

Calidad de vida en personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores.

Una revisión integradora.

Wendy Gisella García Vargas¹

María Fernanda Pastrana Parra²

Luz Dalila Vargas Cruz³

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A.)

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

2018-1

¹ Estudiante de enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A.).

Email: wegarcia@udca.edu.co

² Estudiante de enfermería. Email: mpastrana@udca.edu.co

³ Enfermera, MG. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A.). Email:

luvargas@udca.edu.co

Introducción

La Calidad de Vida (CV) la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (González-Consuegra & Verdú, 2010). Es un concepto subjetivo, la mayoría de las personas parecen tener una idea intuitiva de lo que significa. Las personas lo relacionan con bienestar, felicidad, satisfacción, capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida; creencias, costumbres, hábitos, gustos, proyecto de vida, estilo de vida, en todo caso, se asocia con aspectos que están de acuerdo al imaginario de cada cual, según sus propias representaciones sociales (González-Consuegra & Verdú, 2010). Es decir, su concepto a pesar de querer ser definido abarca un gran número de particularidades a los que se ve expuesto el individuo, y que este es capaz de afrontar de acuerdo a su pensamiento.

La evolución histórica del concepto de “calidad de vida” ha pasado desde concepciones económicas y sociales, a ser tomada con un elemento unidimensional, de acuerdo a las condiciones medio ambientales y su consecuente deterioro de la vida urbana en respuesta al proceso de industrialización; para convertirse en un concepto más global y multidimensional que toma como referencia las posiciones objetivas y subjetivas del individuo, cabe aclarar, que se encuentran inmersos factores como la calidad en la condición de vida del individuo, el grado de satisfacción personal o sus valores, aspiraciones y expectativas personales (González-Consuegra & Verdú, 2010).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se entiende como: “la medida en la cual el bienestar físico, emocional o social habitual o esperado, se afecta como consecuencia de una enfermedad médica o por su tratamiento” y constituye una percepción subjetiva y multidimensional, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, y el tratamiento instituido en las múltiples dimensiones: física, emocional, social, familiar, funcional y espiritual (Tafernaberry, Otero, Agorio, & Dapuetto, 2016).

La CVRS se ve vulnerada de manera importante por las heridas crónicas, se conoce que la cicatrización definitiva de estas lesiones es lenta, difícil, en ocasiones limitada, cuando no es recidivante en su aparición, dolorosa, con limitación de la movilidad, con molestias tales como el exudado abundante, mal olor, la posibilidad de infección, el aislamiento, la depresión y muchos otros trastornos emocionales (no siempre menores) derivados de la presencia de la herida crónica (González-Consuegra & Verdú, 2010). También se ve influenciada en los cambios de la vida diaria, el sufrimiento, alteraciones de la autoestima y la angustia (Melguizo-Herrera, Díaz-Gómez, & Osorio-Lambis, 2011).

Se han realizado estudios que reportan asociación entre CVRS y la cicatrización (Armstrong, Lavery, Wrobel, & Vileikyte, 2008) (Ribu, Birkeland, Hanestad, Moum, & Rustoen, 2008), la inflamación y el tamaño de la herida (Ribu, Hanestad, Moum, Birkeland, & Rustoen, 2007), el dolor (Ribu, et al, 2006).

Las úlceras venosas (UV) crónicas de miembros inferiores son una patología frecuente que implica no solo un deterioro de la salud física de la persona quien la padece, también, representa una gran afectación económica que genera altos costos debido a una pérdida de capacidad laboral y al uso de recursos médicos para el tratamiento. También afecta de manera significativa la calidad de vida puesto que se genera una herida de difícil

manejo y lenta recuperación, posibilidades altas de infección, aislamiento, depresión y otros trastornos emocionales (González-Consuegra & Verdú, 2010).

Actualmente se considera que de 0,1% a 0,3% de la población mundial presenta una úlcera abierta y aproximadamente de 1% a 3% de la población del mundo con enfermedad venosa presentó una úlcera abierta y cicatrizada en algún momento de su vida (Nettel, et al, 2013). Por otro lado, la velocidad de curación de las úlceras venosas crónicas es lenta: solo 50% cura a los cuatro meses; 20% permanece abierta al cabo de dos años, y 8% al cabo de cinco años (Otero, Agorio, & Martínez, 2012).

En un estudio realizado, identificó que el 81% de 73 pacientes entrevistados y que padecían de úlceras en sus miembros inferiores aseveraban que su movilidad se había visto afectada de manera negativa, además una fuerte correlación entre el tiempo gastado en cuidados de las úlceras y los sentimientos de ira y resentimiento. El 68% de los pacientes reportó que la úlcera tenía un impacto emocional negativo en sus vidas, incluyendo sentimientos de miedo, aislamiento social, ira, depresión y autoimagen negativa (Phillips, Stanton, Provan, & Lew, 1994).

En Colombia, es difícil saber la incidencia y prevalencia de los problemas venosos, especialmente las úlceras venosas, debido a la escasez de estudios epidemiológicos basados en la población y a la poca información con relación a las diferencias étnicas. Mucho de lo que sabemos proviene de estudios realizados en otros países, a pesar incluso, de que las características de una enfermedad varían ampliamente por región geográfica (Ramírez & Norman, 2009).

Sin embargo, un estudio realizado en el Hospital Occidente de Kennedy donde se atiende a una población estimada de 3 millones de habitantes de la localidad; determinó que durante el primer semestre de 2010, 5066 consultas vasculares, el 90% corresponden a

patología venosa de las extremidades, especialmente úlceras venosas, con un importante consumo de recursos en el manejo, representado en insumos para la curación en la clínica de heridas, con tiempos muy variado para el cierre con manejo medico (curaciones por enfermería, gasas vaselinadas y vendaje elástico de baja compresión), que oscilan entre 6 meses a varios años (Fajardo Chavarro, Nieves Pinzon, Ramirez Gomez , & Camacho, 2013).

El presente trabajo es una revisión integrada sobre la calidad de vida en pacientes con úlceras venosas en miembros inferiores donde se tuvo en cuenta los diferentes tratamientos propuestos, los instrumentos de medición de la calidad de vida especialmente el instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas llamado Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) (González-Consuegra & Verdú, 2010). El cual a través de las cuatro dimensiones en los que se evalúan se analizó la información obtenida. Esto por supuesto, en relación con la calidad de vida y las úlceras venosas. Este instrumento se seleccionó después de un análisis previo a la realización de la revisión esto con el fin de tener en un punto de partida para la discusión de los resultados que se iban obteniendo, estableciendo criterios claros para esta información.

Justificación

Cuanto más pasa el tiempo, más tratamientos para manejar las úlceras venosas son desarrollados en todo el mundo. Investigaciones sobre nuevos productos, sobre la mejora de los ya existente, sobre lo que se debe o no hacer, sobre una y otra cosa que a su vez ha generado tantas opciones, tan diversas y variadas que en cierto punto dejan de ser conocidas por toda la comunidad del sector salud. Por supuesto, dichos tratamiento son creados con el fin de dar una resolución más pronta y definitiva a la ulceración de miembros inferiores y en el proceso, un aspecto verdaderamente importante, es qué tanto se ve afectada positivamente la calidad de vida de aquellas personas que han decidido incursionar en nuevas opciones de tratamiento, porque es en este punto, donde verdaderamente se puede diferenciar un manejo de la herida que sea de calidad y que aborde a las personas no solo desde su herida, sino también desde lo que la herida le ha provocado a la estabilidad de su vida diaria.

El manejo local de la herida es tan fundamental como tratar la etiología que llevó a la úlcera venosa a aparecer, pues, si no se comprenden las causas y no son abordadas de manera concomitante con el tratamiento de la úlcera, muy probablemente la persona va a incurrir nuevamente en su herida a pesar de ya haber cicatrizado y a pesar también de todos los esfuerzos iniciales que se pudieron poner para su resolución (Asociación Colombiana De Angiología Y Cirugía Vascular, 2009).

La explicación a la realización de este trabajo se debe a la importancia de evaluar el estado de una persona con heridas venosas, no sólo físicamente sino también en razón de la

calidad de vida, así se tiene una visión holística del problema que se presenta. No es la misma situación la de una persona sin ningún tipo de afección física, que la de una persona que se encuentra en atención de la curación a largo plazo de una úlcera y que a su vez puede ser afectado también por circunstancias negativas que hacen que el tratamiento se vuelve más complejo y largo, perjudicando su buen vivir. Para que los resultados en calidad de vida se expresen de manera más organizada, se han tomado en cuenta las dimensiones del instrumento CCVUQ que son función social, actividades domésticas, estética y estado emocional (González-Consuegra & Verdú, 2010); puesto que este es un instrumento específico para calidad de vida en úlceras venosas permite que la información recopilada sea distribuida en función de los aspectos que más afectan a las personas con esta afección y que así mismo se prioricen los principales inconvenientes para así tenerlos en cuenta a la hora priorizar sus intervenciones y cuidados.

Retomando la idea anterior sobre la variedad de tratamientos, este escrito es una herramienta que concentra toda la información respecto a las diversas maneras de abordar una úlcera venosa y, sobre todo, como esto afecta a la calidad de vida tanto de manera positiva como de manera negativa, permitiendo mayor claridad frente a lo que es útil y a lo que no da resultados exitosos de curación. La idea es que todo el conocimiento que ha sido generado sea consolidado en el presente documento para que la información se presente de manera integral y se pueda contar por lo menos con más herramientas para una intervención de mayor calidad.

