una intervención telefónica educacional-conductual por el farmacéutico de atención primaria en la mejora de la adherencia terapéutica. *Aten Primaria.* 2023;55(8):102656. doi:10.1016/j.aprim.2023.102656.

71. Vedhara K, Brewin D, Game F, Sheehan C, Ayling K, Bradbury K, et al. The REDUCE intervention: the development of a person-centred cognitive behavioural intervention to improve ulcer outcomes in people at risk of diabetic foot ulceration. *Health Expect.* 2025;28(5):e70434. doi:10.1111/hex.70434.

72. Navarro Rubio MD, Gálvez Hernández P, González de Paz L, Virumbrales Cancio M, Borrás Santos A, Santesmases-Masana R, et al. Desarrollo de materiales educativos para pacientes crónicos y familiares. *Educ Med.* 2019;20(6):341–6. doi:10.1016/j.edumed.2018.03.020.

73. Alves A. Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de quedas em idosos [dissertação de mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde]. *Odontologia e Enfermagem*; 2017. 165 p.

74. Yañez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc Enferm.* 2008;14(1):9–15. doi:10.4067/S0717-95532008000100002.

75. Kelly M, Gethin G. Prevalence of chronic illness and risk factors for chronic illness among patients with venous leg ulceration: a cross-sectional study. *Int J Low Extrem Wounds*. 2019;18(3):301–8. doi:10.1177/1534734619850444.
76. Probst S, Saini C, Bobbink P, Frei A, Dudley-Martin F, Gafner S. The impact of a multidisciplinary patient education program on venous leg ulcer healing: a randomised controlled trial. *Wound Repair Regen*. 2025;33. doi:10.1111/wrr.70084.
77. Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ, de Rooij MJ, van de Kerkhof PC, van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurs*. 2004;13(3):341–54. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00859.x.
78. Bar L, Brandis S, Wenke R, Marks D. Adherence to compression stockings for venous leg ulcer prevention: a pilot randomised controlled trial and health economic analysis evaluating a new multidimensional tool (PAMCAI). *Int Wound J*. 2025;22(4). doi:10.1111/iwj.70244.
79. Ashby RL, Gabe R, Ali S, Saramago P, Chuang LH, Adderley U, et al. VenUS IV (Venous leg Ulcer Study IV) – compression hosiery compared with compression bandaging in the treatment of venous leg ulcers: a randomised controlled trial, mixed-treatment comparison and decision-analytic model. *Health Technol Assess*. 2014;18(57):1-294. doi:10.3310/hta18570.
80. Behairy AS, Masry SE. Impact of educational nursing intervention on compression therapy adherence and recurrence of venous leg ulcers: a quasi-experimental study. *Ocul Oncol Pathol*. 2022;8(2):120-32. doi:10.1159/000521054.
81. Leren L, Johansen E, Eide H, Falk RS, Juvet LK, Ljoså TM. Pain in persons with chronic venous leg ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Int Wound J*. 2020;17(2):466-84. doi:10.1111/iwj.13296.

82. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*. 2001;94(2):149-58. doi:10.1016/S0304-3959(01)00349-9.

83. Rocha A, Oliveira U, Melo M. Effectiveness of the strategies of an orientation programme for the lifestyle and wound-healing process in patients with venous ulcer: a randomised controlled trial. *Int Wound J*. 2018;15(5):798-806. doi:10.1111/iwj.12930.

84. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Connaughton E, Norman G. Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;7:CD013397. doi:10.1002/14651858.CD013397.pub2.

85. Guarnera G, Tinelli G, Abeni D, Di Pietro C, Sampogna F, Tabolli S. Pain and quality of life in patients with vascular leg ulcers: an Italian multicentre study. *J Wound Care*. 2007;16(8):347-51. doi:10.12968/jowc.2007.16.8.27856.

86. Gwilym BL, Mazumdar E, Naik G, Tolley T, Harding K, Bosanquet DC. Initial reduction in ulcer size as a prognostic indicator for complete wound healing: a systematic review of diabetic foot and venous leg ulcers. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2023;12(6):327-38. doi:10.1089/wound.2021.0203.

87. Rosenburg M, Lindqvist G, Tuveesson H, Fagerström C. Experiences of undergoing venous leg ulcer management: a reflective lifeworld research study. *Int Wound J*. 2023;20(6):1857-65. doi:10.1111/iwj.14044.

88. Klonizakis M, Tew GA, Gumber A, Crank H, King B, Middleton G, et al. supervised exercise training as an adjunct therapy for venous leg ulcers: a randomized controlled feasibility trial. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1072-82. doi:10.1111/bjd.16089.

7. ANEXOS

ANEXO N°1 VARIABLES DEL ESTUDIO: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL

