

 Artículo de investigación

Calidad de vida relacionada con la salud en personas con úlcera venosa

Álvarez-Del Río Rusbert-Fernando¹ 

¹ Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción: la úlcera venosa es la herida de origen vascular que más se presenta en la población adulta; afecta la calidad de vida, por lo que se requiere un abordaje interdisciplinario para la atención de las personas que la padecen.

Objetivo: describir las variables clínicas y sociales que interfieren en la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo de adultos con úlcera venosa.

Métodos: estudio observacional de tipo cohorte; incluyó 80 personas evaluadas en tres clínicas de Medellín (Colombia), en quienes se aplicó el instrumento de evaluación Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire. Se describieron las variables sociodemográficas y la evolución de la calidad de vida hasta la cicatrización y se construyó un modelo de regresión logística para explicar las variables asociadas a tener la peor calidad de vida.


Resultados: el 28,8 % de los participantes obtuvieron 64 o más puntos, es decir, grado de afección alto durante la primera medición de la calidad de vida; en el 68,8 % el puntaje fue 63 o menos, lo que significó afección moderada y solo el 2,4 % tuvo baja afección. Las peores puntuaciones se registraron en mujeres, participantes de mayor edad y quienes tenían mayor compromiso de la herida; la afección involucró las dimensiones Estado emocional, Estética, Función social y Actividades domésticas, aunque hubo evolución favorable de la calidad de vida mientras iba cicatrizando la úlcera.


Conclusiones: la calidad de vida relacionada con la salud está altamente afectada en las personas que tienen úlcera venosa, siendo más frecuente en quienes tienen dolor constante, heridas más grandes, de mayor tiempo de antigüedad y aquellos con mala percepción de su salud; por tanto, se requiere oportunamente la intervención profesional e interdisciplinaria en salud para el logro de la cicatrización y del bienestar y para mejorar la calidad de vida.


Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud; úlcera venosa; dolor; percepción; cuidado de enfermería; ajuste emocional; relaciones interpersonales; actividad doméstica; estética.



Información del artículo

 **Autor de correspondencia**
rusbert.alvarez@udea.edu.co

 **Cómo citar este artículo**
Álvarez-Del Río RF. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con úlcera venosa. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2023;22(1), e052. .

 **doi** <https://doi.org/10.18270/rce.v22i1.3918>

 **Recibido:** 16-02-2022
Aprobado: 30-01-2023

 Ediciones anteriores 

Redes sociales



Health-related quality of life of people with venous ulcer

Abstract

Introduction: Venous ulcers are the most common vascular injury in the adult population. They affect the quality of life, so people who suffer from venous ulcers require an interdisciplinary approach to their care.

Objective: To describe clinical and social variables that affect the health-related quality of life of a group of adults with venous ulcers.

Methods: Observational cohort study carried out with 80 people examined in three medical centers in Medellín (Colombia) and who were given the Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire to answer. Sociodemographic variables and the quality-of-life evolution until scarring were described. A logistic regression model was built to explain the variables associated with having the poorest quality of life.

Results: There were 28.8% of the participants who scored 64 or more points on the first quality of life measurement, which indicates a highly affected quality of life; 68.8% scored 63 or less, indicating a moderately affected quality of life, while only 2.4% indicated a slightly affected quality of life. The worst scores were seen among women, older participants, and those with greater ulcer severity. The dimensions of emotional status, cosmesis, social interaction, and domestic activities were affected, although there was a favorable evolution of the quality of life while the ulcer was healing.

Conclusions: Health-related quality of life is highly affected in people with venous ulcers and is more common in those with constant pain, larger and older sores, and those with poor health perceptions. Therefore, timely professional and interdisciplinary healthcare interventions are required to achieve wound healing and wellness and improve quality of life.

Keywords: Health-related quality of life; varicose ulcer; pain; perception; nursing care; emotional adjustment; interpersonal relations; domestic activities; cosmesis.

Qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com úlcera venosa

Resumo

Introdução: a úlcera venosa é a ferida de origem vascular que ocorre mais frequentemente na população adulta e afeta a qualidade de vida, por isso é necessária uma abordagem interdisciplinar para o cuidado das pessoas que a sofrem.

Objetivo: descrever as variáveis clínicas e sociais que interferem na qualidade de vida relacionada à saúde de um grupo de adultos com úlcera venosa.

Métodos: estudo de coorte observacional; incluíram-se 80 pessoas avaliadas em três clínicas em Medellín (Colômbia), nas quais foi aplicado o instrumento de avaliação Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire. Descreveram-se as variáveis sociodemográficas e a evolução da qualidade de vida até a cicatrização e construiu-se um modelo de regressão logística para explicar as variáveis associadas à pior qualidade de vida.

Resultados: 28,8% dos participantes obtiveram 64 ou mais pontos, ou seja, alto grau de condição na primeira mensuração da qualidade de vida; em 68,8% a pontuação foi de 63 ou menos, o que significa condição moderada e apenas 2,4% em condição baixa. As piores pontuações foram registradas em mulheres, participantes mais velhos e naqueles com maior complicação da ferida; a afecção, envolvia as dimensões Estado Emocional, Estética, Função Social e Atividades Domésticas, embora houvesse evolução favorável da qualidade de vida enquanto a úlcera cicatrizava.

Conclusões: a qualidade de vida relacionada à saúde é altamente afetada em pessoas com úlcera venosa, sendo mais frequente naquelas com dor constante, feridas maiores, mais antigas e com má percepção de saúde; portanto, é necessária intervenção oportuna profissional e interdisciplinar em saúde para alcançar a cicatrização e o bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida relacionada à saúde; úlcera varicosa; dor; percepção; cuidados de Enfermagem; ajustamento emocional; relações interpessoais; atividade doméstica; estética.

