


CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC WOUNDS IN PRIMARY CARE

Autores:  María Jesús Samaniego-Ruiz ^(*)(1),  Federico Palomar-Llatas ⁽²⁾.

(1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada.

(2) PhD, MSc, RN. Enfermero, Unidad de Úlceras y Heridas, Hospital General Universitario de Valencia. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

Contacto (*): mariaje88@gmail.com

Fecha de recepción: 02/11/2020
Fecha de aceptación: 15/12/2020

Samaniego-Ruiz MJ, Palomar-Llatas F. Calidad de vida de pacientes con heridas crónicas en atención primaria. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e05. DOI: 10.5281/zenodo.4499075

RESUMEN:

Las heridas crónicas presentan una importante prevalencia y gasto sanitario; sin olvidar, la afectación en la calidad de vida del paciente y de su entorno. Este trabajo permite conocer la calidad de vida de las personas con heridas crónicas atendidas en una zona básica de salud. Se trata de un estudio cualitativo de carácter fenomenológico a través de una entrevista semiestructurada de cuatro preguntas, en el que se incluyeron informantes claves mayores de 15 años, con al menos una herida de larga duración que hubieran sido atendidos en sus domicilios o en un centro sanitario. Se realizaron 24 entrevistas y los resultados fueron 45 códigos y 5 categorías: conocimientos, cambios, mejoría, consejos y aspectos psicológicos. Como conclusión se puede decir que las personas con heridas crónicas atendidas en esta zona básica de salud de presentaban una mala calidad de vida influenciada en gran parte por un déficit de conocimientos.

Palabras clave: Calidad de Vida; Heridas y Lesiones; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT:

Chronic wounds have an important prevalence and health expenditure. In addition to, the impact on the quality of life of the patient and their environment. This work aims to know the quality of life of people with chronic wounds treated in a basic health area. This is a qualitative study of a phenomenological nature carried out through a semi-structured interview of four questions, which included key informants older than 15 years, with at least one long-lasting wound that had been treated at

home or in a center sanitary. 24 interviews were conducted and the results were 45 codes and 5 categories: knowledge, changes, improvement, advice and psychological aspects. As a conclusion, it can be said that people with chronic wounds treated in this basic health area had a poor quality of life, largely influenced by a lack of knowledge.

Key words: Quality of Life; Wounds and Injuries; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN:

Se estima que entre el 1 y el 1,5% de la población de los países desarrollados presenta alguna herida. En Europa, se calcula que entre el 2 y el 4% del gasto sanitario total se utiliza para su tratamiento⁽¹⁾.

Sin embargo, a pesar de su prevalencia y costes, también conlleva una importante afectación en la calidad de vida del paciente (dolor, reducción de la energía, limitación del ocio y trabajo, preocupaciones, frustración, falta de autoestima, etc.) y de su entorno⁽²⁾; siendo comparable con la de otras enfermedades crónicas⁽³⁾.

En la actualidad, encontramos un aumento de la esperanza de vida y con ello un aumento de problemas relacionados con la longevidad. Es decir, un aumento de los años de vida que no se ha acompañado de una mejora de la calidad de vida. Este hecho limita además, la comprensión de los sanitarios en cuanto a las influencias psicológicas y sociales sobre el paciente, su aceptación del tratamiento y los resultados⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en una unidad de hospitalización aunque se reportó un alto grado de satisfacción en el

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

dominio social, también se encontró un bajo nivel de satisfacción en el dominio físico y ambiental lo que les generaba limitaciones en su vida diaria⁽⁵⁾. Si nos trasladamos a la atención domiciliaria, este impacto es bastante profundo. Encontrando dificultades para gestionar la herida y hacer frente a los síntomas relacionados a ésta, así como afectación de todos los aspectos de la vida cotidiana del paciente, encontrando informes que demuestran aislamiento en este sector⁽⁶⁾.