| Variable | Definición nominal | | Definición operacional |
|--|------------------------------|--|--|
| Caracterizaciones biosociodemográficas | Edad | Se considera número de años cumplidos a la fecha de ingreso a estudio. | Se considera número de años cumplidos a la fecha de ingreso a estudio, numero entero. Tipo de variable: cuantitativa, discreta. |
| | Sexo | Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino. | Femenino: género gramatical; propio de la mujer. Masculino: género gramatical, propio del hombre. Tipo de variable; cualitativa dicotómica. |
| | Años de escolaridad | Número de años de estudio que ha alcanzado el individuo. | Número de años de estudios completados por el individuo: expresados en número cursados completos: 1, 2,3,4,5, 6,7, 8, etc Tipo de variable: cuantitativa discreta |
| | Cuántas personas viven en su | Número de personas que habitan | Número de personas que habitan el hogar permanentemente incluido por el |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | hogar incluido usted | diariamente en el hogar. | usuario: expresados en número cursados completos: 1, 2,3,4,5, 6,7, 8, etc. Tipo de variable: cuantitativa discreta |
| | Estado civil | Atributo de la personalidad que en la legislación chilena se encuentra regulada en el Código Civil. | Soltero o soltera. Casado a casada. Divorciado. Viuda. Conviviente civil Tipo de variable: Cualitativa. Nominal |
| | Previsión de Salud | El público de sistema Fonasa agrupa a sus beneficiarios según su ingreso en los Tramos A, B, C y D. Esto es fijado cada año según las variaciones del ingreso mínimo. | Definición operacional: no tiene, Fonasa tramo A, B, C y D, otra previsión Tipo de variable: Cualitativa. Nominal. |
| | Condiciones de salud crónicas asociadas | Enfermedades crónicas diagnosticadas en la persona además de la úlcera venosa. | Se revisó la Historia clínica del participante para identificar qué diagnósticos de enfermedades tiene: Hipertensión arterial: No (0) / Sí (1) Diabetes Mellitus tipo I o II: No (0) / Sí (1) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/asma: No (0) / Sí (1) Insuficiencia cardiaca: No (0) / Sí (1) Insuficiencia renal: No (0) / Sí (1) Artrosis o artritis: No (0) / Sí (1) Hábito tabáquico: No (0)/Sí(1) Enfermedad renal crónica etapa 3 o superior: No (0)/Si (1) Tipo de variable: cualitativa dicotómica |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | Estado Nutricional | Se evalúa mediante el índice de masa corporal (IMC) indicador de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²) (61). Catalogando a los individuos como bajo peso, normal sobrepeso u obeso | La categorización se realizó de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el sobrepeso y la obesidad como se indica: (61) Para los adultos menores de 65 años bajo peso IMC <20, normal 20-<24,9, sobrepeso de 25 – 29,9 y obeso >=30. Para población mayor de 65 años, el Ministerio de salud define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación: bajo peso <22, normal 22-26,9; sobrepeso 27-31.9 y obesidad: IMC igual o superior a 32 (62). Tipo de variable: cualitativa, categórica. |
| Variable predictora | | | |
| Intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva | Programa, educativo estructurado con el objetivo de influir o cambiar las condiciones de salud: adherencia con la finalidad de disminuir o cicatrizar la úlcera venosa. | Programa educativo estructurado basado en intervención <i>Lively leg</i> con el objetivo de mejorar la adherencia a la terapia compresiva. Consta de 4 sesiones presenciales más 2 actividades a distancia sesiones las que se desarrollan en un período de 8 semanas | |
| Variables de resultado | | | |
| Área de ulceración | Definición nominal: superficie de la herida que se encuentra abierta, la evaluación se realiza midiendo en centímetros la longitud en su mayor y ancho en sus extremos de mayor tamaño y luego se multiplican ambos, con ello se obtiene el área de ulceración (44) | Definición operacional: Se efectuó la medición mediante regla de papel desechable, graduada en centímetros. Con esta se midió largo y ancho de la herida por sus extremos de mayor dimensión. Con estos datos se multiplican obteniéndose la superficie de la | |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| | | herida. (44) Nivel de medición: cuantitativa continua |
| Adherencia a la terapia compresiva | Participante utiliza los diferentes dispositivos compresivos o vendajes, de acuerdo con las indicaciones del profesional (20). | <p>Medida mediante observación directa si la persona porta la terapia compresiva (TC) de acuerdo con el tratamiento indicado en el momento de la visita de control por parte de enfermera que realizó el procedimiento de curación avanzada.</p> <p>Categorización:</p> <p>1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0)</p> <p>2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1)</p> <p>Se evaluará cada vez que asista a curación, si asiste más de una vez a la semana, se registrará no adherente si no porta su vendaje con los verificadores ubicados correctamente, al asistir a la curación.</p> <p>La categorización final se realizará considerando el porcentaje de las puntuaciones obtenidas durante las semanas de tratamiento.</p> <p>El paciente será considerado adherente si cumple con el 75% de las evaluaciones categorizadas como adherente.</p> <p>Nivel de medición: nominal dicotómica</p> |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| <p>Aceptabilidad</p> | <p>Grado con el cual las personas intervenidas encuentran la intervención aceptable.</p> | <p>La aceptabilidad será medida a través del Cuestionario elaborado por Sidani (55) "Treatment Acceptability and Preference"(TAP) (Aceptabilidad y Preferencia del tratamiento)(TAP) adaptado al español chileno por Herrera et al. Las evaluaciones son entregadas en una escala de 5 puntos que van desde nada (0) hasta mucho (4); puntuaciones más altas indican percepción de que la opción de tratamiento es adecuada, adecuada y eficaz, y los participantes están preparados para adherirse a ella. Se calcula una puntuación de escala total como la media de las puntuaciones de los cuatro ítems que evidencian el nivel de aceptabilidad percibida del tratamiento. El rango posible para el puntaje total de la escala es de 0 a 4, donde un puntaje alto refleja una aceptabilidad alta (55). Definición nominal: 0-1 baja aceptabilidad - 2-4 buena aceptabilidad Tipo de variable: cuantitativa discreta</p> |
| <p>Intensidad del dolor</p> | <p>El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable y subjetiva, su intensidad se dimensiona con diferentes escalas debido a la facilidad de aplicación y a que genera datos que son factibles de analizar estadísticamente se utilizara la escala de valoración numérica</p> | <p>La evaluación de la intensidad del dolor se realizará mediante Escala visual numérica esta tiene buena sensibilidad y genera datos que pueden ser estadísticamente analizados. (36). La Escala Visual Numérica (EVN) es escala continua unidimensional autoadministrada que se</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>compone de una línea horizontal en este caso, de 10 centímetros de longitud, lo que equivale a 100 milímetros. En cada extremo posee números del 0 al 10, en el lado izquierdo correspondería al no dolor (0), y en el derecho a la mayor intensidad de dolor posible (10). La duración para su cumplimentación es de 1 minuto aproximadamente. No precisa de entrenamiento del profesional para su administración.</p> <p>0: nada de dolor-10: máximo dolor</p> <p>Tipo de variable: cuantitativa discreta</p> |
|--|--|--|

ANEXO N°2. MATERIALES DE LA INTERVENCIÓN.

2.1 Manual del profesional.

2.2 Cuaderno de automanejo usuario.



CUADERNO:

Aprendiendo sobre mis cuidados

Pertenece a: _____



BIENVENIDO

Este cuaderno lo acompañas en el logro de sus metas hacia la cicatrización de su úlcera.

Los pilares del tratamiento son:



Como equipo de salud preocupados por su bienestar queremos conocerlo para apoyarlo en su tratamiento

Agradecemos su interés y su deseo de participar activamente en los cuidados de su salud. Use este cuaderno para revisar sus dudas, anotar dificultades, preguntas entre sesiones, son importantes para apoyarlo en este tratamiento.

Este cuaderno está compuesto por sesiones, un anexo de contenidos educativos, un calendario de actividades diario y registro de ejercicios:

1. Las sesiones le van a acompañar a cumplir con el compromiso que usted realizará con su salud. La enfermera o enfermero será el guía de cada sesión y lo apoyará en los avances.
2. Contenido educativo, le serán útiles para complementar lo tratado en las sesiones.
3. Registro de ejercicios diario en el contenido a registrar sus ejercicios desde la segunda sesión.
4. Calendario diario. Este tiene por objetivo registrar las diferentes actividades, síntomas y sentimientos entre sesiones.

SESIÓN 1 INICIAL

Nuestros objetivos:

1. Conocer su estilo de vida, para orientar los cambios necesarios que favorezcan la cicatrización de su herida.
2. Conocer los pilares del tratamiento de la úlcera venosa.
3. Reconocer síntomas asociados a la úlcera venosa y como actuar para evitar complicaciones.

¿Cómo de está que comienza a por la última sesión?

1. Descanso reparador y regenerador: sueño

La reparación de los tejidos necesita de al menos 8 horas de sueño, para regenerar la piel y tejidos de las heridas, por eso el descanso es vital.

Anota aquí cuántas horas que duerme actualmente.

En la página 16, anexo 1º posterior a las sesiones, encontrará una guía que le ayude a dormir mejor.



2. Ejercicio

Los ejercicios nos ayudan a mantener el cuerpo en movimiento, fortalecer los músculos que sostienen nuestro cuerpo, favorecen la circulación de la sangre e influyen en la cicatrización.

¿Hace algún tipo de caminata fuera de su casa?

Anota aquí cuántos minutos camina diariamente fuera de su casa y en que ocasiones lo hace.

3 El líquido o exudado de la herida

El exudado o formación se asocian a la salida de líquido a través de la herida (crudeo) en algunos, aunque se utilicen apósitos especiales al vendaje se puede mojar y como consecuencia facilitar el ingreso de bacterias y además genera un impacto negativo a piel sana y ofusca debido al olor desagradable que se genera. Si se encuentra manchado o humedo debería cubrirlo con una gasa o telero y seco.