Introducción

La úlcera venosa es una manifestación de la enfermedad hipertensiva del sistema venoso en las extremidades inferiores, generalmente aparece en la zona perimaleolar interna o externa; la piel sufre un daño y las zonas circundantes se alteran con el tiempo, causando lesiones agudas o crónicas. La úlcera de etiología venosa (UEV) ocurre por los cambios histológicos y anatómicos que dañan el área afectada; entre ellos están las venas con paredes rígidas, várices, válvulas incompetentes, disfunción muscular de la pantorrilla, trastornos celulares y liberación de componentes celulares del torrente sanguíneo, que llevan a una imagen y función anormal del pie (1).

Goldschmidt et ál. (2) expresan que la UEV es una herida generalmente ovalada, de bordes regulares, abierta y demorada en sanar, que expresa la terminación de una compleja presentación de eventos que son tanto hereditarios como de las presiones vasculares elevadas, y causa inflamación y fibrosis. Se han encontrado situaciones que favorecen su aparición, entre ellas: edad, obesidad, inmovilidad,

enfermedad e hipertensión venosa y trombosis previa (3); también se ha relacionado con características sociales como bajos niveles educativos y escasos ingresos económicos (4).

La UEV es la más frecuente entre todas las heridas de origen vascular (5), representa el 70–80 % de todas las úlceras de los miembros inferiores (3) y afecta a la población de todo el mundo, principalmente al sexo femenino. Su prevalencia poblacional se incrementa en personas mayores a 65 años, llegando a ser hasta del 5 %, según los estudios de Chi y Raffetto (6) realizados en Norteamérica; por otra parte, González et ál. (7) afirman que en Colombia las úlceras venosas representan un 14,6 % entre todas las heridas presentes en pacientes hospitalizados.

Además del daño anatómico y fisiológico, los pacientes con úlceras venosas tienen afectada la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), definida según Urzúa (8), como un estado de bienestar que resulta cuando la persona se siente plena en todas las dimensiones de su vida, teniendo en cuenta la influencia que estas tienen en su propia salud; desde esta perspectiva, abarca aspectos físicos, funcionales, emocionales y sociales (9) que tienen relación con condiciones como cronicidad y repetición, además de otras características como acceso y atención pertinente en los servicios de salud.

Algunos estudios realizados en el mundo han mostrado la relación existente entre portar una UEV y la afección de la calidad de vida; por ejemplo, Wellborn y Mocerri (10) describieron cómo la herida causa impacto físico con percepciones de dolor, prurito e irritación, en la esfera psicológica hay depresión, ansiedad y desesperanza, y en el ámbito social se presenta aislamiento, cambios en la forma de vestir y abandono del trabajo. Las investigaciones de Haynes y Halloway (11) revelan las limitaciones del movimiento, el mal olor y los cambios en la vida a causa de la úlcera. De Oliveira-Torres et ál. (12) describieron en sus estudios en Brasil que las heridas intervienen en el diario vivir de la gente: crean dependencia de cuidado y necesidad de ayuda en actividades cotidianas y el trabajo, producen labilidad emocional y baja autoestima, preocupan porque posiblemente no sanen o se infecten y pueden conducir a hospitalización, prolongan la patología venosa y en algunas ocasiones requieren largos periodos para la cicatrización. Aparecen, a su vez, según Barnsbee et ál. (13), problemas relacionados como alteraciones en la dinámica familiar, altos gastos económicos para acceso a la atención en salud, la necesidad de acompañamiento continuo y aumento de costos sanitarios; además, la atención profesional requiere la utilización de recurso humano especializado en el tratamiento de heridas, con el uso de materiales y tecnología apropiada para el tratamiento (14).

En la literatura revisada, no se encontró en Colombia estudios o experiencias que describan el tratamiento a personas con UEV con relación a la intervención de los factores que alteran la calidad de vida en el proceso de la lesión o la cicatrización; por tanto, se requiere avanzar en su conocimiento considerando el impacto personal, familiar y social que tiene la atención integral; además su intervención eficaz puede disminuir situaciones asociadas a la lesión como el dolor, la afectación emocional o el aislamiento.

El objetivo de este estudio fue describir las variables clínicas y sociales que interfieren en la CVRS de las personas con UEV durante el tiempo que tienen su lesión. Pretende aportar al conocimiento de la enfermería y la epidemiología con intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida en el proceso de cicatrización, mediante las prácticas de atención profesional que se brindan en el sistema de salud en Colombia y la implementación de instrumentos de valoración, educación para la salud, cuidado integral y prevención en quienes las sufren y en sus cuidadores informales, lo que propicia un cuidado pertinente, seguro y con calidad.

Métodos

se realizó un estudio observacional prospectivo de tipo cohorte (15) con un grupo de 80 personas que padecían en su momento UEV. El muestreo fue de tipo no probabilístico intencional; participaron hombres y mujeres entre los 18 y 90 años, de diferente estrato socioeconómico y nivel de escolaridad. Se invitó a participar a quienes acudían en el tiempo del estudio a tres instituciones de salud en Medellín (Colombia), donde eran tratados por enfermeros con experiencia en heridas.

Participaron aquellos con UEV traumática y no traumática, que tenían diagnóstico realizado por médico vascular, dermatólogo o enfermero especialista. Al iniciar la intervención, todos sufrían mínimamente de una lesión considerada como UEV por método de ecografía o examen clínico; además se les realizó el test de tobillo/brazo para verificar que la medida estuviera entre 0,7 y 1,3. Se incluyeron participantes sin ningún tipo de compromiso neurológico y con patologías crónicas controladas. Fueron excluidos pacientes diagnosticados con úlcera mixta, quienes al iniciar el tratamiento expresaron no tolerar el vendaje compresivo de una o más capas y respecto a quienes existía duda en el diagnóstico de UEV.

Todas las personas contactadas, luego de explicarles las razones y los beneficios del estudio, aceptaron participar, previo consentimiento informado. La investigación fue avalada por los Comités de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y de las clínicas donde asistían los pacientes para su tratamiento.