Saber cuál elección es mejor para la calidad de vida de los pacientes, permite tener a la vanguardia a las enfermeras acerca de las tradicionales y nuevas técnicas para la curación de las lesiones, ya que es enfermería la encargada de llevar el seguimiento del tratamiento

de los sujetos de cuidado que están a su cargo. No sólo se trataría la herida como tal sino, como ya se mencionó, variables que permiten una mejoría en la calidad de vida.

Por otro lado, esta investigación busca contribuir con el proyecto investigativo denominado “Percepción de calidad de vida de personas con manejo de heridas crónicas de origen venoso con matriz extracelular y terapia antibiopelícula” la cual pretende determinar la percepción de la CVRS de personas que reciben el tratamiento propuesto en la investigación para heridas crónicas. Nuestra investigación se ubica en la primera etapa de dicho proyecto, donde se hará la recopilación de la información que permita generar una base de conocimiento sobre la cual se hará la edificación del nuevo saber y así mismo contribuir al grupo de investigación “Saber y Práctica de Enfermería” de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Tabla de contenido

1. MARCO CONCEPTUAL	12
1.1. ÚLCERAS VENOSAS	12
1.2. CALIDAD DE VIDA.....	19
<i>1.2.1. Escalas de valoración.....</i>	<i>23</i>
<i>1.2.2. Otros métodos de valoración.....</i>	<i>26</i>
1.3. TRATAMIENTOS	27
<i>1.3.1. Uso de compresión.....</i>	<i>27</i>
<i>1.3.2. Escleroterapia.....</i>	<i>28</i>
<i>1.3.3. Estimulación Eléctrica Neuromuscular.....</i>	<i>28</i>
<i>1.3.4 Apósitos.....</i>	<i>29</i>
<i>1.3.5 Injertos de piel.....</i>	<i>29</i>
<i>1.3.6. Terapia larval.....</i>	<i>30</i>
<i>1.3.7. Plasma.....</i>	<i>30</i>
<i>1.3.8. Ablación endovenosa con láser y cirugía convencional.....</i>	<i>31</i>
2. OBJETIVOS.....	35
2.1. OBJETIVO GENERAL	35
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3. MATERIALES Y MÉTODOS	36
3.1. TIPO DE ESTUDIO	36
<i>3.1.1. Etapas de la conducción de una revisión integradora:.....</i>	<i>36</i>
<i>3.1.2. Diseño.....</i>	<i>38</i>
3.2. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	38
<i>3.2.1. Descriptores.....</i>	<i>38</i>
<i>3.2.2 Algoritmos.....</i>	<i>39</i>
3.3. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	39
3.4. METODOLOGÍA DE SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	39
4. REVISIÓN DE LITERATURA Y OTRAS FUENTES	41
5. DISCUSIÓN	46
5.1. DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO CCVUQ	47
<i>5.1.1. Función social.....</i>	<i>48</i>
<i>5.1.2. Actividades domésticas.....</i>	<i>50</i>
<i>5.1.3. Estética.....</i>	<i>50</i>
<i>5.1.4. Estado emocional.....</i>	<i>52</i>
5.2. TRATAMIENTOS	53
<i>5.2.1. Compresión.....</i>	<i>53</i>
<i>5.2.2. Escleroterapia.....</i>	<i>55</i>
<i>5.2.3. Estimulación eléctrica neuromuscular.....</i>	<i>56</i>
<i>5.2.4. Apósitos.....</i>	<i>56</i>
<i>5.2.5. Injertos de piel.....</i>	<i>57</i>
<i>5.2.6. Terapia larval.....</i>	<i>58</i>

5.2.7. <i>Plasma rico en plaquetas.</i>	58
5.2.8. <i>Ablación endovenosa con láser y cirugía convencional.</i>	58
5.3. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y DE SALUD.	59
5.4. ESCOGENCIA DEL CHARING CROSS VENOUS ÚLCER QUESTIONNAIRE.	60
6. CONCLUSIONES.....	63
7. RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS	69

Tablas

<i>Tabla 1. Resultados por bases de datos de acuerdo a las combinaciones utilizadas para el filtrado de artículos.</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 2. Artículos seleccionados con todos los criterios de inclusión, según CASPe y dimensiones evaluadas.</i>	<i>43</i>

1. Marco Conceptual

1.1. Úlceras Venosas

Las úlceras pueden definirse como cualquier lesión presente en el tejido epitelial, en la mucosa o en ciertos órganos que perjudica sus funciones básicas. Se caracterizan por una pérdida de tejido adyacente a la epidermis, a veces la dermis y en muchos casos alcanzan el tejido celular subcutáneo y menos frecuentemente los músculos (Gatti, Vieira, Barraviera, & Barraviera, 2011).

Las úlceras en las piernas se definen como cualquier daño cutáneo que se produce por debajo de la rodilla y que puede demorar más de seis semanas en cicatrizar. Las úlceras en las piernas pueden ser de etiología arterial, venosa o mixta y a menudo pueden tardar muchos meses o años en cicatrizar (Chamanga, 2014)

El riesgo de desarrollar úlceras en las piernas aumenta con el incremento de la edad, ya que la condición a menudo se complica con comorbilidades asociado a enfermedad arterial y venosa (Chamanga, 2014). Una úlcera venosa es una herida que puede ser causada tanto por hipertensión venosa superficial (Palfreyman, Michaels, & Brazier, 2007) como por enfermedad venosa crónica (ECV) y son el tipo de herida crónica más frecuente (Palfreyman, et al, 2007). La ulceración de pierna se caracteriza por un patrón cíclico de cicatrización y recurrencia que presentan tasas de recurrencia que varían entre 26% y 70% a un año dependiendo de la efectiva relación con la terapia de compresión. La úlcera puede tardar mucho tiempo en sanar y una minoría significativa de pacientes no consigue una

cicatrización completa o lo hace sólo después de muchos años (Palfreyman, Michaels, & Brazier, 2007).

Las úlceras venosas representan más del 70% de todos los tipos de úlceras, incluidas las que tienen una etiología arterial o neuropática / diabética o una combinación de etiologías (Kelechi, Johnson, & Yates, 2015); en general, aparecen en la fase inflamatoria o proliferativa del ECV, pero algunas características dificultan la cicatrización, como la acumulación de metaloproteinasas, colagenasas y elastasas. Estas moléculas degradan el colágeno y los factores de crecimiento obstaculizando así la epitelización; incluso, desarrollan un microambiente con baja tensión de oxígeno que provoca la proliferación de fibroblastos y consecuentemente el aumento de fibrosis tisular.

Las úlceras crónicas tienden a ser colonizadas por agentes como bacterias y hongos, retrasando así la cicatrización (Gatti, Vieira, Barraviera, & Barraviera, 2011); sin embargo, hay que tener en cuenta también que las úlceras frecuentemente tienen colonización polimicrobiana, pero esto no significa infección. Clínicamente, la infección se manifiesta por celulitis peri ulcerosa, secreción purulenta y/o manifestaciones sistémicas (Asociación Colombiana De Angiología Y Cirugía Vascular., 2009).

En general, una úlcera venosa es inicialmente irregular y superficial, pero puede llegar a ser profunda con bordes bien definidos y exudado amarillento. Puede ser singular o múltiple y de tamaños y ubicaciones variables, pero normalmente ocurre en la porción distal de los miembros inferiores, particularmente en la región del maléolo medial (Gatti, Vieira, Barraviera, & Barraviera, 2011).

Dentro de los factores de riesgo que pueden ser propulsores de las úlceras venosas se encuentran aquellos que no son modificables como la edad avanzada, presentar diabetes mayor, hipertensión, tener una enfermedad articular/esquelética de las piernas (p. ej., artritis

reumatoidea), tromboembolismo venoso, antecedentes familiares de úlceras venosas en miembro inferiores, reflujo de la vena profunda o perforante y obstrucción venosa profunda, o combinación de ambos; dentro de los factores de riesgo que pueden ser modificables se encuentra la inactividad física y un índice de masa corporal no adecuado (Kelechi, Johnson, & Yates, 2015). Sin embargo, algunos estudios demuestran que, aunque para algunas personas la causa de la úlcera es totalmente clara, para otros, su úlcera simplemente había aparecido sin previo aviso, considerando incluso los factores ocupacionales como predisposiciones al desarrollo de la úlcera (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013).

Cuando hay signos físicos de ECV, el sistema de clasificación que más se utiliza es la clasificación CEAP: C (presentación clínica), E (factores etiológicos), A (ubicación anatómica) y P (proceso patológico) (Kelechi, Johnson, & Yates, 2015); donde:

<i>Clase</i>	<i>Signo clínico</i>
0	No hay signos visibles o palpables de enfermedad venosa.
1	Telangiectasias o venas reticulares
2	Venas varicosas, que se distinguen de las reticulares por presentar un diámetro de 3 mm
3	Edema sin cambios en la piel
4	Cambios en la piel atribuidos a enfermedad venosa <ul style="list-style-type: none"> 4a - hiperpigmentación 4b - eccema venoso 4c - lipodermatoesclerosis

	4d – atrofia
5	Cambios en la piel (como se define en la clase 4) en conjunción con una ulceración cicatrizada
6	Cambios en la piel (como se define en la clase 4) en conjunción con una ulceración activa

(Kelechi, Johnson, & Yates, 2015)

No existe un sistema de clasificación específico para úlceras venosas o un consenso que determine un mejor enfoque para organizarlos (por ej., grosor completo versus parcial) (Kelechi, Johnson, & Yates, 2015).