Para facilitar el reconocimiento de las venomas y su abordaje se recomienda realizar las siguientes actividades y establecer algunos compromisos personales, reconociendo aquellas labores que pueden dificultar sus avances.

ACTIVIDADES

- 1 Registre en el calendario de cuidado sus actividades diarias, sentimientos y pensamientos en el periodo entre una sesión y otra.
- 2 Anote aquí sus compromisos por el cuidado de su salud para facilitar el cierre de la úlcera venosa. En la medida que sea posible identificar los obstáculos que enfrenta.

| Compromisos | Obstáculos para el logro de mis compromisos |
|-------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

SEGUNDA: APOYO AL AUTOMANEJO

- Nuestros objetivos**
- 1 Comprender y describir los ejercicios recomendados para mejorar el retorno venoso.
 - 2 Describir los efectos beneficiosos del ejercicio para la circulación y el cierre de la úlcera.
 - 3 Planificar su rutina diaria para favorecer la realización de ejercicio.
 - 4 Reforzar conocimientos sobre artrosis y los pilares del tratamiento de la úlcera venosa.

| Avances | | |
|---|-------------------------------------|---|
| | Nº | Nº |
| Curaciones programadas: | Curaciones realizadas | |
| Ordenes según registro diario | | |
| | Si | No |
| | El responde a Nº de días que entran | |
| Necesidad de uso de vendaje | | |
| | Si | No |
| | Comentario | |
| Reducción de alimentos altos en sodio | | |
| | Si | No |
| | Comentario | |
| Ejercicio | | |
| | Básico Contra los síntomas | Modificado Con el apoyo de la planta |
| | Ajustado Con los medicamentos | |
| Manejo de problemas de salud crónicas asociadas | | |

Intervenciones de ejercicios

Para mejorar la circulación de las venas es importante la compresión y el ejercicio. Cuando se contraen los músculos al caminar, estos comprimen las venas, de esta forma se bombea la sangre expulsada desde la pantorrilla hacia el corazón, de ahí al origen de la vena: "bomba muscular de la pantorrilla".



Después de la contracción, baja la presión de las venas varías y se puede succionar más sangre, lo cual explica por qué el ejercicio físico es muy importante para que la función de las venas se mantenga. Sin ejercicio físico, los músculos no ejercen presión rítmica en las venas, entonces estas se dilatan, impidiendo que las válvulas internas sepan cerrándose correctamente.

CUÁLES SON ESTOS EJERCICIOS

- 1 Caminar por periodos más o menos prolongados.
- 2 Realizar ejercicio con las piernas más pesas.



A continuación se muestran imágenes de ejercicios recomendados, puede comenzar por aquellos que le parezcan más fáciles, con pocas repeticiones y series.

Ejercicio 1

De pie o sentado con la espalda recta, pasamos un lápiz en el suelo y con los dedos de los pies se le atrapa y se levanta. Este ejercicio lo hacemos solamente "girar". Repetir 3 veces, descansar y repetir 5 series al día.



Ejercicio 2

Recoctado boca arriba (puede ser en la cama), hacer círculos con los tobillos hacia fuera y hacia dentro. También se puede hacer sentado sobre una silla con la espalda recta y elevando la pierna. Repetimos 5 veces hacia adentro, descansar y repetir 3 series de 5 hacia adentro para luego realizar la misma cantidad hacia afuera.



Ejercicio 3

Sentado con una correcta postura o recostado boca arriba, flexionamos y extendemos la punta del pie (hacemos el gesto de salir puntita). Repetimos 5-10 veces, descansar y repetir 3 series de 5-10 repeticiones al comienzo.



Ejercicio 4

Recoctado boca arriba (puede ser en la cama), levanta de forma atenuada las piernas hasta donde sea posible no deben sentir dolor en la espalda. Repetimos 5 veces, descansar y repetir 3 series de 5 con cada pierna.



Ejercicio 5

De pie, puede aferrar las manos, invertir los talones y luego bajar los talones. Repetir 5 veces, descansar y repetir 2 veces de 5.



Ejercicio 6

Caminata sobre los talones. De pie, puede aferrar las manos, invertir la punta de los pies y apoyar los talones contra 10-15 pasos, descansar y repetir 2 veces de 10 a 15 pasos.



Ejercicio 7

Caminata fuera de la casa. Para caminar fuera de casa, en la medida de lo posible use un zapato cómodo y planifique ir acompañado. Si acostumbra a caminar 2-3 veces por semana, trate de incrementar primero el número de veces que camina de forma progresiva, idéntica todos los días de la semana.

Ante sus compromisos por el cuidado de su salud para facilitar el cumplimiento de las metas. En la medida que sea posible identifique los obstáculos que enfrenta para cumplirlos.

| Compromisos | Cómo enfrentar los obstáculos |
|-------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Actividades

- 1) Registre en calendario de actividades.
- 2) Registre en hoja de ejercicio los días que realizó los ejercicios y el número de repeticiones.

SESION 3: AVANZANDO EN EL AUTOCAJEJO

- Nuestros objetivos
1. Acompañar y apoyar para favorecer el logro de las metas.
 2. Explicar en qué consiste una alimentación saludable.

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Avances | Nº | Nº | |
| Curaciones programadas | Curaciones realizadas | | |
| Síntomas según registro diario | Si | No | Si responde al Nº de días que refiere |
| Necesidad de retro de ventajas | Si | No | Comentario |
| Percepción de alimentos altos en sodio | Si | No | Comentario |
| Ejercicio | Básico Comenzar los ejercicios | Modificado Comenzar a incorporar los ejercicios | Avanzado Comenzar, incorporar y mantener |
| Manejo de problemas de salud o riesgos asociados | | | |

Alimentación saludable

La regeneración de los tejidos, así como una mejor condición del sistema cardiovascular (corazón, arterias y venas) necesitan de una alimentación con abundantes verduras, frutas, legumbres, carnes preferentemente pescado y pollo hervido. A su vez la alimentación debe ser baja en sal, azúcar, frituras y grasas de origen animal (carne grasa, mantequilla, queso).



¡IMPORTANTE!

- Tomar medicamentos en los horarios que fueron indicados.
- Si tiene algún problema pida ayuda al Quirófano farmacéutico o al médico de su sector.

Ante cada compromiso por el cuidado de su salud para facilitar el cierre de la última sesión. En la medida que sea posible identifique cómo enfrentar las situaciones que encuentra para cumplirlo.

| Compromisos | Cómo enfrenta las situaciones |
|-------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

SESIÓN 4: AUTOMANEJO AVANZADO

Nuestro objetivo Reforzar los avances y plantear estrategias para el automanejo posterior.

| | | | |
|---|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| Avances: | | | |
| | Nº | | Nº |
| Duraciones programadas (sesiones según registro diario) | Duraciones realizadas | | |
| | Si | No | Si responde a: Nº de días que restó |
| Necesidad de retro de vendaje | Si | No | Comentado |
| Reducción de alimentos altos en sodio | Si | No | Comentado |
| Ejercicio | Básico Ejerce los ejercicios | Moderado Comienza a incorporar ejercicios | Avanzado Corta, integra y maneja |
| Manejo de problemas de salud crónicos asociados | | | |

Resumen de avances en el periodo de la intervención educativa

| | Nº | | Nº | % en la cuarta sesión |
|---|-----------------------------------|--|---|-----------------------|
| Suma de Duraciones Programadas (sesiones según registro diario) | | Suma de Duraciones realizadas | | |
| | Si | No | Si la respuesta fue afirmativa Nº de días en que retiró el vendaje en 4ª sesión | |
| Necesidad de retro de vendaje | Si | Moderada | Adecuada | |
| Reducción de alimentos altos en sodio | No logra la meta | Logra parcial de la meta (algunos días) | Logra la meta (días) 5 o más días | |
| Ejercicio | Básico Comienza los ejercicios | Moderado Comienza a incorporar los ejercicios | Avanzado Corta, integra y maneja | |
| Manejo de problemas de salud crónicos asociados | | | | |

Objetivos de aprendizaje

En conjunto con el profesional registre los cambios entre la sesión inicial, anote sus compromisos para trabajar las situaciones para avanzar en la cicatrización de la herida.