Se usó el instrumento de medición en inglés Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) (16), traducido y validado en España, de fácil aplicación y con buena validación y coherencia interna (17). Aunque no se encontraron publicaciones que demuestren la validación en Colombia, sí se ha realizado en países como Brasil (18) y Uruguay (19) con alfa de Cronbach de 0,92 y 0,83, respectivamente. El instrumento, que consta de 21 preguntas, incluye las dimensiones Estado emocional, Estética, Actividades domésticas y Función social en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con heridas vasculares. Al valorar cada dimensión se obtiene un puntaje; no obstante, la evaluación de la CVRS requiere la suma de las cuatro dimensiones que, cuando se estandarizan los valores, arroja un puntaje que varía entre 0 (que significa tener la mejor CVRS) y 100 (tener la peor CVRS).

Se hizo seguimiento de cada uno de los participantes durante un tiempo total de 17 meses, hasta que la herida cicatrizó o hasta que abandonaron el tratamiento; hubo tres momentos de evaluación: la línea base (T0), el tiempo uno (T1) y tiempo dos (T2) de seguimiento, con frecuencias de 25 a 30 días entre cada evaluación; la literatura sugiere realizar las evaluaciones con el instrumento CCUVQ como mínimo cada dos semanas para valorar diferencias entre las mediciones (17). Para el control de sesgos, se utilizó un instrumento que ha sido validado y ha mostrado éxito en su medición; además, su aplicación se hizo directamente a la persona portadora de úlcera por medio de preguntas dirigidas por parte del investigador y el enfermero tratante.

El contacto inicial con los participantes se hizo directamente en las clínicas de heridas donde fueron atendidos, es decir, se abordaron a medida que acudían para inicio de tratamiento de la UEV; las evaluaciones de la CVRS en todos los tiempos del seguimiento se realizaron, en su mayoría, durante la consulta para curación de la herida; solo algunas evaluaciones se realizaron por llamada telefónica, posterior a la cita de curación.

Inicialmente, los datos recolectados tuvieron un abordaje estadístico univariado, utilizando frecuencias absolutas y proporciones para variables de naturaleza cualitativa; para las cuantitativas se realizaron medidas de resumen y test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

Las variables de CVRS se consideraron de acuerdo al instrumento elegido y sus dimensiones. En consecuencia, Función social comprendió variables como impedimento para compartir con amigos, ir de viaje, hacer deporte y usar algún tipo de transporte; Actividades domésticas se refirió a impedimentos para hacer labores de cocina o de limpieza del hogar, arreglar exteriores o ir de compras; Dimensión estética incluyó inconvenientes con el exudado, el tamaño de vendaje, cómo se veían la extremidades, cambio de vestir y cojear; Estado emocional tuvo en cuenta el dolor, sentirse inútil, pensamiento frecuente en la herida, preocupación, fatiga con el tratamiento y depresión. Se realizó análisis bivariado para evaluar la CVRS en función de variables sociales y clínicas en todos los tiempos de medición y la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación estadística. La prueba t de student permitió evaluar la diferencia de medias de CVRS de acuerdo con edad, sexo y tamaño de herida.

Antes de construir el modelo de regresión logística, se crearon variables dicotómicas para las predictivas y la explicativa; para la variable explicativa se determinó que tener un puntaje de 63 o menos indicaba compromiso bajo o moderado de la CVRS y la puntuación de 64 o más, alto compromiso de la calidad de vida. Se hizo de esta forma porque la propiedad evaluativa del instrumento pondera las preguntas de cada dimensión y la medición total describe que tener estos puntos de corte significa menor o mayor afección de la calidad de vida (14, 18, 19).

Las variables que se ingresaron al modelo se determinaron por análisis bivariado; se midieron los riesgos relativos crudos (RR) con 95 % en sus intervalos de confianza y se ingresaron a la regresión las variables que tenían significación estadística, importancia clínica o criterio de Hosmer-Lemeshow ($p \leq 0,25$). La construcción del modelo logístico tuvo en cuenta, primero, la variable explicativa del modelo; sucesivamente, una a una, se incluyeron las independientes con mayor coeficiente de correlación con la variable explicativa, hasta que el ingreso de una nueva variable no mostrara importancia estadística. El tamaño de la asociación fue estimada a través del riesgo relativo (RR) con ajuste de las demás variables; la tabla de resultados relaciona el valor de p, el coeficiente beta y los intervalos de confianza. Se usó Stata 12,0 para la estadística de los datos.

Resultados

Se realizó un seguimiento en el tiempo a los participantes del estudio, todos tenían como mínimo una UEV, las heridas tenían un promedio de antigüedad de 6 meses; la mayoría de las personas habitaban en la ciudad de Medellín, a excepción de 11 provenientes de otras partes del departamento de Antioquia.

Se halló predominio femenino en los participantes y estado civil casado; en su mayoría se ubicaban en estratos socioeconómicos bajos, con escolaridad primaria y eran amas de casa. La media de edad fue de 65 años y hubo mayor consumo de tabaco que de alcohol; también se halló pobre actividad física. (véase Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de 80 personas con diagnóstico de UEV

Variables	n (%)
Datos sociodemográficos	
Sexo	
Mujer	59 (73,8)
Hombre	21 (26,2)
Edad en años; promedio \pm DE	65,3 \pm 14,34
Estado civil	
Soltero	13 (16,3)
Casado/unión libre	42 (52,5)
Viudo/separado	25 (31,2)
Estrato socioeconómico	
Uno y dos	50 (62,5)
Tres	19 (23,8)
Cuatro o más	11 (13,7)
Escolaridad	
Ninguna	20 (25,0)
Básica primaria	42 (52,4)
Básica secundaria	9 (11,3)
Técnico/universitario	9 (11,3)
Ocupación	
Ama de casa	49 (61,2)
Trabajador formal	11 (13,8)
Trabajador informal	9 (11,2)
Jubilado	4 (5,0)
Otro	7 (8,8)
Hábitos de vida	
Expuesto al tabaco	
Sí	42 (52,5)
No	38 (47,5)
Expuesto al alcohol	
Sí	29 (36,3)

No	51 (63,7)
Sedentarismo	
Sí	34 (42,5)
No	46 (57,5)

Todas las personas fueron tratadas, durante el tiempo del estudio, por enfermeros con diferentes niveles de destrezas en la atención de personas con UEV y se consideró como experto a los enfermeros con un tiempo de experiencia mayor o igual a 5 años. Benner (20) refiere que la experticia denota un dominio intuitivo de la situación, por lo que el enfermero identifica el origen del problema y de manera flexible y eficiente demuestra capacidad analítica elevada. El 62,5 % de los participantes del estudio fueron tratados por profesionales expertos.