Las úlceras en las piernas pueden hacer que los pacientes se sientan impotentes y aislados, limitan su movilidad, sus actividades físicas y son dolorosas (Palfreyman, Michaels, & Brazier, 2007); de hecho, varios estudios informaron que las úlceras en las piernas pueden causar una serie de síntomas físicos, pero, que uno de los efectos clave identificados en los estudios fue el dolor (Palfreyman, et al, 2007). En las descripciones del dolor se incluye su naturaleza incesante y la gravedad y el momento del dolor experimentado, especialmente durante toda la noche. Al presentarse el dolor, se presenta una renuencia a tomar analgesia, a menudo debido a un cóctel de medicamentos tomados para sus comorbilidades. La analgesia, en ocasiones se siente ineficaz por el tipo y la intensidad del dolor experimentado (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013). El aliviar el dolor de los pacientes, es un factor clave e indispensable, pues, se ha demostrado que es el síntoma que mayor problema causa a los pacientes (Palfreyman, Michaels, & Brazier, 2007).

El impacto del exudado y el olor es fuertemente descrito, en especial, por los desafíos que estos problemas plantean para la vida cotidiana. Estos síntomas devastadores pueden llegar a causar vergüenza, retraimiento y estrés. A fin de controlar los efectos reveladores del olor y el exudado en sus vidas, muchas personas, limitan su contacto con los demás y crean un aislamiento autoimpuesto (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013).

Existe también una gran variedad de efectos emocionales debido a la ulceración, que incluyen depresión, mala autoimagen y temor a las reacciones de las personas. Para este tipo de sentimientos, se crean estrategias de afrontamiento adoptadas por las personas con úlceras venosas. Algunas de estas, se esfuerzan por mantener un funcionamiento "normal", mientras que otras padecen de ansiedad y depresión, y en algunos casos, se generan incluso pensamientos suicidas (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013).

En cuanto a restricciones en la vida diaria, muchas personas deciden quedarse en casa porque las actividades que habitualmente llevan a cabo cada día se vuelven más difíciles. Otros se quedan en casa para limitar su contacto con los demás o para evitar más lesiones. Por alguna razón, la vida diaria normal se ve interrumpida para muchos como resultado de la ulceración (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013).

Para la movilidad, se reportan dificultades para caminar, ya sea debido a la incomodidad de la herida o debido a los apósitos que dicha herida requiere; incluso, se crea un constante miedo a caerse debido a la lesión (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013). El mantenimiento de la higiene personal, a pesar de ser extremadamente importante, plantea varias dificultades. La discusión se centra

en problemas para bañarse o ducharse debido al vendaje y de la necesidad de lavarse las piernas entre las aplicaciones de los apósitos (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013).

El sueño se ve afectado en mayor medida debido al dolor. Por otra parte, la falta de sueño acentúa la naturaleza debilitante de la condición y dificulta el funcionamiento diario. En cuanto a relaciones, algunos miembros de la familia comienzan a ser necesarios para ayudar con las actividades diarias y, en algunos casos, los cuidadores se convierten en sujetos de cuidado también. Para las personas más jóvenes los efectos de sus úlceras se ven más prevalentes a la hora de formar una relación íntima (Green, Jester, & McKinley, Patient perspectives of their leg ulcer journey, 2013).

Lamentablemente, la mala gestión también puede contribuir al empeoramiento de los síntomas. Los problemas de manejo comunes que pueden afectar a los pacientes con úlceras de pierna incluyen vendajes aplicados incorrectamente que no son fácilmente tolerados por los pacientes, calzado que no les queda bien, lo que significa que la movilidad se reduce o se ve comprometida, personas con heridas muy exudantes que permanecen en vendajes húmedos durante períodos prolongados de tiempo, lo que lleva a la excoiación de la piel y que genera sentimientos negativos y desalentadores por su experiencia con el tratamiento de la úlcera (Chamanga, 2014).

El diagnóstico de las úlceras venosas de miembros inferiores se basa principalmente en una evaluación de la historia del paciente y el examen clínico. La evaluación debe determinar si hay antecedentes familiares o se presentan condiciones tromboembólicas pasadas o presentes, y disfunción de la bomba del músculo de la pantorrilla, que a su vez causa una mayor resistencia al retorno venoso y afecta las válvulas. Los factores identificados que presentan resultados deficientes para cicatrización incluyen una úlcera de

larga duración, infección, uso prolongado de antibióticos tópicos y sistémicos, y mala adherencia al tratamiento de compresión.

La evaluación y documentación de estas úlceras, debe incluir medidas del tamaño (longitud, ancho y profundidad), ubicación en la pierna, estado de los bordes de la herida, características del lecho de la herida (fase de cicatrización en la que se encuentra), presencia de exudado, olor y dolor, y la condición de la piel perilesional. La evaluación en el entorno clínico debe incluir un índice brazo-tobillo (ABI) como una medida del estado de perfusión de la extremidad inferior. ABI descarta enfermedades arteriales coexistentes y determina el nivel apropiado de compresión que se utilizará para el tratamiento (Kelechi, Johnson, & Yates, 2015).

La pronta identificación de la ECV puede permitir un tratamiento oportuno, dirigido a reducir los síntomas y prevenir el progreso de la ulceración. A los pacientes con factores de riesgo conocidos o con signos precoces de insuficiencia, se les debe indicar que usen medidas de compresión de manera inmediata y sistemática durante las horas de vigilia para prevenir edema y ulceración venosa. Además de la compresión, existen 3 categorías adicionales de estrategias preventivas, que incluyen el control de peso para la obesidad, actividad física para mejorar la eficiencia de la bomba de músculo de la pantorrilla y el tratamiento de las varicosidades (Kelechi, Johnson, & Yates, 2015). Reconocer de forma temprana el riesgo de padecer una úlcera venosa de miembros inferiores, puede permitir, intervenciones pertinentes que eviten el desencadenamiento de la enfermedad y por ende un aumento en la calidad de vida de las personas.

1.2. Calidad de Vida

La evaluación de la calidad de vida es importante para la medición del estado de salud de los pacientes. Para la Organización Mundial de la Salud, el concepto de calidad de vida es una captación personal e individual de la situación que vive el sujeto en su contexto cultural, sistema de valores por el que vive con relación a sus objetivos, expectativas, patrones y ansiedades, al igual que el grado de dependencia de los demás, sus relaciones sociales y factores ambientales. (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011). Es por esto que se tiene como un concepto más personal, y su medición ha hecho que surjan diversos instrumentos en un intento de volver este concepto subjetivo, objetivo.

La calidad de vida influye en las afecciones dermatológicas como lo son las úlceras de los miembros inferiores, siendo este un funcionamiento biopsicosocial del paciente que es importante valorar; el aspecto biopsicosocial abarca tanto su condición financiera, como los efectos del tratamiento, la sintomatología, el grado de dependencia, su entorno natural y su rol social (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011).

En la evaluación de la calidad de vida se encuentra que hay influencia por parte de la capacidad de movilidad de los pacientes, esta última en relación con el dolor. Además de verse afectada la limitación de movilidad, trastornos del sueño, sufrimiento psicosocial, dificultad en el aseo personal, aislamiento social y dificultades con actividad profesional. (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011). Otros autores afirman que la calidad de vida es una forma de examinar la salud física, la función sexual y cognitiva, el estado psicológico, el grado de independencia, de las relaciones sociales, y características ambientales, además de sus creencias personales, la productividad laboral, la percepción de la persona sobre la enfermedad, el dolor la imagen corporal, el sueño y la autoestima (Çeviker, et al, 2015).

Por consiguiente, enfermería en su fundamento del cuidado prepara al paciente para que su autocuidado tenga en cuenta factores en relación a sus úlceras venosas, la edad, las comorbilidades y su nivel social. Por medio de la educación individual para cada sujeto de cuidado se plantea tareas para que las personas principalmente de edad avanzada: minimicen la pérdida de funcionalidad, mantengan la capacidad de realizar actividades básicas de vida y protejan de una desmejora o de una afectación en la calidad de vida (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011). Además de permitir tener un pronóstico de la enfermedad, entender los efectos de las intervenciones terapéuticas que pueda tener el individuo y permitir una adherencia al tratamiento de cada uno de los sujetos de cuidado. (Çeviker, et al, 2015)

Además, se ha detectado una asociación estadísticamente significativa entre la disminución percibida de la calidad de vida y una presencia de infección en el área de la herida. Esto se debe también a lo descrito anteriormente, ya que la infección se relaciona con situaciones como dolor, exudado y olor, componentes que evalúa la calidad de vida (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016).

En estudios como el de Bączyk (2011), y el estudio de Srithara (2012), se observa que los pacientes que tienen úlceras venosas crónicas a menudo sufren depresión, en este último, el estudio se realiza con varias escalas de medición de calidad de vida, sin embargo, emplean una específica, la escala CES-D (Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos), en los resultados de Sritharan, Lane, & Davies (2012) se menciona que ninguno de los pacientes había sido diagnosticado previamente al inicio del estudio, por ende tampoco habían recibido tratamiento para la depresión. Menciona igualmente que la incidencia de la depresión en los pacientes con venas varicosas sintomáticas es del 29% y disminuye al 26% cuando se excluyen a quienes presentan úlceras venosas activas o en su

cicatrización completa, significando que los últimos representan 3 puntos porcentuales dentro de la estadística de esta patología, alto, si se tiene en cuenta que algunos de estos pacientes ya tienen sus úlceras inactivas.