Adherencia a la comprensión

Adherencia a situaciones

Reconocimiento de los síntomas

Adherencia a ejercicios

Alimentación saludable

Manejo de las enfermedades crónicas

Otros progresos que contribuyen al bienestar y cierre de la úlcera

CONTENIDO EDUCATIVO

Anexo 1

Como favorecer un buen dormir

- Mantener horarios regulares para levantarse y acostarse.
- Evitar la ingesta excesiva de alcohol 4 horas antes de acostarse.
- Disminuir la cafeína 4 horas antes de acostarse. Esto incluye café, té y cualquier bebida con cafeína o chocolate.
- Evitar los alimentos pesados, picantes o azucarados 4 horas antes de acostarse. Una opción ligera antes de acostarse es aceptable (yogurt, vaso de leche o una fruta).
- Hacer ejercicio regularmente, pero no justo antes de acostarse.
- Usar ropa de cama cómoda y acogedora.
- Mantener la habitación bien ventilada.
- Evitar el ruido que distraiga y eliminar la mayor cantidad de luz posible.
- Reservar su cama para dormir; evitar usar para trabajar o la recreación.



Anexo 2

Una técnica de relajación fácil: la respiración

La respiración es la técnica de relajación por excelencia para controlar la ansiedad o el estrés. Existen variedad de métodos que nos pueden relajar a través de la respiración, todos se basan en una respiración profunda, en una posición cómoda, tomando aire por la nariz, de forma pausada y reteniendo el aire unos segundos antes de exhalarlo.

Ejemplos de cómo podría ponerlo en práctica:

Respiración diafragmática o abdominal: tomar aire por la nariz hasta sentir que nuestro diafragma baja, el abdomen se hincha, sin hinchar el pecho. Podemos poner una mano sobre el pecho y la otra sobre el abdomen para observar si lo hacemos correctamente.

Respiración alterna: realizaremos la misma respiración anterior, con una de las fosas nasales e iremos cambiando. Empezamos tapando con pulgar derecho la fosa nasal derecha, inhalamos profundamente por el lado izquierdo, retenemos y cambiamos de lado para exhalar. Se continúa con repeticiones alternando las fosas nasales.



Anexo 3

Alimentación saludable

Una alimentación es aquella que contiene un número suficiente de alimentos de calidad, para lograr el crecimiento y desarrollo adecuado de todas las personas, respetando el conocimiento y bienestar físico, mental y social durante el curso de la vida.

Una alimentación saludable debe cumplir todas las necesidades fisiológicas, con el fin de proteger a la población de enfermedades no transmisibles como: la diabetes, las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, síndrome metabólico o el cáncer.

Recomendaciones:

1. Consumir alimentos frescos

Los alimentos frescos son aquellos que se consumen en su estado natural y son perecederos, ya que no tienen aditivos que alargan su vida útil. Ejemplo de alimentos frescos que puedes encontrar son las frutas, verduras, legumbres, huevos y pescados.

Las frutas y verduras son grandes aliados para el bienestar de las personas. El consumo diario de al menos 5 porciones de verduras y 2 de frutas, contribuye a mantener y mejorar la salud, puesto que dicha ingesta es un factor protector de la salud y, además, está relacionada con la prevención de enfermedades crónicas.

Cuando se habla de consumir 5 porciones hay tener en cuenta que una porción de fruta o verdura es:

- 1 taza de verduras;
- 1 plato de ensalada (verduras);
- 1 plato de guiso de verduras;
- 1 fruta mediana;
- 1 taza de fruta pequeña como naranjas o fresas/berries.



2. Consumir proteínas todos los días

Las proteínas están contenidas en los huevos, carne de pollo, carne de vacuno, carne de pavo, carne cocida, pescado y en las legumbres.

Con respecto a la frecuencia se recomienda consumir 2 veces a la semana legumbres, 2 veces a la semana pescado, huevos 3 unidades a la semana, carne de pollo o pavo 3 veces a la semana. Una vez a la semana, no se recomienda carne de cerdo por su alto contenido de grasa.

3. Consumir lácteos bajos en grasa 3 porciones

Los lácteos aportan energía y diversos nutrientes entre los que destacan proteínas de alto valor biológico, minerales como calcio, fósforo, magnesio, potasio, zinc, selenio, vitaminas como la A, D, E, K2, B5, B6 y B12. También es un alimento en el cual se puede agregar nutrientes o compuestos bioactivos beneficiosos para la salud, entre los que destacan los ácidos grasos Omega-3, hierro, fitoesteroles, etc.

Cuando hablamos de lácteos 1 porción de lácteo se refiere a:

- 1 taza de leche de 200ml
- 1 yogurt 180 ml
- 3 rebanadas de queso

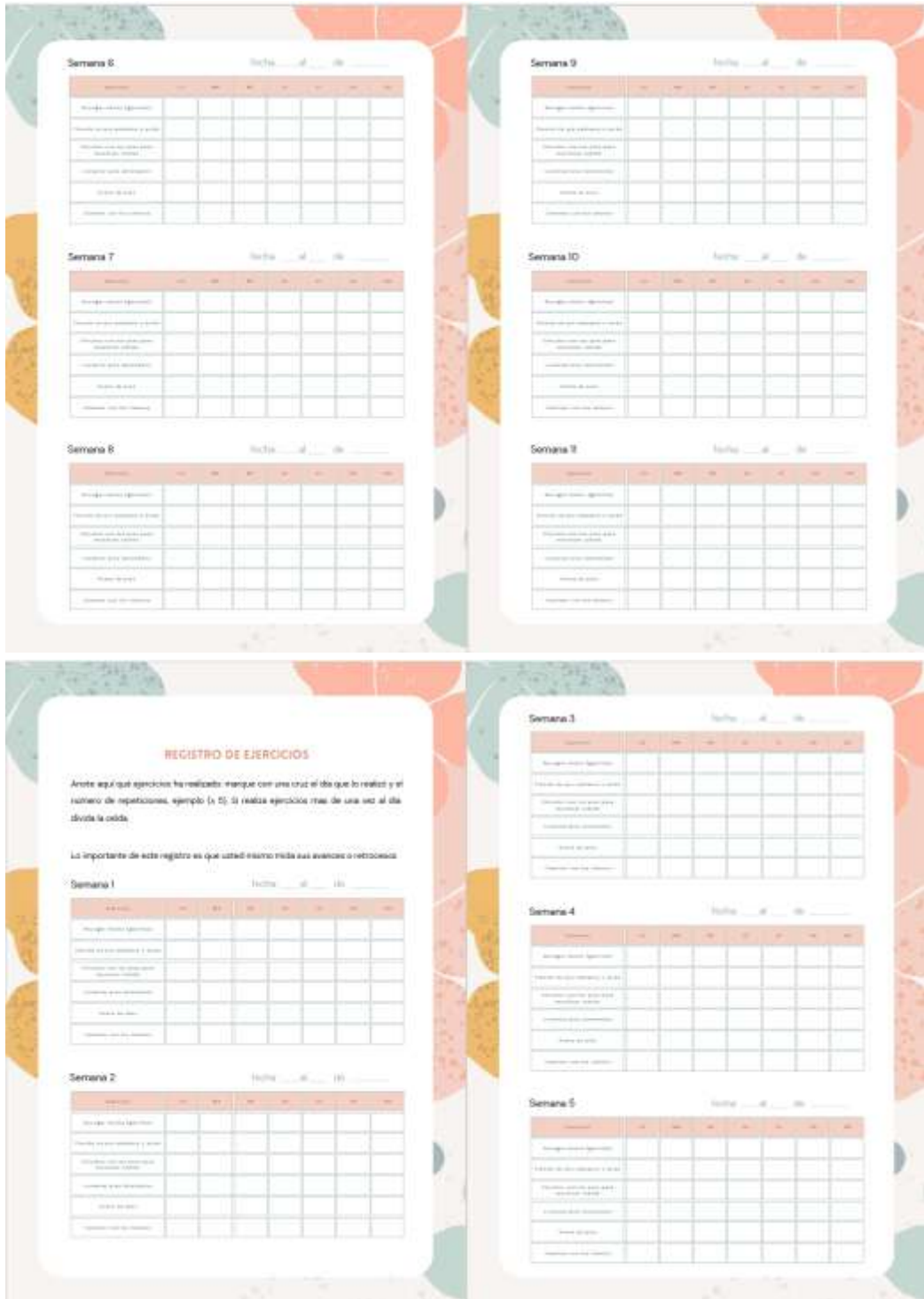
4. Consumir cereales integrales

Los cereales son aquellos semillas como el trigo, arroz, papa, quinoa, que además de energía aportan una cantidad de fibra que contribuyen a una mejor digestión y saciedad.

Una porción de cereal corresponde a:

- Arroz integral cocido 1/2 taza
- Quinoa cocida 1/2 taza
- Avena machacada 1/2 taza
- Pan marrqueta o harina integral 1/2
- Pan molde integral 3 rebanadas





Semana 12 Fecha: ___/___/20__

| Actividad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| ¿Ha hecho ejercicio alguna vez? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a la calle? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer compras? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer ejercicio? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer deporte? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer deporte? | | | | | | | | | | |

Semana 13 Fecha: ___/___/20__

| Actividad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| ¿Ha hecho ejercicio alguna vez? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a la calle? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer compras? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer ejercicio? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer deporte? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer deporte? | | | | | | | | | | |

Semana 14 Fecha: ___/___/20__

| Actividad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| ¿Ha hecho ejercicio alguna vez? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a la calle? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer compras? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer ejercicio? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer deporte? | | | | | | | | | | |
| ¿Puede salir con tranquilidad a hacer deporte? | | | | | | | | | | |

CALENDARIO DE CUIDADOS

Instrucciones:
 Actividades: anote que actividad realice de acuerdo con la jornada del día, en especial si realiza ejercicios fuera de la casa registre cuántos minutos dure la caminata.
 Episodios, pensamientos y sentimientos: anote que sintió durante esa jornada, si estaba triste o enojado o feliz, en especial si está relacionado con su herida o el tratamiento pero también si es por otro motivo anote cuando le duele la herida de 0 (nada) a 10 (tránsito dolor). También anote con cruces si estaba + poco hinchado, ++ moderadamente hinchado y +++ muy hinchado.

| Fecha | Mañana | Medio día | Tarde | Noche |
|--|--------|-----------|-------|-------|
| Actividades | | | | |
| Cambios | | | | |
| Episodios, pensamientos y sentimientos | Dolor | | | |
| | Edema | | | |
| Hinchazón | | | | |

| Fecha | Mañana | Medio día | Tarde | Noche |
|--|--------|-----------|-------|-------|
| Actividades | | | | |
| Cambios | | | | |
| Episodios, pensamientos y sentimientos | Dolor | | | |
| | Edema | | | |
| Hinchazón | | | | |

| Fecha | Mañana | Medio día | Tarde | Noche |
|--|--------|-----------|-------|-------|
| Actividades | | | | |
| Cambios | | | | |
| Episodios, pensamientos y sentimientos | Dolor | | | |
| | Edema | | | |
| Hinchazón | | | | |

| Fecha | Mañana | Medio día | Tarde | Noche |
|--|--------|-----------|-------|-------|
| Actividades | | | | |
| Cambios | | | | |
| Episodios, pensamientos y sentimientos | Dolor | | | |
| | Edema | | | |
| Hinchazón | | | | |

| Fecha | Mañana | Medio día | Tarde | Noche |
|--|--------|-----------|-------|-------|
| Actividades | | | | |
| Cambios | | | | |
| Episodios, pensamientos y sentimientos | Dolor | | | |
| | Edema | | | |
| Hinchazón | | | | |



Anexo N°3. ACTAS COMITÉS ÉTICA



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1659-2024

Concepción, abril de 2024.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el **PROYECTO DE TESIS** titulado **"INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA TERAPIA COMPRESIVA EN PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA: ESTUDIO PILOTO Y DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO"** presentado por la Enfermera candidata al grado de Magister en Enfermería **SRTA. INGRID XIMENA BRIONES LUENGO**, en calidad de Investigadora Responsable, junto a su Profesora Guía y **DRA. ALIDE SALAZAR MOLINA**, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para los estudios que involucran personas.

El objetivo general de la propuesta de estudio que se revisa plantea evaluar la factibilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, el dolor y área de ulceración en usuarios que presentan úlcera venosa que inician tratamiento compresivo, en la comuna de Hualpén durante el año 2023.

Para lo anterior describe la ejecución de 02 (dos) objetivos específicos, cuyo diseño metodológico se estructura en un estudio de factibilidad, con comparación pre y post prueba, y propone actividades para: (1) validar la intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva por usuarios que tuvieron una úlcera venosa tratada con terapia compresiva y profesionales expertos, y (2) evaluar la aceptabilidad de la intervención educativa dirigida a usuarios con úlcera venosa post intervención.

Respecto de los usuarios que presentan una úlcera venosa y tratamiento compresivo, propone (1) describir el perfil sociodemográfico de estos y evaluar (2) la adherencia a la terapia compresiva post intervención, (3) la intensidad del dolor pre y post intervención, y (4) el área de ulceración pre y post intervención.

En este estudio que se enmarca en la fase I de una intervención en salud, se realizará una adaptación de sesiones de asesoramiento *lively legs*, desarrollada en los Países Bajos, realizando adecuaciones de sus elementos debido al contexto, a las características de los usuarios y la experiencia de estos con las úlceras venosas y el déficit de conocimientos sobre el tratamiento compresivo.

El estudio será ejecutado en los 03 (tres) Centros de Salud Familiar de la Comuna de Hualpén: Hualpencillo, La Floresta, Talcahuano Sur, con la autorización de sus respectivos directores y posterior aprobación del comité ético-científico correspondiente.