Se halló un número importante de usuarios que, en su momento, no contaban con apoyo familiar, ni en casa ni para asistir a sus citas de enfermería; en quienes lo tenían, la escolaridad de los familiares correspondió mayormente a formación básica primaria o secundaria. (véase Tabla 2).

También se preguntó por el conocimiento que tenía el cuidador o familiar para el cuidado del paciente con heridas; se consideró que no había conocimiento cuando la persona que cuidaba desconocía lo que era una UEV y cómo se trataba, poco conocimiento cuando sabían qué era la úlcera, pero desconocían los cuidados y el tratamiento, y alto conocimiento del cuidador cuando sabían los cuidados que se debían tener para lograr la cicatrización. Se halló que casi la totalidad de los cuidadores de los participantes en el estudio tenían poco o ningún conocimiento para el cuidado de una persona con UEV; no obstante, el compromiso de estos para asistir al enfermo fue bueno en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta que era malo o regular cuando no estaban enterados de la evolución en la cicatrización o no acompañaban al usuario a los tratamientos y que era bueno cuando tenían un acompañamiento constante en el tratamiento (véase Tabla 2).

Tabla 2. Características del cuidador o familiar de 80 personas con diagnóstico de UEV

Variables	n (%)
Experiencia del enfermero tratante	
No experto	30 (37,5)
Experto	50 (62,5)
Participación familiar en el cuidado	
Presente	44 (55,0)
Ausente	36 (45,0)
Escolaridad del cuidador	
Ninguno	1 (2,3)
Básica primaria	15 (34,9)
Básica secundaria	13 (30,2)
Técnico/Tecnólogo	6 (14,0)
Universitario	8 (18,6)
Conocimiento del cuidado a persona con heridas	
Ninguno	33 (75,0)
Poco	6 (13,6)
Alto	5 (11,4)
Compromiso en el cuidado del enfermo	
Malo o regular	7 (15,9)
Bueno	37 (84,1)

En la cohorte de participantes se midió la evolución de la CVRS por cada una de las dimensiones del CCVUQ y también de manera global durante el tiempo de la atención, hasta que la herida cicatrizó o hasta que abandonaron el tratamiento; algunas personas sanaron, incluso antes de la segunda asistencia a la cita. De ese modo se evaluaron 80 personas para la primera medición (T0), 74 en el T1 y 57 en el T2. Se hicieron otras mediciones adicionales en pacientes cuyas heridas no tuvieron evolución satisfactoria y, por tanto, su sanación duró más de 100 días, pero los resultados no fueron considerados, dado que fueron similares a las mediciones registradas en el T2.

Se hallaron diferentes grados de afección en cada una de las dimensiones de la CVRS. La dimensión Estado emocional fue la más afectada; en ella, 79 participantes manifestaron que era moderada o alta cuando se hizo la primera medición; sin embargo, disminuyó en el T1; para el T2 los participantes manifestaron una mínima afección de la CVRS en esta dimensión. El promedio de puntaje de afección, de acuerdo al instrumento CCUVQ, pasó de ser 23,7 en la primera evaluación a 11,2 en la tercera, lo que evidencia un mejoramiento de la calidad de vida a través del tiempo. La segunda dimensión más afectada fue Estética, con 74 participantes que expresaron afección moderada o alta en el T0; no obstante, en la tercera medición solo 9 de ellos dijeron que la CVRS estaba con afección moderada y ninguno afirmó estar altamente afectado.

La dimensión Función social registró afección inicial moderada o alta de 55 participantes, pero también tuvo una evolución favorable a lo largo de las evaluaciones. La dimensión Actividades domésticas fue en la que se reportó menor afectación, con una evolución favorable a través de todos los tiempos de medición.

Al considerar la medición global de la CVRS, se encontró que la variación de resultados en el CCUVQ fue de aproximadamente 22 puntos cuando se compararon T0 y T1 de evaluación; cuando se comparó el T0 y T2 esa diferencia fue de 27 puntos, lo que indica un considerable mejoramiento de la calidad de vida (véase Tabla 3).

Tabla 3. CVRS de 80 personas con diagnóstico de UEV medida en los tiempos 0, 1 y 2