En el mismo estudio, el resultado reportado representa el doble de la prevalencia que presenta depresión dentro de la población general. Este resultado da importancia a la valoración de la calidad de vida debido a que al ser más frecuente que el resto de la población, se considera un problema mayor dentro de una enfermedad que en ocasiones solo se valora a nivel físico (Srtharan, Lane, & Davies, 2012).

La depresión a pesar de no ser una enfermedad que se valore de gran manera en la población que sufre de úlceras venosas, se ha demostrado que la ansiedad al igual que la depresión retrasan la cicatrización aguda de las heridas. Sin embargo, no hay investigaciones que traten en general la salud mental y las complicaciones que pueden tener con las enfermedades orgánicas, pero el número de pacientes con trastorno de depresión y ansiedad va en aumento (Finlayson, et al, 2012).

Generalmente, los estudios evalúan la calidad de vida de adultos mayores, sin embargo, pocos son los estudios que abarcan otra población que también se ve afectada por las úlceras en los miembros inferiores, es el caso de los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas intravenosas. Investigar con ese grupo de personas es complejo debido a la dificultad de intervención, a que ellos no se acercan a centros de salud para tratarse o por el desinterés de este. Abarcar esta población en los estudios permite que su situación también pueda mejorar como lo está haciendo con los adultos mayores. El reto es encontrar una manera de proporcionar esa atención y la accesibilidad a este grupo de personas para que la calidad de vida mejore exponencialmente (Palfreyman, et al, 2007).

Un estudio realizado en Brasil menciona la importancia de generar una reducción de tiempo en el traslado de los pacientes y en mejorar la calidad de vida por medio de la implementación de un protocolo para las personas que padecen de úlceras venosas y que son atendidas principalmente en una Unidad de Atención Primaria en Salud. La utilización de este protocolo permite que haya una estandarización de los procesos de atención en la curación y tratamiento en general por parte de las enfermeras. Se estima que esta herramienta serviría para calificar mejor al personal contribuyendo a que haya una mejor cicatrización en la herida y por ende haya una mejoría en la calidad de vida de estas personas (Araújo, et al, 2016).

Así mismo, la calidad de vida depende del estado de salud, a esto se le denomina Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), un término más específico para la evaluación de ésta de acuerdo al funcionamiento y la satisfacción del paciente según el estado actual de salud. Abarca la descripción de su propia situación de vida durante el proceso de enfermedad y el tratamiento correspondiente (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011).

La CVRS en pacientes con úlcera venosa tiene importancia cuando la medición de esta brinda información para la toma de decisiones clínicas de los diversos profesionales de las ciencias de la salud y permite definir políticas de salud para los tratamientos de los pacientes que sufren de estas úlceras venosas (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016).

Para la realización de la valoración de la CV se tiene en cuenta que hay obstáculos en esta ya que hay pacientes que presentan baja escolaridad o son analfabetas, por ende no hay una suficiente comprensión de las preguntas que se realizan en los diversos cuestionarios que se mostrarán a continuación (Araújo, et al, 2016). Entonces aquí radica otro proceso esencial

de la enfermera que se encuentra junto al paciente, la asistencia para la comprensión de las preguntas y que así no haya un sesgo debido a una mala interpretación de estas.

1.2.1. Escalas de valoración.

1.2.1.1. Cuestionario Aberdeen de venas varicosas (AVVQ).

Es un cuestionario basado en el paciente diseñado específicamente para medir los resultados de la vena varicosa creado en 1993 por Garratt et. Este cuestionario, que más tarde se llamaría el Cuestionario de venas varicosas Aberdeen (AVVQ), se inspiró en el SF-36 y se pensó que era más específico para la enfermedad y se centraba en los síntomas y las preguntas relevantes para los pacientes con varices. El cuestionario resultante consistió en 14 ítems con preguntas de opción múltiple y una tarea de dibujo para mapear la distribución y extensión de las venas varicosas en las propias piernas. La versión final, que todavía se usa hasta el momento en varias traducciones y configuraciones, usa 13 preguntas, incluida la tarea de dibujo de varices. También se ha desarrollado y está en uso una versión alternativa en línea, excluyendo la tarea de dibujo (Catarinella, Nieman, & Wittens, 2015).

1.2.1.2. Cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D).

Este cuestionario siendo genérico evalúa la CVRS a través de cinco ítems donde se obtiene un índice de preferencias para el uso de análisis económico. Estos ítems o dominios son: movilidad, autocuidado, capacidad de realización de actividades habituales, dolor, ansiedad y depresión. De acuerdo a las respuestas de los encuestados, se situarán en los 243 estados de salud que tienen una utilidad máxima de 1,0 (buena salud). Como valor añadido para la evaluación económica de los ensayos se pide a los participantes calificar su propio estado de salud usando una Escala Visual Análoga (EVA) con un puntaje de 0-100 (Jull, Parag, Walker, & Rodgers, 2010).

1.2.1.3. EuroQol-analógica Visual Puntuación (EQ -VAS).

El Grupo EuroQol comenzó el desarrollo de un instrumento estandarizado genérico relacionado con la calidad de vida en 1987. El EQ-5D-5L consta de dos partes: el sistema descriptivo EQ-5D-5L, que contiene preguntas de opción múltiple (cinco) sobre cinco dimensiones de salud (movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor / incomodidad, ansiedad / depresión); y la llamada escala analógica visual EQ (EQ VAS), que es una escala analógica visual de 20 cm que representa el "nivel" de salud del entrevistado. Se supone que estas dos partes generan una puntuación que está diseñada para proporcionar una representación precisa del estado de salud de uno (Catarinella, Nieman, & Wittens, 2015).

1.2.1.4. SF-12 y SF-36.

Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire, mejor conocido como SF-236 es un instrumento genérico de valoración de CVRS el cual cuenta con 36 preguntas en su versión más larga, 35 de ellas miden la salud percibida por medio de una escala con una puntuación de 0 a 100. Consta de ocho dominios: funcionamiento físico, limitación de funciones debido a la función física, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, limitación del rol y problemas emocionales y de salud mental. Estos ocho dominios se pueden resumir en dos puntuaciones en dos componentes: físico y mental (PCS y MCS, respectivamente).

La puntuación más alta refleja una mejor percepción de la salud, siendo 100 la mejor puntuación posible en cada uno de los dominios. SF-12 es entonces la versión corta del instrumento genérico, en este se valora igualmente los ocho dominios, pero con preguntas más precisas para una saturación menor, pero de igual importancia que en su versión normal (Jull, Parag, Walker, & Rodgers, 2010).

1.2.1.5. Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ).

El Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (adaptado al español CCUVQe) da puntuaciones de 0 a 100 donde el puntaje más alto indica una peor calidad de vida. Esta herramienta es un instrumento específico para la medición de úlceras venosas, permitiendo así también medir la CVRS ya que ofrece propiedades psicométricas, es sencillo y corto en su aplicación (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016).

Fue creado y validado en Londres con el fin de tener una medición cuantitativa del impacto de las úlceras venosas en las personas quienes las presentan. Ha sido también traducido transculturalmente en chino, castellano (CCVUQe) y portugués (brasileño). Al ser específico para estos casos, tiene utilidad además en el planteamiento del cuidado y de las acciones para cada paciente según el puntaje que se arroje, permitiendo una intervención específica capaz de mejorar la CV de los sujetos más allá de solamente el aspecto técnico del tratamiento (Araújo, et al, 2016).

Entonces en cualquiera de sus idiomas este instrumento valora a través de 20 de preguntas cuatro dimensiones: función social, actividades domésticas, estética y estado emocional (Jull, Parag, Walker, & Rodgers, 2010).

1.2.1.6. WHOQOL-BREF (TR).

Creada por la OMS y validada en Turquía, es una escala de medición de CV que proporciona aspectos genéricos, no específicos en su valoración. Su consistencia interna y fiabilidad se encuentran en los valores alfa de Cronbach: relaciones físicas 0.83, psicológicas 0.66, sociales 0.53 y medioambientales en 0,73 (Çeviker, et al, 2015).

1.2.1.7. WHOQOL 100.

Creada en 1991 por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS es una herramienta para la medición estandarizada de la CVRS y utilizada para la evaluación de esta en pacientes con enfermedades crónicas y que presenten dolor crónico. Utilizada también en

enfermedades como la insuficiencia venosa crónica ya que el dolor es una de las molestias más frecuentes entre estos pacientes. Permite adquirir la información sobre la CVRS con los dominios: físico, psicológico, nivel de independencia, social, ambiental y espiritual. Estos dominios se dividen en subescalas que permiten un análisis detallado de la calidad de vida de quienes se les valora (Tracz, Zamojska, Modrzejewski, Zaborski, & Grzesiak, 2015).

1.2.1.8. Índice de Calidad de Vida.

Esta escala se desarrolló con el fin de ser valorada en pacientes con enfermedades crónicas. Presenta cinco dominios: actividad, vida diaria, apoyo de salud y perspectiva psicológica. Su validez y fiabilidad se han publicado en estudios de Australia, Canadá y Estados Unidos (Finlayson, et al, 2012).