La participación de cada sujeto -adultos que presenten úlcera venosa tipo 2 y tengan indicación de tratamiento compresivo en los centros antes mencionados en un periodo de 02 (dos) meses -estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, que será documentado conforme modelo presentado a este Comité institucional, y regularmente aplicado y firmado, aceptando sus términos.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empuñadec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secretaria@udac.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La custodia de la información recolectada será de responsabilidad de la candidata al grado de Magister en Enfermería, Srta. Ingrid Ximena Briones Luengo.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis, que cuenta con la Resolución aprobatoria del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de nuestra Universidad, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los participantes en el estudio, garantizando la autonomía, la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución Política de la República de Chile, la Ley Nº 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana, la Ley Nº 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada", la Ley Nº 20.584, que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud". Además, observa la disposición de la Ley Nº 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica, y la Ley Nº 21.369 que Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. Así también, sigue las Recomendaciones para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el **PROYECTO DE TESIS** titulado **"INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA TERAPIA COMPRESIVA EN PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA: ESTUDIO PILOTO Y DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO"** presentado por la Enfermera candidata al grado de Magister en Enfermería **SRTA. INGRID XIMENA BRIONES LUENGO**, en calidad de Investigadora Responsable, junto a su Profesora Guía y **DRA. ALIDE SALAZAR MOLINA**, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica - CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo - ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.

DRA. M. ANDREA RODRIGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Secretaría Universitaria s/ta,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por
Marta Andrea Rodríguez Tastets - m.andra@udec.cl
Certificado por el organismo en donde habita el usuario.



ACTA N° 57

27 AGO 2024

ACTA DE EVALUACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, conformado por:

- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- **D. Luis Mauricio Bravo Espinoza**, Abogado, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidente Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dr. Reinaldo Neira Charlin**, Médico Psiquiatra, Hospital Penco-Lirquén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Liliana Lamperti Fernández**, Bioquímica, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **D. Adriana Ribeiro Alves**, Abogada, Vicerectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- **Dra. María Belén Ortega Senet**, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- **D. Mariana Flores Mora**, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- **D. Olivia Bahamondes Pedreros**, Trabajadora Social, secretaria ejecutiva Comité Ético Científico SST.

En sesión ordinaria de fecha 22 de agosto del 2024, el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Rex N° 1149 y Posterior Modificación Rex N°1602 ha analizado su carta recepcionada con fecha 14 de agosto de 2024, en respuesta a las observaciones efectuadas en Acta N°36 de fecha 05 de junio de 2024 y al oficio N°1018 de fecha 09 de agosto. Este Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, declara que cumple con lo observado.

Por lo anteriormente señalado y **por la mayoría absoluta de sus miembros se Aprueba por 364 días** el trabajo de investigación, denominado: "Intervención educativa para promover la terapia comprensiva en personas con úlcera venosa: estudio piloto y de factibilidad no aleatorizado", cuya investigadora principal es D. Ingrid Briones.

Se dejó estipulado que ningún integrante del Comité, se declaró en conflicto de interés en este estudio.

Además, el comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con **la fecha de aprobación, firma y timbre**, en original del CEC, en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o participación en congresos que de él se genere.



27 AGO 2024

ACTA DE EVALUACION PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, conformado por:

- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- **D. Luis Mauricio Bravo Espinoza**, Abogado, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidente Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dr. Reinaldo Neira Charlin**, Médico Psiquiatra, Hospital Penco-Linquén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Liliana Lamperti Fernández**, Bioquímica, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **D. Adriana Ribeiro Alves**, Abogada, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- **Dra. María Belén Ortega Senet**, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- **D. Mariana Flores Mora**, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- **D. Olivia Bahamondes Pedreros**, Trabajadora Social, secretaria ejecutiva Comité Ético Científico SST.

En sesión ordinaria de fecha 22 de agosto del 2024, el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Rex N° 1149 y Posterior Modificación Rex N°1602 ha analizado su carta recepcionada con fecha 14 de agosto de 2024, en respuesta a las observaciones efectuadas en Acta N°36 de fecha 05 de junio de 2024 y al oficio N°1018 de fecha 09 de agosto. Este Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, declara que cumple con lo observado.

Por lo anteriormente señalado y **por la mayoría absoluta de sus miembros se Aprueba por 364 días** el trabajo de investigación, denominado: *"Intervención educativa para promover la terapia comprensiva en personas con úlcera venosa: estudio piloto y de factibilidad no aleatorizado"*, cuya investigadora principal es D. Ingrid Briones.

Se deja estipulado que ningún integrante del Comité, se declaró en conflicto de interés en este estudio.

Además, el comité resolvió que:

1. El investigador usará el formulario de consentimiento informado con **la fecha de aprobación, firma y timbre**, en original del CEC, en los pacientes que serán enrolados en el estudio.
2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o participación en congresos que de él se genere.


Dra. Marcela Cortés Jofré
Presidenta Comité Ético Científico SST

ANEXO N°4. INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS

| A. RELLENAR POR EL/LA ENTREVISTADOR/A | |
|---|---|
| Fecha de la encuesta: | ____/____/____ |
| Centro De Salud: | Nombre: _____ |
| CUESTIONARIO A: CARACTERIZACIÓN BIOSOCIODEMOGRÁFICA | |
| P.1 Sexo | Masculino...1 Femenino...2 |
| P.2 Edad (años cumplidos) | _____ años cumplidos |
| P.3 ¿Cuál fue el último nivel de escolaridad que usted cursó y aprobó? | Sin escolaridad (No lee ni escribe).....0 Primer año básico completo.....1 Segundo año básico completo.....2 Tercer año básico completo.....3 Cuarto año básico completo.....4 Quinto año básico completo.....5 Sexto año básico completo6 Séptimo año básico completo.....7 Octavo año básico completo.....8 Primer año Educación media completo.....9 Segundo año Educación media completo 10 Tercer año año Educación media completo..... 11 Cuarto año Educación media completo.....12 Quinto año de educación media completo.....13 Primer año Educación superior completa.....13 Segundo año educación superior completo.....14 Tercer año educación superior completo.....15 Cuarto año educación superior completo.....16 Quinto o mas año año educación superior completo.....17 |
| P.4 ¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted? | _____ personas |
| P.5 ¿Cuál es actualmente su situación civil? (Lea las alternativas. Puede marcar más de una) | Soltero/a..... 1 Casado/a..... 2 Divorciado/a..... 3 Viudo/a..... 4 Conviviente civil..... 5 Anulado/a..... 6 |
| P.6 ¿Cuál es su Previsión de salud? | No tiene..... 0 FONASA A..... 1 FONASA B..... 2 FONASA C..... 3 FONASA D..... 4 Otro : Especifique _____ 5 No sabe..... 6 |

| P.7. Enfermedades crónicas diagnosticadas COMPLETAR SEGÚN HISTORÍA CLÍNICA | | |
|---|-----------------------|------------------|
| P.7.1 Hipertensión arterial | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.7.2 Diabetes mellitus tipo I o II | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.7.3 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.7.4 Insuficiencia cardíaca | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.7.5 Insuficiencia renal | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.7.6. Artrosis o artritis | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.7.7 Enfermedad renal crónica | Si | 1 |
| | No | Etapa _____ 0 |
| P.7.8 Tabaquismo | Si | 1 |
| | No | 0 |
| P.8. Estado Nutricional COMPLETAR SEGÚN HISTORÍA CLÍNICA | Bajo peso..... | 1 |
| | Normal..... | 2 |
| | Sobrepeso..... | 3 |
| | Obesidad | 4 |
| | Obesidad mórbida..... | 5 |