Por tanto, nos planteamos conocer la calidad de vida de personas con heridas crónicas atendidas en la zona básica de salud de Benamaurel (Granada).

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio. Estudio cualitativo de carácter fenomenológico. La metodología cualitativa nos permite comprender en profundidad fenómenos en su ambiente natural y así poder comprender cómo se comporta, interactúa o experimenta el paciente con heridas crónicas su situación.

Unidad de análisis. El nivel de análisis fueron los individuos que presentaban heridas crónicas y eran atendidos en el centro sanitario o en sus domicilios. Se trataba de informadores clave que aportaban información de primera mano en relación al estudio mediante una muestra de voluntarios.

Selección de los participantes. La captación de sujetos fue llevada a cabo mediante un muestreo intencional, buscando pacientes informados y reflexivos que estuvieran dispuestos a hablar ampliamente con la investigadora. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 15 años de ambos sexos con al menos, una herida crónica (> 3 semanas de duración) que hubieran sido atendidos en sus domicilios o en un centro sanitario. Y que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes que residieran en hogares de ancianos u otros centros de atención residencial y las personas que no entendieran el castellano (se necesitaría contar con traductores) o que presentaran cualquier alteración que les impidiera llevar a cabo la entrevista (demencia, alteraciones acústicas o del lenguaje, etc.).

Tamaño de la muestra y muestreo. Lo que se buscaba no era la significación estadística sino conseguir reflejar distintas visiones y con ello reflejar la amplitud del fenómeno. Por lo que el tamaño estuvo condicionado por la consecución de las inquietudes de los investigadores y determinado por el criterio de saturación de la información.

Método de recogida de datos. La técnica para recoger la información fue mediante una entrevista personal, en el domicilio o en el centro sanitario. Se les hicieron 4 preguntas abiertas diseñadas específicamente para este estudio basadas en el estudio realizado por Wellborn y Mocerri en 2014⁽⁷⁾. El formato de registro de datos fue la grabación. Se trataba de una entrevista semiestructurada. Ya que las preguntas estaban predeterminadas, pero el investigador podía cambiar el orden y la formulación de las preguntas y profundizar en el tema o adaptarlas si así lo creía necesario.

Preguntas realizadas:

1. ¿Qué sabe usted sobre su herida?
2. ¿Cómo ha cambiado su vida desde que la tiene?
3. ¿Qué le ha servido de ayuda durante este proceso?
4. ¿Qué recomendaciones o consejos le serían útiles a usted y a otras personas en su situación?

Análisis de los datos. Para el análisis del contenido se transcribieron literalmente los datos recogidos, preservando el anonimato de los intervinientes mediante la codificación de cada entrevista. A continuación, se realizó una lectura general y repetida con el objetivo de encontrar el significado global al conjunto. Estas lecturas permitieron discriminar las unidades de significado y transformarlas en expresiones adecuadas para categorizar los datos. Por último, se sintetizaron los datos mediante nubes de palabras con ayuda del software Atlas.ti 8, para mostrar los códigos más frecuentes asociados a cada categoría.

En todo momento se tuvieron en cuenta las recomendaciones establecidas por la Ley Básica 41/2002 de Autonomía del paciente y el Reglamento 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos. De modo que, cada sujeto iba identificado mediante codificación para garantizar su anonimato y tenía que firmar el consentimiento informado tras su comprensión para poder participar en el estudio.

RESULTADOS:

Se realizaron 24 entrevistas, a pacientes entre 33 y 95 años. De los cuales 11 eran hombres y 13 mujeres, que recibían atención en el centro de salud (18) o en su domicilio (6). En 1 caso se trató de pie diabético, en 4 de úlceras relacionadas con la dependencia, en 9 de úlceras vasculares y en 10 de otros tipos de úlceras (siendo las más frecuentes las postquirúrgicas y postraumáticas). Los resultados de las unidades de análisis fueron

45 códigos y 5 categorías: conocimientos, cambios, mejora, consejos y aspectos psicológicos.