1.2.2. Otros métodos de valoración.

1.2.2.1. Entrevistas

Estas entrevistas permiten a los participantes articular plenamente sus experiencias y brindar una excelente oportunidad para entender el comportamiento. Inmediatamente después de cada entrevista, se completó un diario rector para registrar las observaciones sobre la entrevista y las ideas sobre la futura codificación. Las entrevistas continuaron hasta que se alcanzó la saturación de los datos y no se evidenciaron nuevos temas durante el análisis. Las grabaciones digitales se transcribieron textualmente y las transcripciones se verificaron con exactitud y se analizaron mediante análisis temático. Cuando se emplea un enfoque cualitativo de la investigación, no se pretende que los datos sean generalizables para la población en general (Green, Jester, & McKinley, 2013).

1.2.2.2. Estudio de Resultados Médicos (MOS).

Es medido a través de seis ítems como intensidad, frecuencia, duración del dolor, impacto del dolor en la vida diaria. Otro como auto-reporte abarca factores como gravedad y efectos del dolor (Finlayson, et al, 2012).

1.2.2.3. Escala de Depresión Geriátrica.

Es una escala diseñada para ser valorada en adultos mayores, de fácil diligenciamiento para ellos, específica para aquellos que se encuentran en un ambiente de atención ambulatoria. Consta de 15 ítems en su escala abreviada evitando la fatiga por parte de los evaluados. Se ha demostrado una confiabilidad, alta sensibilidad (84%) y especificidad (95%) en adultos mayores que no presentan alteraciones cognoscitivas (Finlayson, et al, 2012).

1.3. Tratamientos

1.3.1. Uso de compresión.

Es denominado por varios estudios como el tratamiento por excelencia para las úlceras venosas, esta técnica utiliza la aplicación de presión en la extremidad permitiendo la reducción de la hinchazón y favoreciendo el retorno venoso. Hay varias técnicas adicionales para realizar esta compresión, se encuentra el vendaje en diferentes capas y la compresión con medias especializadas. Se han establecido una clasificación para el nivel de presión aplicado, se tiene en cuenta que la luz es de <20 mmHg, que una presión moderada corresponde a 20-40 mmHg, una presión fuerte a 40-60 mmHg y muy fuerte mayor a 60 mmHg. (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016)

Varios estudios combinan métodos más especializados con el uso de la compresión, como es el caso de la escleroterapia. Se ha identificado mejoría en los resultados de esta por el uso de la compresión, se reduce la trombosis venosa profunda, la tromboflebitis, la

inflamación, el dolor, la pigmentación y estera, principales efectos secundarios. Además de reducir cuantitativamente los trombos endoluminales mejorando la eficacia del tratamiento (Hamel-Desnos, Guias, Desnos, & Mesgard, 2010).

Se encuentra además la comparación de los vendajes de corto estiramiento y las medias con compresión de dos capas, en donde se evidencia que las últimas presentan mejor tasa de cicatrización (Finlayson, et al, 2012).

1.3.2. Escleroterapia.

La escleroterapia permite obtener la oclusión de la vena que está siendo afectada por la úlcera. Es guiada por ultrasonido por medio de la punción directa con una aguja; el paciente se debe encontrar recostado. A través de esa aguja se inyecta un volumen de espuma permitido por cada sesión, suele estar entre los 2 ml y los 8 ml, la concentración puede variar también de acuerdo con el diámetro de la vena (Hamel-Desnos, Guias, Desnos, & Mesgard, 2010).

1.3.3. Estimulación Eléctrica Neuromuscular.

La estimulación eléctrica neuromuscular (EENM) es usada en pacientes en una posición sentada, con los pies descalzos y apoyados sobre un par de electrodos conductores que se encuentran en una base. Estos electrodos envían impulsos eléctricos a los músculos y nervios de los pies por medio de una base, provocando con una intensidad suficiente una contracción de los músculos del pie y la pantorrilla. Es totalmente necesario tener contacto directo entre la piel de ambos pies y los electrodos, para que funcione, sin embargo, puede hacer uso de las medias de compresión (Ravikumar, et al, 2017).

La principal ventaja de este tratamiento es el aumento de los parámetros de flujo sanguíneo venoso por la activación de los músculos de los miembros inferiores. En un

ensayo clínico realizado en Reino Unido, se mostró mejoría con el dispositivo en volumen de la extremidad, calidad de vida y el flujo venoso de los pacientes con enfermedad venosa crónica (Ravikumar, et al, 2017).

1.3.4 Apósitos.

Los apósitos constituyen un componente fundamental en el cuidado diario de la úlcera. Se considera que el apósito ideal tiende el objetivo de ofrecer protección mecánica y antibacteriana, mantiene un ambiente húmedo que favorece a la migración celular en la interface herida-apósito, permite el intercambio de gases y líquidos, absorbe el exudado excesivo y disminuye el olor; por otro lado, debe ser fácil de aplicar por el personal de salud o por el propio paciente, con el menor traumatismo, dolor o limitación de movilidad; también, evita recambios frecuentes, tiene un costo aceptable y está cubierto por los sistemas de salud (Morgado, Fustá , Pedregosa, & Alsina, 2017).

Los apósitos se caracterizan por su composición y sus diversas propiedades, que incluyen la conformación, la adherencia y la capacidad de absorción. Existen múltiples y diferentes apósitos que incluyen apósitos oclusivos, películas adhesivas semipermeables, apósitos no adherentes simples, materiales compuestos, películas transparentes, gasa de parafina, colágenos, hidrogeles, hidrocoloides, alginatos, espumas y antimicrobianos (Imbernón, et al, 2017).

1.3.5 Injertos de piel

Las úlceras venosas de miembros inferiores se tratan con apósitos para las heridas, agentes tópicos y terapia de compresión, que contribuyen a la cicatrización de heridas. Otra opción de tratamiento rápida y eficiente es el uso de injertos de piel para la cobertura de heridas. El éxito de los injertos de piel en el tratamiento de úlceras venosas de miembros

inferiores está relacionado con la condición del lecho receptor, la prevención de la contracción del injerto (que está asociada con el grosor del injerto) y la cobertura adecuada del sitio del donante porque las complicaciones en esta parte pueden afectar el resultado general del procedimiento. El injerto de piel es el procedimiento quirúrgico más utilizado para la cobertura de heridas de la piel, incluidas quemaduras, lesiones traumáticas, úlceras venosas y otras afecciones crónicas. Este es un procedimiento efectivo y de bajo costo que puede reducir el dolor y mejorar la CVRS y el estado funcional (Salomé, Blanes, & Ferreira, 2014).

1.3.6. Terapia larval.

Se cree que un aspecto importante del tratamiento de la herida es la eliminación del tejido desvitalizado de la superficie de la úlcera; un proceso llamado desbridamiento. Se ha sugerido que la terapia de larvas desbrida las heridas más rápidamente que los tratamientos estándar y estimula la cicatrización, reduce la carga bacteriana, y erradica el *Staphylococcus aureus* resistente a la penicilina. Las larvas utilizadas con fines medicinales están disponibles en formulaciones sueltas y en bolsas y son puestas sobre las úlceras por tres o cuatro días, aunque la evidencia demuestra que más que curación, la larva terapia contribuye en mayor medida en el desbridamiento de las heridas (Dumville, et al, 2009).

1.3.7. Plasma.

El plasma rico en plaquetas (PRP) es la fracción del plasma derivado de la sangre de la misma persona, que después de ser procesada, presenta una concentración de plaquetas que es mayor a la basal. Ha podido ser utilizada como terapia adyuvante en el tratamiento de úlceras crónicas de miembros inferiores, pues sirve como medio sellante y excipiente. Además de su importante efecto antiinflamatorio, la liberación del contenido de los

gránulos alfa actúa localmente estimulando el inicio de la cicatrización. Por otro lado, el PRP ha demostrado en algunos trabajos poseer actividad antimicrobiana contra *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans* y *Cryptococcus neoformans* (Salazar Álvarez, et al, 2014).

1.3.8. Ablación endovenosa con láser y cirugía convencional.

Tanto la ablación endovenosa con láser y la cirugía convencional fueron comparadas en un estudio en particular. La ablación láser es más segura que la cirugía convencional es una de las conclusiones de esta investigación. “En ambos grupos, las varices superficiales y los perforadores incompetentes se marcaron antes del procedimiento en la posición dependiente y las flebectomías concomitantes se realizaron a través de incisiones de puñaladas realizadas sobre afluentes varicosos, las cuales fueron avulsas usando un mosquito Kocherized o un gancho de vena”. Todos los pacientes que se sometieron a estas cirugías fueron vistos antes y después del procedimiento por parte de la misma enfermera de la investigación, que proporcionó las mismas instrucciones a los dos grupos.

También se proporcionó atención 24 horas vía telefónica para asesoramiento o ayuda. Estos pacientes fueron evaluados a la primera semana, sexta semana, tercer mes y al año del procedimiento. Los procedimientos se encargan de cerrar las válvulas de las venas várices, la principal diferencia entre estos procedimientos está dada en que la ablación endovenosa con láser es menos invasiva y más estética con respecto a su cicatrización (Carradice, et al, 2011).

2. Descripción del problema

La evaluación precisa, el tratamiento oportuno y el adecuado seguimiento son componentes esenciales para reducir al mínimo el potencial de discapacidad a largo plazo causados por las heridas crónicas (Fivenson & Scherschun, 2003). No solo se debe evaluar el estado de la herida, también es muy importante evaluar la calidad de vida de las personas para tener una visión holística del problema que se presenta. No es lo mismo tener una larga vida a tener una buena vida y así se realice tanto la atención como la curación a largo plazo de la úlcera, si no se previnieron las consecuencias en el espacio mental y social del sujeto y no se abordaron a tiempo, el tratamiento estará incompleto.