CUESTIONARIO B

| CUESTIONARIO: EVALUACION SUPERFICIE DE LA ÚLCERA. RELLENAR POR PROFESIONAL TRATANTE | |
|--|--|
| EVALUACIÓN PREINTERVENCIÓN | |
| SEMANA 2 | |
| SEMANA 4 | |
| SEMANA 6 | |
| SEMANA 8 | |
| SEMANA 10 | |
| SEMANA 12 | |

CUESTIONARIO C

| CUESTIONARIO: EVALUACION INTENSIDAD DEL DOLOR. RELLENAR POR PROFESIONAL TRATANTE | |
|---|--|
| EVALUACIÓN PRE-INTERVENCIÓN | Instrucción encierre en un círculo el valor Reconocido por el usuario como el dolor promedio durante la última semana 0: nada de dolor-10: máximo dolor 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°1 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°2 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°3 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°4 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°5 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°6 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°7 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°8 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°9 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°10 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°11 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| SEMANA N°12 | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |

CUESTIONARIO D

| CUESTIONARIO: ADHERENCIA. RELLENAR POR PROFESIONAL TRATANTE | |
|--|---|
| SEMANA N°1 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°2 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°3 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°4 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°5 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°6 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |

| | |
|---|---|
| SEMANA N°7 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°8 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°9 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°10 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°11 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| SEMANA N°12 | 1.Solo porta una curación y apósitos de la úlcera, sin utilizar ningún tipo de terapia compresiva o al retirar el vendaje se detecta alteraciones en los verificadores registrados en el vendaje de compresivo: No (0) 2.Porta la TC en la visita con verificadores intactos: Sí (1) |
| TOTAL N° SI =ADHERENTE X100= %ADHERENCIA | |
| TOTAL DE EVALUACIONES 12 | |
| 75% DE EVALUACIONES O MAS ES CATALOGADO ADHERENTE | |

CUESTIONARIO E: ACEPTABILIDAD Y PREFERENCIA DE TRATAMIENTO (TAP)

A continuación, se presenta una intervención que se han desarrollado sobre la base de los resultados de investigaciones anteriores, en donde se ha encontrado que es exitosa. Para ello, leeré la descripción de lo que se trata y luego le haré algunas preguntas al respecto.

Agregar aquí la descripción de la intervención

Ahora que ha conocido la intervención, evalúe los siguientes aspectos:

Calificación: Las siguientes preguntas tienen que ver como usted percibe la intervención en la que participó. Por favor, conteste las preguntas marcando con un círculo la respuesta más adecuada. No hay respuesta correcta o incorrecta.

1. ¿Qué tan efectiva será esta intervención a corto plazo para mejorar su problema de salud?

| | | | | |
|---------------|---------------|----------|--------------|---------------------|
| Nada efectivo | Algo efectivo | Efectivo | Muy efectivo | Totalmente efectivo |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. ¿Qué tan efectiva será esta intervención a largo plazo para mejorar su problema de salud?

| | | | | |
|---------------|---------------|----------|--------------|---------------------|
| Nada efectivo | Algo efectivo | Efectivo | Muy efectivo | Totalmente efectivo |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Como resultado de su problema de salud ¿qué tan efectiva será esta intervención para reducir la fatiga que experimenta durante el día?

| | | | | |
|---------------|---------------|----------|--------------|---------------------|
| Nada efectivo | Algo efectivo | Efectivo | Muy efectivo | Totalmente efectivo |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. Según su opinión ¿qué tan efectiva cree usted será esta intervención para mejorar su capacidad para realizar sus actividades diarias habituales?

| | | | | |
|---------------|---------------|----------|--------------|---------------------|
| Nada efectivo | Algo efectivo | Efectivo | Muy efectivo | Totalmente efectivo |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. ¿Qué tan aceptable le parece esta intervención?

| | | | | |
|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------|
| Nada aceptable 0 | Algo aceptable 1 | Aceptable 2 | Muy aceptable 3 | Totalmente aceptable 4 |
|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------|

6. ¿Qué tan apropiada parece ser esta intervención para su problema de salud?

| | | | | |
|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------|
| Nada apropiado 0 | Algo apropiado 1 | Apropiado 2 | Muy apropiado 3 | Totalmente apropiado 4 |
|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------|

7. Según su opinión ¿qué tan malos son los efectos secundarios de esta intervención?

| | | | | |
|-----------------|-----------------|------------|----------------|-----------------------|
| Nada malos 0 | Algo malos 1 | Malos 2 | Muy malos 3 | Totalmente malos 4 |
|-----------------|-----------------|------------|----------------|-----------------------|

8. Según su opinión ¿qué tan fácil será realizar todas las actividades de esta intervención?

| | | | | |
|-----------------|--------------------|------------|----------------|-----------------------|
| Nada fácil 0 | Un poco fácil 1 | Fácil 2 | Muy fácil 3 | Totalmente fácil 4 |
|-----------------|--------------------|------------|----------------|-----------------------|

9. ¿Qué tan dispuesto/a está para cumplir esta intervención?

| | | | | |
|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------|
| Nada dispuesto 0 | Algo dispuesto 1 | Dispuesto 2 | Muy dispuesto 3 | Totalmente dispuesto 4 |
|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------|

© Sidani et al. (2009) adaptada por Herrera et al. (2023)

ANEXO N°5. FORMULARIOS CONSENTIMIENTO INFORMADO

5.1. Consentimiento para evaluación por expertos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUAR CONTENIDO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA TERAPIA COMPRESIVA EN PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA: ESTUDIO PILOTO Y DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

N° de Folio: (-----)

Investigador Responsable: Ingrid Briones Luengo, Enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT:

Título del proyecto de investigación: “Intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva, en personas con úlcera venosa: estudio de factibilidad”.

Este proyecto de investigación ha cumplido con el requisito de evaluación por parte de los siguientes Comités Ético Científico: Comité Ético Científico de Facultad de Enfermería, Comité Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción y Comité Ético Científico Servicio de Salud Talcahuano.

Objetivo general: Evaluar la aceptabilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, el dolor y área de ulceración en usuarios con úlcera venosa que inician tratamiento compresivo, en la comuna de Hualpén durante el año 2023

Le invitamos en su posición de profesional experto en el manejo de personas con úlcera venosa a participar en la evaluación de los contenidos y material de apoyo de una Intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva, en personas con úlcera venosa, con la finalidad de corregir posibles dificultades de aplicabilidad y aumentar la adecuación al contexto,

Los contenidos educativos y de apoyo al automanejo se refieren a los diferentes factores asociados a la cicatrización de la úlcera venosa. Se espera que esta

intervención sea de utilidad para apoyar y acompañar a personas con úlcera venosa y tratamiento compresivo en el futuro.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. Los beneficios que se obtendrán de esta actividad es la información con respecto a los contenidos y materiales de la intervención educativa en adherencia al tratamiento compresivo de las personas con úlcera venosa.
2. Los riesgos en participar de esta actividad son mínimos, quizás alguna de las preguntas resulte incomoda, sino está en condiciones de contestarla, puede no hacerlo.
3. Ud. es libre de ingresar y retirarse de la actividad, en cualquier momento.
4. La no participación no implica consecuencias para los no participantes.
5. Se tomarán los resguardos necesarios resguardar la privacidad de la información, para evitar la filtración de datos sensibles, estos serán resguardado por la investigadora principal por un periodo de 5 años, de forma separada los datos personales y de los datos del estudio.
6. Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, sin embargo los datos personales proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Yo, _____
(Nombre y apellidos)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca de la actividad de evaluación de la adaptación de la intervención educativa.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

- Los beneficios e inconvenientes del proceso.
- Que mi participación es voluntaria.
- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

| | |
|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> |
| NO | <input type="checkbox"/> |

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

| | | |
|--------------------|----------------|--------------------|
| Firma Participante | Ministro de fe | Firma Investigador |
|--------------------|----------------|--------------------|

Fecha _____

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación: _____

Si posee dudas con respecto al estudio y su participación, puede comunicarse con:

Investigadora responsable: Ingrid Briones Luengo

Correo: ingrid.briones@redsalud.gov.cl Teléfono 412722233.