a) Conocimientos:

Inicialmente, a los pacientes se les preguntó que sabían sobre su problema (Imagen 1). La mayoría no tenía conocimientos “nada, yo no me veo las heridas” y una persona reportó la necesidad de información “si hubiera sabido algo no hubiera tenido todo esto”. Cuatro asociaron sus heridas a problemas de circulación “las cosas de la circulación son malas”, uno a la presión “pues, lo único que sé es que estas dos me han salido es de hacer el apoyo, me ponía de este lado y se me hicieron” y otro a la edad “tengo 91 años y la carne pues no está igual”. Otros solo sabían los síntomas que producen “yo no sé nada, que me duele y ya está, es que te crees que es poco”, “pues yo que quieres que sepa hija mía, me he encontrado malamente he venido y me han curado y ya está”, “pues yo la veo que va un poquillo mejor, pero que todavía me pica y me duele. No mucho pero que para andar es que no”. Y una persona rechazaba tener información “no quiero saber nada”.



Imagen 1: Verbatim de conocimientos de los pacientes sobre su herida.

b) Cambios:

Cuando se les preguntó cómo había cambiado su vida desde que tenían la herida la mayoría contestó que “a peor”, aunque dos pacientes reportaron que seguían igual (Imagen 2). También se apreció aislamiento “estaba yo mejor, cuando no la tenía podía hacer todas mis cosas, salir a la calle, y yo que sé el tiempo que llevo sin ir a la calle [...] me voy a quedar inútil de no andar” y conformismo “que remedio me queda, que voy a contar”.



Imagen 2: Verbatim de cambios que habían sufrido los pacientes desde que tenían una herida.

c) Mejoría:

En general, los pacientes no conocían nada que le hubiera ayudado “nada, si ya que se le va a hacer”, o lo desconocían “yo que sé, ahora mismo llevo casi dos meses y yo parece que me encuentro igual que puedo decir”.

Unos reportaron que habían notado mejoría desde que se lo curaban los profesionales sanitarios y algunos explicaron que existían diferencias entre la atención proporcionada por unos profesionales u otros “un enfermero fue el que me atinó mejor”. También, asociaron que algunos materiales de cura le habían ido mejor que otros “un parche que me pusieron, tenían que traer más, esos son los buenos” aunque uno reportó todo lo contrario “con lo que más me han curado ha sido con Betadine [...] yo creo que fue del esparadrapo [...] me se puso todo imposible” (Imagen 3).



Imagen 3: Verbatim de aspectos con los que habían notado mejoría.

d) Consejos:

Entre los principales consejos se encontraba recibir atención sanitaria, añadiendo en algunos casos que fuera precoz y por personal preparado “que coja un hacha y se lo corte por debajo de la rodilla y se vaya a urgencias, verás cómo entonces si le amputaban la pierna”, “que haga como yo, que se cure y que vaya a donde tenga que ir, que no lo deje”. Aunque, algunos no sabían que recomendar “no lo sé, le preguntaría que ha hecho para que se le curara porque yo ya estoy más de un año curándome, he recorrido todas las enfermeras que ya no sé ni cuantas son”. Y casos individuales recomendaban concienciarse “que si le tocara ponerse malo como a mí que se prepare” e incluso aceptarlo “se aguantara” (Imagen 4).



Imagen 4: Verbatim de recomendaciones dadas por los pacientes para personas con heridas.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

e) Aspectos psicológicos:

Por último, de las entrevistas se pudieron percibir aspectos psicosociales como tristeza “hombre (risa) si esta uno mal... en que no tengo ganas de nada (llora)”, rabia “hombre llevo ya seis años, no me dirás que en seis años ha tenido tiempo a curarse”, depresión “estoy a punto de pasar hambre, no trabajo ni ná, no valgo un duro, yo tenía dinero pero ya me lo he gastado” o angustia “yo pues.... tantas tengo si.... se puede hacer una novela contigo me lo dijo el médico (risa/lagrima)”.