El buen manejo local de la herida, es decir, la utilización de los productos adecuados según su estado y estadio, disminuirán el mal olor, la secreción, el dolor y todas las molestias que surgen de las úlceras venosas crónicas (González-Consuegra & Verdú, 2010), circunstancias que pueden conducir a un mejoramiento también de la calidad de vida relacionada con la salud.

Las percepciones son definidas como “el resultado subjetivo de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad” (Solano Ruiz, Siles Gonzáles, & Fernandez de Freitas, 2008); lo que hace que, de acuerdo a estas percepciones, una persona tenga o no la capacidad de afrontar situaciones difíciles. Es por esto que el estado crónico, dado por alguna enfermedad, cambie la subjetividad de estos factores, transformando el

comportamiento de quien lo padece, conllevando a buscar mayores estrategias de apoyo en su familia y su entorno.

Al subrayar la CVRS cómo concepto subjetivo, se destacan los reportes que hacen los sujetos sobre aspectos relacionados con la salud, tratamiento, o aspectos que pueden afectar su diario vivir (Tafernaberry, Otero, Agorio, & Dapueto, 2016); es por esta razón, que se requiere de instrumentos que hagan de la medición de la CVRS, aún en su subjetividad, algo posible.

La literatura reporta múltiples instrumentos para determinar la calidad de vida y percepción de esta cuando se cursa con una herida crónica. Actualmente el más reciente instrumento encontrado para medir calidad de vida específicamente en pacientes con úlceras venosas en miembros inferiores es el CCVUQ que determina cuatro dimensiones importantes para la salud: la función social, las actividades domésticas, la dimensión estética y el estado emocional (González-Consuegra & Verdú, 2010) y el cual ha sido recientemente adaptado al castellano. El utilizar la especificidad de este instrumento en úlceras venosas para organizar la información encontrada en nuestra revisión permite una organización de todo lo recopilado a modo que se contribuya de manera segura a la calidad de vida de personas con este tipo de afección.

Al realizar una búsqueda exhaustiva con los descriptores calidad de vida y úlceras venosas, la cantidad de resultados reportados es muy extenso y, aunque esto representa diversidad en cuanto a contenido, puede que este mismo contenido no llegue a ser revisado en su totalidad por su misma extensión; llegando a ignorar grandes descubrimientos que pueden ser más útiles, por ejemplo, en cuanto a tratamientos o instrumentos de medición, que los que estamos acostumbrados a utilizar.

Por esta razón la pregunta que se plantea es ¿cuáles son los resultados sobre la calidad de vida en personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores frente a factores asociados que pueden afectarla? Ya que, se evidencia una necesidad de sintetizar los criterios que se han obtenido de múltiples búsquedas de información referentes a la calidad de vida de personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores, con el fin de conocer qué factores se tienen en común y cuáles no sobre la medición de esta y sus respectivos tratamientos.

Además de condensar la información para su fácil acceso, los artículos que se seleccionaron para la resolución de esta pregunta responden además, a la necesidad de tener un conocimiento previo a la realización de una investigación que se está proponiendo para el tratamiento de úlceras y a la cual el presente trabajo propende complementar; el tratamiento es un apósito de alta tecnología elaborado por un laboratorio español y que se espera, se evalúe además de la eficacia de la cicatrización, la calidad de vida de las personas que participen en las pruebas piloto para esta nueva terapia.

Este trabajo es pues, una revisión integradora que antecede a la ejecución de dicha investigación en el futuro y, por tanto, tendrá además una aplicación práctica para este estudio.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir a través de una revisión integradora la calidad de vida de personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores frente a factores asociados que puedan afectarla.

2.2. Objetivos Específicos

- Establecer las implicaciones que tiene en la calidad de vida de las personas la presencia de úlceras venosas crónicas en miembro inferiores, de acuerdo con las dimensiones del instrumento CCVUQ.
- Analizar el impacto generado en la calidad de vida de los pacientes con diversos tratamientos reportados en la literatura.
- Asociar las características personales y de salud en las personas con úlceras venosas en miembros inferiores con la calidad de vida.

3. Materiales y métodos

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio es una revisión integradora cualitativa que consta de una revisión de literatura cuyos resultados son descritos de manera de resumen cualitativo, sin una combinación estadística.

Una revisión integradora, incluye el análisis de investigaciones pertinentes que dan soporte a la toma de decisiones y a la mejora de la práctica clínica, posibilitando la síntesis del estado del conocimiento acerca de, para el caso del presente documento, calidad de vida en úlceras venosas. Este es un método valioso para la enfermería, pues muchas veces los profesionales no tienen tiempo para realizar la lectura de todo el conocimiento científico disponible debido al gran volumen, además de la dificultad para realizar el análisis crítico de los estudios (Dal Sasso Mendes, Campos Pereira Silveira, & Galvão, 2008). La revisión integradora se divide en las siguientes etapas:

3.1.1. Etapas de la conducción de una revisión integradora:

- **Formulación del problema:** como primer paso, la pregunta para la problemática identificada es ¿cuáles son los resultados sobre la calidad de vida en personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores frente factores asociados que pueden afectarla? Se plantea esta pregunta debido a la necesidad de sintetizar la información obtenida para unificar criterios y determinar qué factores tienen en común y cuáles son discordantes entre ellos obteniendo así una visión global de la

calidad de vida frente a los sujetos de estudio de cada uno de los artículos seleccionados.

- Localización y selección de los estudios primarios:
 - Criterios de inclusión:
 - Artículos comprendidos entre los años 2007 y 2017 y que fueran originales o de revisión.
 - Artículos que hablen sobre úlceras venosas en miembros inferiores y donde se haya trabajado con sujetos con esta patología.
 - Artículos que hablen y muestren resultados en calidad de vida relacionados con la presencia de úlceras venosas en miembros inferiores.
 - Artículos que presenten un instrumento de medición de la calidad de vida, ya sean de aspecto genérico o específicos para la enfermedad de úlceras venosas en miembros inferiores.
 - Artículos donde se presenten tratamientos para úlceras venosas y que estos sean medidos para calidad de vida.
 - Criterios de exclusión:
 - Artículos que no presenten ninguno de los criterios de inclusión mencionados anteriormente.
 - Artículos de tipo: reporte de caso, nota técnica, reflexión.
 - Documentos científicos tipo tesis.
 - Tema exclusivo sobre úlceras venosas.
 - No brinda aporte conceptual relevante a calidad de vida.

- Palabras clave: úlceras venosas, calidad de vida, tratamiento y Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire.
- Bases de datos: Science Direct, proquest, Clinical Key, pubmed, Ovid Nursing, MEDLINE with Full Text, Wiley y scielo.
- Extracción de datos: se realizaron dos tablas en Excel donde en la primera tabla se organizaron los artículos por base de datos y se dividieron en sus componentes y donde, en la segunda tabla, dependiendo del contexto del artículo se agruparon en categorías y subcategorías aquellos títulos que cumplieron con todos los criterios sugeridos.

3.1.2. Diseño.

El presente estudio es una revisión integradora cualitativa que consta de una revisión de literatura cuyos resultados son descritos de manera de resumen cualitativo

3.2. Metodología de recolección de la información

La revisión integradora se basó en una búsqueda de literatura científica en las bases de datos de Science Direct, proquest, Clinical Key, Pubmed, Ovid Nursing, MEDLINE with Full Text, Wiley y Scielo entre los meses de abril y julio del 2017.

3.2.1. Descriptores.

Los descriptores empleados de Descriptores de Ciencias de la Salud (decs) fueron "Úlceras venosas", "Calidad de vida" y "Tratamiento"; además de eso, se realizó una búsqueda con el nombre del cuestionario específico "Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire".

3.2.2 Algoritmos.

Los algoritmos se buscaron en las bases de datos antes mencionadas tanto en español, como en inglés y portugués; se realizó una combinación de estos cuatro términos para obtener resultados más precisos debido a la gran cantidad de resultados obtenidos con el uso de los descriptores individualmente.

Se hicieron uso de los siguientes algoritmos: Úlceras venosas and Charing cross venous ulcer questionnaire; Úlceras venosas and Calidad de Vida; Calidad de Vida and Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire; Úlceras venosas and Calidad de Vida and Charing cross venous ulcer questionnaire; Tratamiento and Úlceras varicosas and Calidad de vida.

3.3. Metodología de análisis de la información

La metodología de análisis para la lectura crítica la evidencia clínica de los artículos obtenidos es CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español), la cual nos ofrece instrumentos para la lectura crítica que cuenta con listas de verificación para evaluar ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, estudios de diagnósticos, reglas de predicción clínica, estudios cualitativos, estudios de casos y controles, estudios de cohortes y análisis de evaluaciones económicas (Santamaría, 2017).

Luego de realizar la lectura crítica de los 22 artículos, se determinó el diseño de estudio de cada artículo y de acuerdo a esto se le aplicó cada lista de verificación del CASPe de acuerdo a lo obtenido.