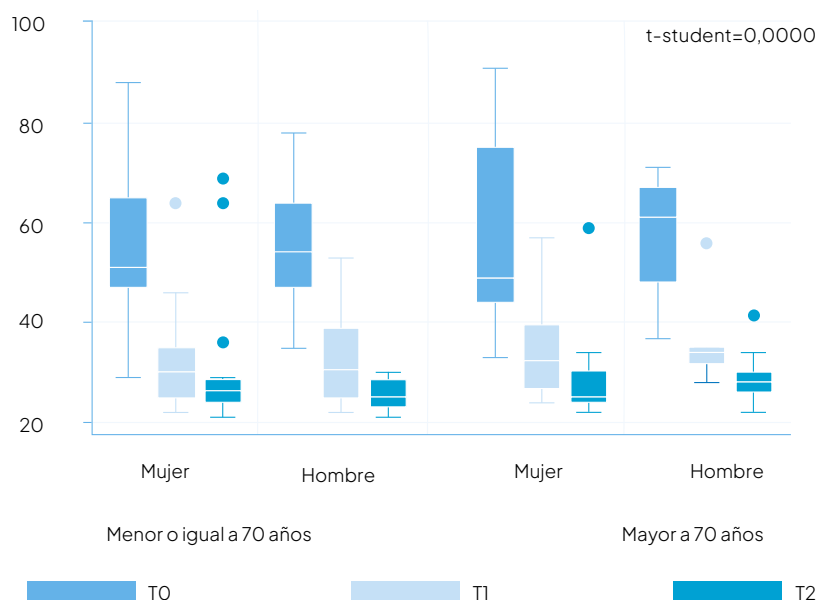
Variables	T0 n = 80		T1 n = 74		T2 n = 57	
	n (%)	Valor p*	n (%)	Valor p*	n (%)	Valor p*
CVRS: Estado emocional						
Alta afección	51 (63,8)		3 (4,0)		3 (5,3)	
Moderada afección	28 (35,0)	0,001	44 (59,5)	0,746	11 (19,3)	0,602
Baja afección	1 (1,2)		27 (36,5)		43 (75,4)	
Puntaje promedio CCUVQ ±DE	23,7 ± 5,4		13,7 ± 4,4		11,2 ± 4,2	
CVRS: Función social						
Alta afección	20 (25,0)		0 (0)		2 (3,5)	
Moderada afección	35 (43,8)	0,000	16 (21,6)	0,026	3 (5,3)	0,676
Baja afección	25 (31,2)		58 (78,4)		52 (91,2)	
Puntaje promedio CCUVQ ±DE	12,3 ± 5,2		7,1 ± 2,5		6,0 ± 2,6	
CVRS: Actividades domésticas						
Alta afección	15 (18,7)		2 (2,7)		2 (3,5)	
Moderada afección	15 (18,7)	0,000	8 (10,8)	0,092	1 (1,8)	0,564
Baja afección	50 (62,6)		64 (86,5)		54 (94,7)	
Puntaje promedio CCUVQ ±DE	7,8 ± 5,2		4,9 ± 2,3		4,5 ± 2,3	

CVRS: Dimensión estética						
Alta afección	19 (23,8)		1 (1,4)		0 (0)	
Moderada afección	55 (68,7)	0,000	26 (35,1)	0,008	9 (15,8)	0,001
Baja afección	6 (7,5)		47 (63,5)		48 (84,2)	
Puntaje promedio CCVUQ ±DE	12,8 ± 3,4		7,9 ± 2,4		6,7 ± 2,0	
CVRS: Medición global						
Alta afección	23 (28,8)		1 (1,4)		2 (3,5)	
Moderada afección	55 (68,8)	0,000	28 (37,8)	0,314	4 (7,0)	0,735
Baja afección	2 (2,4)		45 (60,8)		51 (89,5)	
Puntaje promedio CCVUQ ±DE	56,63 ± 14,7		33,6 ± 9,2		28,4 ± 9,4	

* Prueba de chi cuadrado

Interesó conocer otras variables que pudieran afectar la calidad de vida por causa de la UEV como edad, sexo, tamaño de la herida y percepción de su salud. Cuando se analizó la edad, se halló que los más afectados durante el tiempo de estudio fueron las personas con más de 70 años; además, las dimensiones Estética y Estado emocional del CCVUQ mostraron mayores puntajes de afectación para el sexo masculino y mayores de 70 años en comparación con los menores a esa edad; generalmente los participantes manifestaron que el dolor era la causa principal de esa afección, sin embargo, cuando asistían a las curaciones con los enfermeros, el dolor y otras alteraciones iban desapareciendo; se notó, por ejemplo, que en la medición T2 no hubo diferencias marcadas en las variables evaluadas con el instrumento en cuanto a edad y sexo (véase Figura 1).

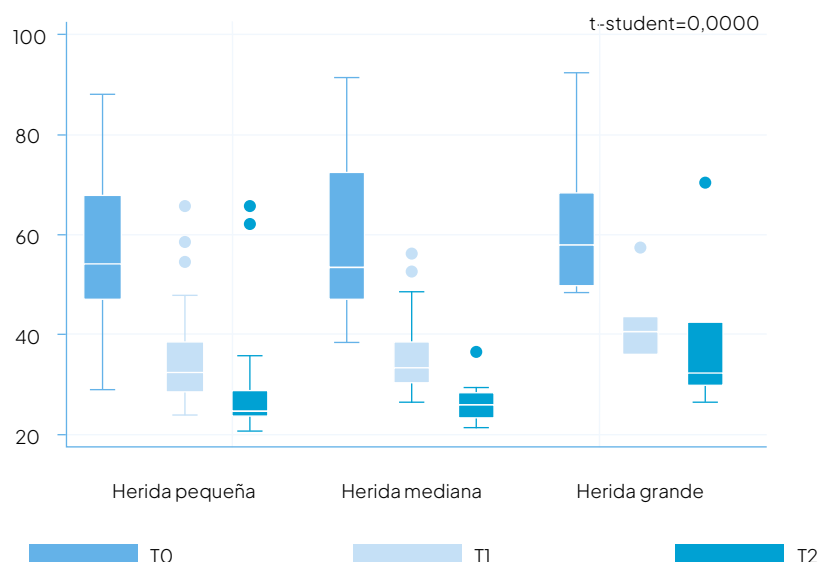
Figura 1. CVRS según sexo y edad, de 80 personas con diagnóstico de UEV



Se midió el área de las heridas con una regla y se registró el largo, ancho y fondo de la lesión; se categorizó su área de acuerdo al consenso de los enfermeros que trataron a los participantes. Aquellas personas con lesiones de gran tamaño, es decir con áreas $\geq 64,0 \text{ cm}^2$ presentaron puntuaciones más altas en el CCUVQ en todo el estudio, comparados con aquellos con heridas pequeñas (área $\leq 4,0 \text{ cm}^2$) y heridas medianas (área $> 4,1 \text{ cm}^2$ y $< 64 \text{ cm}^2$); inclusive en el T2 se obtuvo una afección moderada en

quienes tenían heridas grandes. Esta situación puede deberse a que estas heridas tardan más en sanar y también pueden tener repercusiones patológicas sistémicas; no obstante, la diferencia de puntajes de las mediciones T0, T1 y T2 muestra una importante reducción de la afección de la CVRS (véase Figura 2). La peor percepción del estado de salud la refirieron las mujeres, las personas con mayor edad y quienes tenían heridas de mayor área.