DISCUSIÓN:

Al igual que se ha reportado en otros estudios los pacientes van a sufrir aislamiento, depresión, etc. Factores que pueden afectar al sistema inmune⁽⁸⁾, pero sobre todo van a afectar a su vida diaria⁽⁹⁾.

La ansiedad, la depresión, el aislamiento social y la baja condición económica presentan una asociación con el retraso en la cicatrización. Esto es debido a que el estrés psicológico afecta negativamente al sistema inmune y por lo tanto tiene un efecto adverso sobre la curación de heridas (al retrasar la aparición temprana de citoquinas proinflamatorias en la cascada de reparación de la herida)⁽⁸⁾. Además, una mala calidad de vida es un predictor de morbilidad y mortalidad⁽¹⁰⁾. Sin olvidar, las lesiones autoinfligidas⁽¹¹⁾ o los factores socioeconómicos que pueden resultar importantes en pacientes de clase social baja que no tienen acceso a la sanidad o recursos sanitarios^(12,13).

Por otra parte, los pacientes no son conscientes del origen de estas lesiones y esto se traduce en la forma en que experimentan el episodio. Otorgando una explicación de su herida a la sintomatología (dolor, malestar, movilidad, etc.). Por tanto, no eran capaces de reconocer la gravedad de las lesiones cuando las presentaban y las relacionaban con la edad u otro tipo de patología. Apareciéndose un alto grado de conformismo entre los encuestados, que podría equipararse con la última fase del duelo, como ocurrió en otro trabajo⁽¹⁴⁾. Aunque, muchas veces son los propios profesionales los que ignoran o menosprecian la presencia de heridas crónicas. En este sentido existe una educación sanitaria deficiente motivada probablemente por una falta de sensibilización ante el problema que nos ocupa.

Una mayor conciencia de lo que suponen las heridas crónicas conlleva a una mejor detección de los signos de alarma de las úlceras y por tanto a una intervención más temprana. Así, muchos pacientes aconsejan una

atención sanitaria precoz y no sólo eso, una atención proporcionada por personal competente. Lo que demuestra la importancia de basar los cuidados en la evidencia disponible. Además, de establecer una relación de confianza, puesto que los conocimientos del profesional junto con su actitud de cuidados van a determinar que el paciente presente adherencia al tratamiento⁽¹⁵⁾. Como se puede percibir cuando los pacientes expresaron mejoría con un apósito concreto o material de cura que le recomendó el profesional de enfermería que le atendía.

La falta de confianza del paciente y/o su entorno en el tratamiento, o las actitudes negativas del propio personal sanitario hacia las posibilidades de éxito del tratamiento; pueden actuar como factores estresantes y producir la liberación de sustancias vasoactivas que ocasionen una vasoconstricción, así como alterar las funciones endocrinas e inmunes^(12,16).

Por último, un rol primordial de los sanitarios es mejorar la experiencia de los pacientes de su condición, así como su calidad de vida. Probablemente la cuestión fundamental que explique en gran medida la calidad de vida sea el escaso nivel de conocimientos.

Esta investigación muestra que existe un déficit en el nivel de conocimientos que posee el paciente sobre su herida. Incluso en ciertas circunstancias algunos pacientes seguían mostrando una carencia de conocimientos tras haber sufrido una lesión previa, lo cual está en consonancia con las aportaciones de otros autores⁽⁷⁾. Dicha carencia se traduce en una forma de actuar caracterizada por una demora en la solicitud de asistencia sanitaria y en una infravaloración de la sintomatología con la que se presentan las úlceras, provocando que en la mayoría de las ocasiones no se reconozca precozmente la enfermedad. Lo que conlleva a un peor pronóstico y una evolución menos favorable de las lesiones en general.