También puede comunicarse con el Comité de ético-científico del Servicio de Salud Talcahuano

Presidenta: Patricia Cortes

Colon # 3030 Talcahuano

Correo electrónico: etica.sst@redsalud.gob Teléfono 412722150,

5.2. Consentimiento para evaluación de usuarios

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUAR CONTENIDO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA TERAPIA COMPRESIVA EN PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA: ESTUDIO PILOTO Y DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

N° de Folio: (-----)

Investigador Responsable: Ingrid Briones Luengo, Enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción. RUT:

Título del proyecto de investigación: “Intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva, en personas con úlcera venosa: estudio de factibilidad”.

Este proyecto de investigación ha cumplido con el requisito de evaluación por parte de los siguientes Comités Ético Científico: Comité Ético Científico de Facultad de Enfermería, Comité Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción y Comité Ético Científico Servicio de Salud Talcahuano.

Objetivo general: Evaluar la aceptabilidad y el efecto preliminar de una intervención educativa en la adherencia a la terapia compresiva, el dolor y área de ulceración en usuarios con úlcera venosa que inician tratamiento compresivo, en la comuna de Hualpén durante el año 2023

Le invitamos en su condición de usuario con úlcera venosa y que ha utilizado el vendaje compresivo como parte del tratamiento, a participar en la evaluación de los contenidos y material de apoyo de una Intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva, en personas con úlcera venosa, con la finalidad de corregir posibles dificultades de aplicación y aumentar la adecuación al contexto.

Su participación es voluntaria, en caso de aceptar participar en el proyecto se le realizarán algunas preguntas relacionadas con su problema de salud y se mostrarán materiales e instrucciones sobre el cuidado de la úlcera y el vendaje compresivo.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. Los beneficios que se obtendrán de esta actividad es la información con respecto a los contenidos de la intervención educativa con el objetivo de contribuir a una mejor adherencia al tratamiento compresivo de las personas con úlcera venosa.
2. Los riesgos en participar de este proyecto son mínimos, quizás alguna de las preguntas resulte incomoda, sino está en condiciones de contestarla, puede no hacerlo.
3. Ud. es libre de ingresar y retirarse del proyecto, en cualquier momento.
4. La no participación no implica consecuencias para los no participantes.
5. Se tomarán los resguardos necesarios resguardar la privacidad de la información, para evitar la filtración de datos sensibles, estos serán resguardado por la investigadora principal por un periodo de 5 años, de forma separada los datos personales y de los datos del estudio.
6. Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, sin embargo los datos personales proporcionados permanecerán en forma confidencial.
7. Tiene derecho a poder retirarse del estudio, en cualquier momento, sin explicación alguna.
8. La participación en el proyecto estará asociada a la atención de salud (curaciones), no involucra algún costo económico u otro.

Yo, _____
(Nombre y apellidos)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca de la actividad de evaluación de la adaptación de la intervención educativa.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

- Los beneficios e inconvenientes del proceso.
- Que mi participación es voluntaria.
- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

| | |
|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> |
| NO | <input type="checkbox"/> |

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

| | | |
|--------------------|----------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma Participante | Ministro de fe | Firma Investigador |

Fecha _____

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación: _____

Si posee dudas con respecto al estudio y su participación, puede comunicarse con: Investigadora responsable: Ingrid Briones Luengo

Correo: ingrid.briones@redsalud.gov.cl Teléfono 412722233.

También puede comunicarse con el Comité de ético-científico del Servicio de Salud Talcahuano

Presidenta: Patricia Cortes. Colon # 3030 Talcahuano

Correo electrónico: etica.sst@redsalud.gob Teléfono 412722150,

5.3. Consentimiento para participar en proyecto

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA TERAPIA COMPRESIVA EN PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA: ESTUDIO PILOTO Y DE FACTIBILIDAD NO ALEATORIZADO

N° de Folio: (-----)

Introducción: Ingrid Briones Luengo, enfermera, investigador principal, está invitando a participar en Investigación “Intervención educativa en adherencia a la terapia compresiva, en personas con úlcera venosa: estudio de factibilidad”. El propósito de este estudio es evaluar la factibilidad y efectividad inicial de un programa de intervención que incluye contenidos educativos y apoyo al automanejo de los diferentes factores asociados a la cicatrización de la úlcera venosa, esta intervención se espera que sea de utilidad para apoyar y acompañar a otras personas en similar condición en el futuro.

Si posee dudas con respecto al estudio y su participación, puede comunicarse al correo: ingrid.briones@redsalud.gov.cl o al teléfono 412722233.

También puede comunicarse con el Comité de ético-científico del Servicio de Salud Talcahuano, presidido por Patricia Cortes, este comité que ha evaluado el trabajo y está ubicado en Colon # 3030 Talcahuano y puede contactarse a través del fono 412722150, o al correo electrónico: etica.sst@redsalud.gob.

Quienes pueden participar: Todas las personas que están inscritas en los CESFAM de la comuna de Hualpén y que posean una úlcera venosa son candidatas a participar de una actividad de apoyo al automanejo de su problema de salud, su participación es voluntaria, en caso de aceptar participar en el proyecto se le realizaran algunas preguntas relacionadas con su problema de salud y se entregarán instrucciones sobre el cuidado de la úlcera y de sus enfermedades crónicas en la medida que estas afecten el proceso de cicatrización de la úlcera .

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

1. Los beneficios que se obtendrán de este proyecto es la información con respecto a la validez de la intervención educativa con el objetivo de contribuir a

una mejor adherencia al tratamiento compresivo de las personas con úlcera venosa.

2. Los riesgos en participar de este proyecto son mínimos, quizás alguna de las preguntas resulte incomoda, sino está en condiciones de contestarla, puede no hacerlo.

3. Ud. es libre de ingresar y retirarse del proyecto, en cualquier momento.

4. La no participación no implica consecuencias para los no participantes.

5. Se tomarán los resguardos necesarios resguardar la privacidad de la información, para evitar la filtración de datos sensibles, estos serán resguardado por un periodo de 5 años, de forma separada los datos personales y de los datos del estudio.

6. Compromiso a usar los datos sólo para efectos de esta investigación y posible publicación de la información general, no se publicarán datos personales.

7. Tiene derecho a poder retirarse del estudio, en cualquier momento, sin explicación alguna.

8. La participación en el proyecto estará asociada a la atención de salud (curaciones), no involucra algún costo económico u otro.

Yo, _____

(Nombre y apellidos)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.