Figura 2. CVRS según tamaño de herida de 80 personas con diagnóstico de UEV



El modelo de regresión logística final mostró que, durante todo el tiempo del estudio, el riesgo de tener alta afección de la CVRS estuvo presente 13,03 veces en los participantes que manifestaron sentir continuamente dolor de la herida, comparados con aquellos que solo sentían dolor en algunas ocasiones o nunca les dolía. También la afección fue 4 veces mayor en las personas cuya úlcera tenía tres o más meses de antigüedad, comparado con quienes tenían heridas más recientes; los pacientes que manifestaron una mala percepción de salud tuvieron riesgo de 4,75 veces en tener CVRS con alta afección, comparados con aquellos que dijeron sentirse bien. El modelo logístico mostró que la calidad de vida estaba explicada en un 25 % por las variables incluidas, con un nivel de significación $p = 0,0007$ (véase Tabla 4).

Tabla 4. Modelo de regresión logística para CVRS, comparado con análisis bivariado, de 80 personas con diagnóstico de UEV

Variab ^{les} explicativas	RR crudo	IC 95 %	RRajustado*	Coficiente beta	Valor p	IC 95 %
Sentir dolor	7,28	(1,03–51,69)	13,03	2,57	0,028	1,32–128,47
Antigüedad de herida	3,16	(1,01–10,0)	5,15	1,64	0,039	1,08–24,41
Percepción de salud	3,26	(1,43–7,44)	4,75	1,56	0,024	1,22–18,40
Sexo	1,77	(0,57–5,53)	3,93	1,37	0,099	0,77–19,97
Edad	1,42	(0,63–3,20)	1,64	0,49	0,493	0,40–6,67

* Ajustado por las variables dicotómicas de sentir dolor: la herida siempre duele; antigüedad de úlcera: ≥ 3 meses; percepción de salud: sentirse mal; sexo: mujer; edad: < 70 años.

Discusión

Las variables sociodemográficas del presente estudio mostraron hallazgos similares a la literatura con respecto a edad de presentación de la úlcera, ocupación, estilos de vida, recurrencia y alimentación; no obstante, hubo un número considerable de afección en hombres, situación que no es común en otros estudios (4, 7) y que puede ser ocasionada por exposiciones prolongadas a bipedestación, hábitos y alimentación. La UEV es más común en el sexo femenino (3), bajos estratos socioeconómicos (4), ocupaciones que requieren largos periodos en bipedestación y en quienes realizan poca actividad física (21), hallazgos también presentes en este estudio. Su prevalencia va aumentando a medida que se tienen más años de edad (5); Marques et ál. (22) encontraron que las mujeres presentan más úlceras debido al proceso de gestación que les genera síndromes posttrombóticos y la aparición de venas várices.

La atención de los pacientes con úlceras venosas en el presente estudio estuvo, en su mayoría, a cargo de profesionales de enfermería especializados, con experiencia en atención de personas con heridas; aunque la población estudiada asistió a clínicas especializadas, no es común que en nuestro sistema de salud los usuarios con UEV sean atendidos por personal especializado de manera continua. Se encontró en la literatura (23) que tratar a la persona con UEV requiere de conocimiento especializado, que propicie la certeza del diagnóstico y tratamiento e incorpore el cuidado integral, tanto físico y emocional, para una recuperación exitosa y lograr que la herida no reaparezca nuevamente; además requiere compromiso de la persona enferma y su familia en el proceso de recuperación con el fin de potencializar la adhesión al cuidado (24).

La CVRS está altamente afectada en las personas con UEV antes de iniciar un tratamiento adecuado; en el presente estudio, los participantes reportaron una mala percepción de su salud: tenían constantemente pensamientos de que su herida no sanaría, se sentían tristes, creían que su estado de salud era malo y que la úlcera les iba a causar otras enfermedades; con respecto a ello, Perdomo et ál. (25) encontraron que aquellos con venas várices tuvieron apreciaciones pesimistas frente a su salud, comparados con quienes no las sufrían y dichas percepciones empeoraban a medida que la sintomatología se agravaba; estos autores expresan, también, que tener calidad de vida mala prevalece más en quienes, además de la vena várice, tienen enfermedad sistémica venosa.

De acuerdo a la evaluación con el CCVUQ en este estudio, los participantes tenían más comprometida las dimensiones Estado emocional y Estética, lo que es similar a lo hallado por González y Verdú (17), quienes afirman en sus hallazgos que en las personas con UEV las emociones se comprometen en nueve de cada diez individuos y que a ocho de cada diez no les gusta como se ve su extremidad; y al igual que en el presente estudio, relatan que estas dos dimensiones mejoran significativamente a lo largo de la atención, dado principalmente por el cierre de la herida y la regeneración de la piel. Otros autores (26, 27) han identificado que el impacto físico, biopsicoespiritual, socioeconómico y el tratamiento influyen en la calidad de vida y que este empeora cuando los síntomas y las lesiones revisten mayor gravedad. El presente estudio también encontró diferencias en el impacto que producía la lesión: los peores escenarios fueron reportados por las mujeres, asunto que puede explicarse por la importancia que reviste la belleza y la estética, y en los usuarios de mayor edad, situación que puede explicarse porque la herida cursa simultáneamente con otras enfermedades que aumentan la percepción de deterioro, soledad o muerte.