Este trabajo permitió que los pacientes pudieran contar con un clima de total libertad, sobre todo en los entrevistados en sus domicilios, para así conocer la forma en la que los pacientes viven, sienten o perciben su enfermedad; siendo fundamental para comprender mejor ciertas pautas de comportamiento y establecer las consideraciones que se estimen oportunas con el fin de reducir las tasas de morbimortalidad.

Sin embargo, el hecho de contactar con los pacientes en el momento que solicitaban atención sanitaria, pudo de

algún modo coartar su libertad para participar. O la no inclusión de las opiniones de los familiares más cercanos sobre el proceso de apoyo familiar.

Esto y la escasez de estudios cualitativos hace necesario futuras investigaciones sobre la experiencia de los pacientes con lesiones, así como de la importancia de incluir los aspectos psicosociales en los planes de cuidados.

Como conclusión, las personas con heridas crónicas atendidas en la zona básica de salud de Benamaurel presentan una mala calidad de vida influenciada en gran parte por un déficit de conocimientos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Probst S, Seppänen S, Gerver V, Gethin G, Hopkins A, Rimdeika R. EWMA document: home care-wound care: overview, challenges and perspectives. *J Wound Care*. 2014; 23Suppl 5a: S1-41.
2. Stephen-Haynes J, Bielby A, Searle R. Putting Patients first: reducing the human and economic costs of wounds. *Wounds UK*. 2011; 7 (3): 47-55.
3. Hurd T. Understanding the financial benefits of optimising wellbeing in patients living with a wound. *Wounds International*. 2013; 4 (2): 13-17.
4. Masotti P, Mccoll MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22 (2): 115-125. DOI: 10.1093/intqhc/mzq003.
5. Oquendo Rubio AM, Tirado Moras DS. Calidad de vida en pacientes diabéticos con heridas crónicas, en una E.S.E de Córdoba 2017-2. [Trabajo de Grado]. Colombia: Universidad de Córdoba; 2017.
6. Augustin M, Carville K, Clark M, Curran J, Flour M, John Macdonald JL, et al. International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds International; 2012
7. Wellborn J, Mocerri JT. The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. *J wound Ostomy Continence Nurs*. 2014; 41(2): 122-126.
8. Parker CN, Finlayson KJ, Shuter P, Edwards HE. Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. *Int J Clin Pract*. 2015; 69 (9): 967-977. DOI: 10.1111/ijcp.12635.
9. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM. What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. *J Tissue Viability*. 2012; 21 (1): 3-12. DOI: 10.1016/j.jtv.2011.11.001.
10. Siersma V, Thorsen H, Holstein PE, Kars M, Apelqvist J, Jude EB, et al. Importance of factors determining the low health-related quality of life in people presenting with a diabetic foot ulcer: the Eurodiale study. *Diabet Med*. 2013; 30 (11): 1382-7. DOI: 10.1111/dme.12254.
11. Altenburg N, Joraschky P, Barthel A, Bittner A, Pöhlmann K, Rietzsch H, et al. Alcohol consumption and other psycho-social conditions as important factors in the development of diabetic foot ulcers. *Diabet Med*. 2011; 28(2): 168-74. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2010.0315.x.
12. Bray FN, Simmons BJ, Wolfson AH, Nouri K. Acute and Chronic Cutaneous Reactions to Ionizing Radiation Therapy. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016; 6 (2):185-206. DOI: 10.1007/s13555-016-0120-y.
13. Moffatt CJ, Doherty DC, Smithdale R, Franks PJ. Clinical predictors of leg ulcer healing. *Br J Dermatol*. 2010; 162 (1): 51-8. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09397.x.
14. Langemo DK, Melland H, Hanson D, Olson B, Hunter S. The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis. *Adv Skin Wound Care*. 2000; 13 (5): 225-35.
15. Hopkins A. Using qualitative research to improve tissue viability care. *Nursing Standard*. 2010; 24 (32): 64-67.
16. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Atención Integral de las Heridas Crónicas. 2ª ed. Logroño: Fundación Sergio Juan Jordán; 2016.