3.4. Metodología de sistematización de la información.

El análisis de resultados se realizaron dos tablas en Excel donde en la primera tabla se organizaron los artículos por base de datos y se dividieron en sus componentes (año de

publicación, país de origen, idioma, tipo de artículo, objetivos, metodología, resultados, palabras clave y conclusiones) donde se excluyeron monografías, editoriales, notas técnicas y artículos de reflexión. En la segunda tabla, dependiendo del contexto del artículo se agruparon en categorías y subcategorías aquellos títulos que cumplieron con todos los criterios sugeridos para destacar la idea principal de cada uno resaltando los aportes que hacían al término de calidad de vida. La mayor parte de los artículos seleccionados se obtuvieron en texto completo en el formato PDF.

4. Revisión de literatura y otras fuentes

Se analizaron ocho bases de datos revisadas arrojaron 19498 artículos (ScienceDirect 194, Proquest 9476, Clinical Key 3081, Pubmed 391, Ovid Nursing 4928, MEDLINE Full text 152, Wiley 1229 y scielo con 47 artículos) a los que se les aplicaron los filtros y se les hizo el debido análisis para así obtener 102 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión (Tabla1).

De estos 102 artículos se encontró que la mayor producción de literatura se hizo entre los años 2014, 2015 y 2016 con 18, 14 y 19 artículos respectivamente y que el año en el que hubo una gran deficiencia de publicaciones fue el 2008 con 1 artículo. En cuanto a País de origen, se encontró que Reino Unido está a la cabeza con 26 artículos publicados seguido por Brasil con 14 artículos y Estados Unidos de América con 13. Según el idioma, se reportan 86 artículos en inglés, 9 en español y 7 en portugués y según el tipo de artículo se encuentran 68 artículos originales, 28 artículos de revisión, 3 editoriales, 1 estudio de caso, 1 carta al editor y 1 libro.

Del total de los 102 artículos obtenidos en las bases de datos, se obtuvieron en total 22 artículos que cumplían con todos los criterios de inclusión, de los cuales: 13 corresponden a la base de datos Proquest siendo esta la mayor cantidad obtenida del total de las bases y descartándose 16 artículos del último filtro realizado; seguida por ScienceDirect con 3 artículos omitiendo 13 artículos igualmente del último filtro; Clinical Key y MEDLINE Full text con 2 artículos cada uno excluyendo 13 y 7 artículos

respectivamente y Ovid Nursing y Scielo cada una con un artículo descartando 3 y 8 artículos correspondientemente.

Finalmente, las bases de datos Pubmed y Wiley no reportaron ningún artículo que cumpliera con los criterios de inclusión, pues, o ya se habían encontrado los mismos resultados en las bases de datos anteriormente mencionadas o simplemente no tenía la información acerca de calidad de vida que se requería.

Los motivos para excluir un artículo fueron: que no fuese un escrito tipo artículo científico o revisión sistemática; que, a pesar de presentar tratamientos novedosos para úlceras venosas en estos, no se presentaban resultados claros de medición de calidad de vida; no aportaba conceptual relevante a calidad de vida; no se hablaba se manera exclusiva de úlceras venosas.

Los resultados se dividieron en las siguientes categorías: calidad de vida, terapias y úlcera venosa.

Tabla 1. Resultados por bases de datos de acuerdo a las combinaciones utilizadas para el filtrado de artículos.

Base de datos	Descriptores de búsqueda					Total, de artículos seleccionados	Totalidad de artículos con criterios de inclusión
	Úlceras venosas and Charing cross venous ulcer questionnaire	Úlceras venosas and Calidad de Vida	Calidad de Vida and Charing cross venous ulcer questionnaire	Úlceras venosas and Calidad de Vida and Charing cross venous ulcer questionnaire	Tratamiento and Úlceras varicosas and Calidad de vida		
Sciencedirect	24	164	4	2	116	16	3
Proquest	99	1157	68	96	8056	29	13
Clinical Key	435	932	434	636	644	15	2
Pubmed	7	199	0	4	181	15	0
Ovid Nursing	27	1400	1250	590	1661	4	1
MEDLINE Full text	5	99	0	0	52	9	2
Wiley	40	565	71	0	553	5	0
Scielo	8	32	0	0	13	9	1

TOTAL	645	4548	1827	1328	11276	102	22
--------------	-----	------	------	------	-------	------------	-----------

El estudio de cohorte fue la metodología más usada entre los artículos seleccionados con un total de 11 textos, comprendiendo los años 2007 a 2016, seguido del ensayo clínico con 9 entre un periodo de 2009 y 2017; y finaliza con el estudio de caso control y revisión con 1 artículo cada uno, siendo del año 2016 y 2014 respectivamente (Tabla 2).

Por otro lado, los artículos fueron analizados de acuerdo a las 4 dimensiones que evalúa el instrumento CCVUQ (la función social, las actividades domésticas, la dimensión estética y el estado emocional) donde se encontró que de los 22 artículos seleccionados, 11 artículos evalúan las cuatro dimensiones; por su parte, la dimensión estética y la función social son evaluada en 5 artículos respectivamente y las actividades domésticas y el estado emocional son evaluados en 7 artículos respectivamente (Tabla 2).

En los artículos que pertenecen a la clasificación: caso control, estudio de cohorte y revisión, todos (13 escritos) tienen el tema con claridad definido. Sin embargo, en el ensayo clínico, no es así, la pregunta no se encuentra definida claramente en todos los artículos, se intuye que esta está descrita con el objetivo planteado, pero no está textualmente clara en ninguna parte de los textos.

Tabla 2. Artículos seleccionados con todos los criterios de inclusión, según CASPe y dimensiones evaluadas.

No.	Autor	Año	Base de datos	Clasificación caspe	Dimensiones evaluadas
1	Sriharan, K.	2012	Sciencedirect	Estudio de cohorte	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
2	Ravikumar, R.	2017	Sciencedirect	Ensayo clínico	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
3	Augustin, M.	2014	Sciencedirect	Revisión	Función social,

					actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
4	González, H.	2016	Proquest	Estudio de cohorte	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
5	Hamel-Desnos, C.	2010	Proquest	Ensayo clínico	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
6	Baczyk, G.	2011	Proquest	Estudio de cohorte	Función social, estado emocional
7	Palfreyman, S. (1)	2007	Proquest	Estudio de cohorte	Función social, estado emocional, actividades domésticas
8	Çeviker, K.	2016	Proquest	Estudio de caso-control	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
9	Finlayson, K.	2012	Proquest	Ensayo clínico	Función social, estado emocional, actividades domésticas
10	Araújo, R.	2016	Proquest	Estudio de cohorte	Función social, dimensión estética
11	Jull, A.	2010	Proquest	Ensayo clínico	Función social, estado emocional, actividades domésticas
12	Tafernaberry, G.	2016	Proquest	Estudio de cohorte	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
13	Folguera-Álvarez, C.	2016	Proquest	Ensayo clínico	Dimensión estética
14	Palfreyman, S. (2)	2007	Proquest	Estudio de cohorte	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
15	Salomé, G.	2014	Proquest	Ensayo clínico	Dimensión estética y estado emocional
16	Dumville, J.	2009	Proquest	Ensayo clínico	Dimensión estética
17	Ashby, R.	2014	Clinical Key	Ensayo clínico	Dimensión estética y actividades domésticas
18	Salazar-Álvarez, A.	2014	Clinical Key	Estudio de cohorte	Estado emocional y actividades domésticas
19	Tracz, E.	2015	Ovid Nursing	Estudio de cohorte	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
20	Couto, R.	2016	Scielo	Estudio de cohorte	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
21	Carradice, D.	2011	MEDLINE full text	Ensayo clínico	Función social, actividades domésticas, Dimensión estética y estado emocional
22	Renner, R.	2009	MEDLINE full text	Estudio de cohorte	Función social, estado emocional, actividades

5. Discusión

En situaciones donde la capacidad de curar una condición crónica es limitada, es muy importante tener la capacidad de medir el efecto de una intervención o de un tratamiento que apunte a mejorar la calidad de vida. Una forma fácil de saber si el proceso terapéutico está reestableciendo la calidad de vida o, por el contrario, la está afectando, es preguntándole al paciente; esto se puede hacer mediante el uso de un cuestionario estructurado, con preguntas relacionadas a la manera en la que el paciente percibe su calidad de vida relacionada a su estado de salud. Si se aplicará el cuestionario antes, durante y después de un tratamiento, se podría obtener un aproximado a la realidad frente a la manera en la que se ha afectado la calidad de vida ya sea positivamente o negativamente (Palfreyman, Michaels, & Brazier, 2007)

Las implicaciones que repercuten en la calidad de vida de las personas cuando presentan úlceras venosas se evidencia a través de las cuatro dimensiones descritas por el instrumento Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ), pues, este al ser el instrumento por definición más adecuado para la evaluación de estas heridas en miembros inferiores por su especificidad, nos permite clasificar la información de manera más oportuna. Por tanto, se evaluaron las cuatro dimensiones para realizar el análisis en los 22 artículos que se seleccionaron bajo los criterios de inclusión. Es por esto que la función social, actividades domésticas, la estética y el estado emocional han sido las implicaciones. No es solamente la evaluación de los signos y síntomas físicos que pueden manifestar los pacientes, sino como la imagen corporal, el aislamiento social, la disminución de la

voluntad, la impotencia, la pérdida de autoconfianza, la depresión, desesperación, frustración, baja autoestima, insatisfacción e incluso los sentimiento de suciedad, ansiedad, ira, discriminación y rechazo de sus parejas han sido factores que influyen sobre la calidad de vida de estas personas (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016). Es ver más allá de lo puramente clínico y seguir un rumbo más holístico en su valoración. Otros cuestionarios como el CIVIQ 2 (Cuestionario de Insuficiencia Venosa Crónica) evalúa criterios como el dolor físico, el bienestar social y los efectos psicológicos (Hamel-Desnos, Guias, Desnos, & Mesgard, 2010), entre otros instrumentos que evalúan no sólo el aspecto técnico sino social de la población con úlceras venosas crónicas de miembros inferiores.