La dimensión Estado emocional se afecta, según Lemes et ál. (28), por síntomas y situaciones como no lograr dormir, el constante dolor, los pies inflamados y edematizados, el cansancio y los sentimientos de tristeza, que están presentes en el 70–80 % de los pacientes; estos síntomas tienen mayor predominio en mujeres, personas con menor nivel de ingresos, quienes tienen otras enfermedades y aquellos que no pueden moverse libremente o con una herida muy grande. Las personas con UEV se sienten menos vitales y se preocupan por la secreción, el mal olor de la herida, la posibilidad de infección y el tejido no viable (29); se sienten impotentes y tienen ansiedad por las posibles caídas, los sentimientos de soledad y la distorsión de la imagen corporal (27, 30).

Cuando se evaluó la dimensión Estado emocional, el principal síntoma que manifestaron los participantes de este estudio fue el dolor, el cual constituye la variable clínica más molesta y que más altera la CVRS. De manera similar a lo reportado por otros autores (10, 30), los participantes dijeron que tener dolor restringe las actividades como el caminar o hacer las tareas que se requieren en la cotidianidad, además este aumenta su intensidad en horarios vespertinos o nocturnos lo que afecta el buen dormir; algunas investigaciones exponen que el hecho de que la UEV duela favorece la aparición de problemas psicológicos como aislarse socialmente, deprimirse, sentir que no se puede hacer nada para remediarlo o tener la percepción de estar sucio (30).

La dimensión Función social se altera debido al impacto socioeconómico por causa de la herida y por no poder dedicar el mismo tiempo al trabajo o a estar con amigos o familiares (13); en el presente estudio se encontraron comprometidas las actividades de recreación e interacción, por lo que las personas prefieren quedarse en casa, asuntos que también fueron descritos por otros autores como De Oliveira et ál. (12) y De Oliveira et ál. (31).

En cuanto a la Dimensión estética, el presente estudio halló que los problemas más comunes eran la incomodidad por el olor y el exudado, lo que los participantes describieron como negativo para hacer vida social. Esto genera niveles de ansiedad altos, baja satisfacción con su vida y percepción alterada de su imagen corporal; además se tiene que cambiar la manera de vestir para ocultar el vendaje que es antiestético, lo cual produce pérdida de feminidad; el hecho de cojear también preocupa, situaciones que se han escrito en otras investigaciones (27, 28, 31). Por otra parte, también ha sido descrito que el tiempo de lesión deteriora la CVRS en las personas con UEV, y a diferencia de este estudio donde la herida mayor a tres meses alteró la calidad de vida, otros hallazgos refieren que esa afección se presenta cuando las lesiones son mayores a un año (30, 31).

Por último, la afectación de la dimensión Actividades domésticas se explicó por las restricciones que el vendaje genera en las tareas del hogar y el no poderse mover con la libertad deseada, ya que no es fácil lavar, cocinar y bañarse, además de que preocupa la higiene corporal por no poderse retirar el vendaje de la extremidad afectada; al igual que en otros estudios (27), también preocupó a los participantes humedecer o ensuciar los apósitos y de esta manera alterar su proceso de cicatrización.

Comprender en esta población el grado de afectación de las dimensiones relacionadas con una mala calidad de vida relacionada con la salud favorece que en la práctica se tengan mejores programas de atención en salud, para que esta sea integral e interdisciplinaria y cuente con personal idóneo y tecnología adecuada que permita un seguimiento cercano y no fragmentado que logre la cicatrización de la úlcera. Con relación a ello, disponer de instrumentos de fácil medición favorece la certeza en el diagnóstico y el seguimiento, lo que repercute en el bienestar de los usuarios y en la disminución de los costos de la atención; en este sentido, la investigación en estas poblaciones nos conducirá a mejores medidas que innoven el cuidado. En nuestro contexto, aún falta estudiar con mayor profundidad las condiciones de vida de las personas con UEV, ya no desde la atención hospitalaria sino desde sus entornos familiares y sociales, lo que permitirá también comprender otras variables que se asocien a los déficits de calidad de vida y pobre cicatrización.

Conclusiones

La calidad de vida relacionada con la salud de los participantes de este estudio está altamente afectada, con mayor frecuencia en las mujeres, personas de mayor edad y quienes tienen heridas más graves; las variables que más se asocian con la mala CVRS son el dolor que produce la herida, su antigüedad y la mala percepción del estado de salud que manifiesta la persona. Se afectan todas las dimensiones, principalmente la emocional y estética; no obstante, hay mejoramiento gradual de la salud cuando se realiza una atención profesional pertinente y constante.

Entendiendo que la aparición de la UEV se debe a diferentes causas y que su afección es multidimensional, se recomienda a los sistemas e instituciones de salud la realización de programas continuos de educación que incentiven el conocimiento y fortalecimiento de prácticas de cuidado en los usuarios y cuidadores, que intervengan situaciones de comportamiento, economía y cultura y que favorezcan las prácticas de autocuidado y cuidado del familiar (24, 32); también debe fortalecerse la formación de los profesionales de enfermería para entender y atender integralmente a las personas con UEV, así como para diseñar programas que impacten en el cuidado integral y la buena calidad de vida.

Limitaciones

Algunos datos se obtuvieron por comunicación telefónica y en momentos posteriores a cada evaluación, lo que puede ofrecer variabilidad en la percepción o consideración de algunos datos obtenidos.

Agradecimientos

El autor agradece al personal de enfermería de las instituciones de salud y a los participantes del estudio, al Comité para el Desarrollo de la Investigación -CODI- de la Universidad de Antioquia por financiar el trabajo de campo y al grupo de maestría en epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Crawford JM, Lal BK, Durán WN, Pappas PJ. Pathophysiology of venous ulceration. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2017;5(4):596–505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvsv.2017.03.015>
2. Goldschmidt E, Schafer K, Lurie F. A systematic review on the treatment of nonhealing venous ulcers following successful elimination of superficial venous reflux. *J. Vasc. Surg. Venous. Lymphat. Disord.* 2022;10:241–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2021.06.010>
3. Raffetto JD, Ligi D, Maniscalco R, Khalil R, Manello F. Why venous leg ulcers have difficulty healing: Overview on pathophysiology, clinical consequences, and treatment. *J. Clin. Med.* 2021;10(29):1–34. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3390/jcm10010029>
4. Selvaraj D, Kota A, Premkumar P, Stephen E, Agarwal S. Socio-demography and clinical profile of venous ulcers. *Wound Med.* 2017;19:1–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wndm.2017.06.004>
5. Fernandes-Abbade LP, Cipriani-Frade MA, Pereira-Pegas JR, Dadalti-Granja P, Campos-Garcia L, Bueno-Filho R, et ál. Consensus on the diagnosis and management of chronic leg ulcers - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.* 2020;95(S1):1–18. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.002>
6. Chi YW, Raffetto JD. Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment. *Vasc. Med.* 2015;20(2):168–81. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1358863X14568677>
7. González RV, López WJ, Roa KT. Epidemiología de lesiones de piel relacionadas con el cuidado: estudio de la prevalencia en Colombia. *Referência.* 2017;4(15):65–72. Disponible en: <https://doi.org/10.12707/RIV17038>
8. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev. Med Chile.* 2010;138:358–65.
9. Folguera-Alvarez C, Garrido-Elustondo S, Rico-Blázquez M, Verdú-Soriano J. Factors associated with the quality of life of patients with venous leg ulcers in primary care: Cross-Sectional study. *Int J Low Extrem Wounds.* 2020:1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1534734620967>
10. 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):122–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000010>
11. Haynes S, Holloway S. Theories of stress and coping and how they relate to individuals with venous leg ulceration. *Br. J. Manag.* 2019;25(5). Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjhc.2019.25.5.187>
12. De Oliveira-Torres SMdSS, de Oliveria-Araujo R, Fernandes-Costa IK, Pinto-Tiburcio M, Gomes-de Sousa J, Pergola-Marconato AM, et ál. Health-related quality of life in patients with venous leg ulcer treated in primary care in Brazil and Portugal. *PLoS ONE.* 2018;13(4):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195990>
13. Barnsbee L, Cheng Q, Tulleners R, Lee X, Brain D, Pacella R. Measuring costs and quality of life for venous leg ulcers. *Int Wound J.* 2019;16:112–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iwj.13000>
14. Adderley U, Thompson C. A comparison of the management of venous leg ulceration by specialist and generalist community nurses: A judgement analysis. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:134–43.
15. Colimon KM. Fundamentos de epidemiología. 3ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
16. Smith J, Guest M, Greenhalgh R, Davies A. Measuring the quality of life in patients with venous ulcers. *J Vasc Surg.* 2000;31(4):642–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1067/mva.2000.104103>
17. González-Consuegra RV, Verdú-Soriano J. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa. Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del Pressure Ulcer Scale for Healing, versión española (PUSH-e). *Resultados preliminares. Gerokomos.* 2011;22(3):131–36.

18. Amaral KV, Melo PG, Alves GR, Soriano JV, Ribeiro AP, Oliveira BG, et ál. Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire – Brazil: Bicentric study of reliability. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):147–52.
19. Tafernaberry G, Otero G, Agorio C, Dapuetto J. Adaptación y evaluación inicial del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire en pacientes con úlceras venosas crónicas en Uruguay. *Rev Med Chile.* 2016;144:55–65.
20. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs.* 1982;82(3):402–7.
21. O'Brien J, Finlayson K, Kerr G, Edwards H. Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: A randomized controlled trial. *Int Wound J.* 2017;14:130–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iwj.12571>
22. Marques E, Bonetti W, Aragao V, Aderval J, Bitencurt L. Ulcer due to chronic venous disease: A socio-demographic study in northeastern Brazil. *Ann. Vasc. Surg.* 2013;27:571–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2012.07.021>
23. Weller CD, Richards C, Turnour L, Team V. Venous leg ulcer management in Australian primary care: Patient and clinician perspectives. *Int J Nurs Stud.* 2021;113:1–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103774>
24. Da Silva MH, Pinto-de-Jesus MC, Tavares RE, de Carvalho-Caldeira EA, Moura-de-Oliveira DM, Barbosa-Merighi MA. Experiência de pessoas adultas e idosas frente à adesão aos cuidados com a úlcera varicosa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180024>
25. Perdomo-Pérez E, Soldevilla-Agreda J, García-Fernández FP. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. *Gerokomos.* 2020;31(3):166–72.
26. Cheng Q, Kularatna S, Lee XJ, Graves N, Pacella RE. Comparison of EQ-5D-5L and SPVU-5D for measuring quality of life in patients with venous leg ulcers in an Australian setting. *Qual Life Res.* 2019;28:1903–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02128-6>
27. Lopes-Joaquim F, Andrade-Silva RMCR, Garcia-Caro MP, Cruz-Quintana F, Ramos-Pereira E. Impact of venous ulcers on patients' quality of life: An integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018;71(4):2021–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0516>
28. Lemes JS, Amaral KVA, Nunes CAB, Campos ACA, Batista AN, Malaquias SG. Instruments to assess the subjective repercussions of people with chronic wounds: Integrative review. *Aquichan.* 2019;19(1):e1918. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.8>
29. Phillips P, Lumley E, Duncan R, Aber A, Woods Hb, Jones GL, et ál. A systematic review of qualitative research into people's experiences of living with venous leg ulcers. *J Adv Nurs.* 2018;74:550–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13465>
30. Hopman W, VanDenKerkhof E, Carley M, Kuhnke J, Harrison M. Factors associated with health-related quality of life in chronic leg ulceration. *Qual Life Res.* 2014; 23:183340. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0626-7>
31. De Oliveira-Araújo R, Cezar-da Silva D, Queiroga-Souto R, Pergola-Marconato AM, Fernandes-Costa IK, de Vasconcelos Torres G. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. *Aquichan.* 2016;16(1):56–66. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.7>
32. Bobbink P, Pugliese MT, Larkin P, Probst S. Nurse-led patient education for persons suffering from a venous leg ulcer in outpatient's clinics and homecare settings: A scoping review. *J Tissue Viability.* 2020;29:297–309. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.08.006>