Para Bączyk et al. (2011) la evaluación de la calidad de vida en general y en pacientes con úlceras venosas crónicas es vital para la elaboración de programas terapéuticos individuales liderados por el equipo de enfermería; sirviendo de indicadores al planear el tratamiento, el cuidado por parte del personal de enfermería y la rehabilitación ambiental del paciente y la familia.

A pesar que los artículos abarcan diversos tratamientos y buscan la diferencia en la percepción de la calidad de vida del paciente, se ha demostrado que sí difería, pero era independiente a las modalidades del tratamiento (Çeviker, y otros, 2015).

5.1. Dimensiones del instrumento CCVUQ

De acuerdo a las dimensiones del CCVUQ, estos se ven afectados o no de acuerdo a la evaluación de las investigaciones que se han seleccionado dentro de los criterios de inclusión:

5.1.1. Función social.

Existe una relación entre el entorno natural y social y la calidad de vida. Para diversos autores, la evaluación de los efectos de los tratamientos para la enfermedad no es sólo en busca de eliminar síntomas sino, de poder evaluar el funcionamiento biopsicosocial y el desempeño de los papeles sociales que tiene cada uno de los individuos. El 80% de los pacientes que presentan úlceras crónicas en sus piernas, renuncian a desarrollar sus propios intereses, limitan las reuniones sociales y el establecimiento de nuevas relaciones e invierten su tiempo libre en pasar tiempo en su casa debido a las múltiples quejas con respecto a su úlcera (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011).¹

En un estudio de Palfreyman et al (2007), se evaluaron dos cohortes de personas con úlceras venosas. La primera representaba a los adultos generalmente mayores, que se encontraban cursando estas heridas por una enfermedad cardiovascular de base, y la segunda de jóvenes adultos que presentaban estas úlceras por el consumo de drogas intravenosas. La primera cohorte describió que tenía una red familiar y social grande, pero que el único inconveniente que tenía para la relación con ellos era el olor que brotaba de la herida vascular.

La segunda cohorte, en cambio, tuvieron poco contacto con amigos y/o familiares y al igual que el anterior, era el olor lo que más significaba el aislamiento social. Ambas cohortes concordaron en que el costo físico y emocional de presentar úlceras en la pierna daba una restricción social y un sentido de falta de poder, en término de actividades sociales y oportunidades para la interacción con otras personas, esencialmente los adultos jóvenes pues se encuentran en una edad de mayor comunicación social con el exterior. Varios de evaluados en la segunda cohorte también refirieron que hay afectación en la vida sexual y en las relaciones de pareja (Palfreyman, et al, 2007).

Por otro lado, Tracz et al. (2015) realizó un estudio en el que evaluaba la calidad de vida en pacientes con úlceras venosas utilizando la clasificación CEAP para enfermedad venosa crónica, donde se prestó la atención principal a las características clínicas (parámetro C) de los pacientes clasificados como C4 y C6. También se midió, mediante la encuesta de calidad de vida-WHOQOL 100 los dominios: Físico, Psicológico, Nivel de Independencia, Social, Ambiental y Espiritual.

El estudio demostró que, en cuanto a dolor, los pacientes clasificados como C6 reportaban más intensas molestias que aquellos clasificados en C4, lo que generaba limitaciones moderadas de las actividades de la vida diaria y requerían de la administración de analgésicos. Frente a los resultados de calidad de vida medidos con el instrumento, revelaron que el dominio significativamente más afectado era el físico frente a los otros dominios y se encontró una relación entre dolor y malestar, energía y cansancio, movilidad y capacidad para trabajar y/o estudiar debido en parte a que las úlceras venosas y en especial, el dolor que estas generan limita el movimiento (Tracz, Zamojska, Modrzejewski, Zaborski, & Grzesiak, 2015).

Es así como la reclusión social se asocia posiblemente a síntomas clínicos, al olor y al exudado de la herida, que afecta cuando las personas se encuentran en lugares públicos y en convivencia con otras personas. Así comienza un distanciamiento en la comunicación y en el entorno común del sujeto que se ve exclusivamente obligado a tener que mantenerse en su hogar para no incomodar a las demás personas (Green, Jester, McKinley, & Pooler, 2014) (Maddox, 2012).

5.1.2. Actividades domésticas.

Dentro de estas actividades domésticas y su relación con la funcionalidad de las personas, en el estudio realizado por Bączyk et al. (2011) los participantes se referían a actividades como el trabajo doméstico, el lavado de la ropa y la casa y al desplazamiento inclusive dentro del hogar.

En otros estudios, como el realizado por Palfreyman (2007), la cohorte de mayor edad en su investigación decía que las actividades domésticas se veían limitadas además de una condición preexistente como la artritis, se mostraba más limitada cuando la movilidad se veía reducida también por el dolor que generaba la movilización y la ayuda de diversos dispositivos para poderse desplazar por su hogar.

Las quejas más frecuentes fueron el dolor, el edema, la mialgia y la sensación de ardor, que inducía a una angustia por la discapacidad continua para la realización de las actividades diarias (Çeviker, et al, 2015).

5.1.3. Estética.

La dimensión estética abarca para autores como Ravikumar et al. (2017) el volumen de las extremidades de la población estudiada, sin embargo, no representa para ninguno de sus grupos valorados un efecto a mediano plazo con respecto a la calidad de vida con el tratamiento que ellos valoran. Para otros, como González et al. (2016) esta dimensión tiene una estrecha relación con áreas como el dolor, el exudado y el olor que pueden desprender la herida vascular, que incluso, es en el estudio realizado por estos autores la segunda dimensión con mayor impacto en la calidad de vida de los sujetos que padecen estas heridas.

En la evaluación de los efectos secundarios de tanto la presencia de las úlceras venosas crónicas como de su manejo han sido evaluados por Hamel- Desnos et al. (2010) con criterios como dolor, inflamación, equimosis, induración, pigmentación y estera, puntuando cada criterio y produciendo una puntuación total, que en gran parte de las personas involucradas en el estudio tuvo una repercusión más significativa en la calidad de vida cuando era o no manejada por tratamientos especializados.

Para las personas, recuperar la capacidad física completamente y lograr el alivio del dolor son objetivos más importantes que mejorar la apariencia de la extremidad (Tracz, Zamojska, Modrzejewski, Zaborski, & Grzesiak, 2015). Sin embargo este criterio puede variar conforme a la edad ya que durante la adaptación del CCVUQ para úlceras venosas crónicas que se hizo en Uruguay, se encontró que dentro de las dimensiones que maneja este instrumento, las que permitieron diferenciar un rango de edad fueron las de estética y estado emocional pues a estas dos dimensiones quienes reportaron peor calidad de vida fueron los pacientes más jóvenes; esto puede deberse al impacto que genera la UV en la CVRS en cuanto a que genera aislamiento social, baja autoestima o retraimiento (Tafernaberry, Otero, Agorio, & Dapuetto, 2016).

La dimensión estética se ve más comprometida en el caso de una herida crónica que pueden tener más de un año de duración, pues empieza a generar un mayor grado de preocupación en quien la padece y a su vez, comienza a generar un mayor grado de insatisfacción con la valoración del propio cuerpo, afectando negativamente su autoestima y por ende la calidad de vida (Araújo, et al, 2016).

5.1.4. Estado emocional.

Para diversos estudios, el estado emocional se abarcó también como los resultados en salud mental y más precisamente, en la depresión que no estaba tan específicamente definida en las venas varicosas sintomáticas, como en el caso del estudio realizado por Srtharan et al. (2012) y que en el cual se demuestra que la depresión si afecta negativamente en la calidad de vida de estos pacientes.

Para el estudio realizado por González, et al. (2016) el estado emocional fue el aspecto que más afectó la CVRS con un promedio de $77,67 \pm 17,34$, sin embargo, no se profundiza en que aspectos más directamente relacionados están siendo afectado. Como sí se logra evidenciar en el estudio de Salomé, et al (2014) donde las personas que presentan estas UV experimentan cambios en el estilo de vida, las expectativas y valores que ya tenían establecidas, esto tiene que ver en este dominio debido a que hay una limitación funcional, dolor y el olor que repercuten directamente en el bienestar emocional y la situación empeora conforme el tiempo de curación se hace más prolongado afectando también la autoestima (Araújo, et al, 2016).

Para Bączyk et al (2011) involucra la depresión de los pacientes de su estudio como la consecuencia de presentar insomnio, cansancio, agotamiento y falta de energía. En otras investigaciones los pacientes pueden declararla debida al sentimiento de suciedad por la apariencia y el olor, generando tal impacto psicológico, otros los refieren directamente como “a veces me sentía muy deprimido, sobre todo cuando estoy sufriendo como loco, siento como si sólo quisiera sentarme y llorar”, sin embargo, los más jóvenes piensan que presentan estas úlceras venosas debido a un castigo al uso indiscriminado de drogas intravenosas y se relacionaba la efectación de este dominio por la vergüenza que les genera y el aislamiento social (Palfreyman, et al, 2007).

Otro aspecto a tener en cuenta respecto a la depresión es que esta no se asociaba al nivel de curación (Finlayson, et al, 2012). Es decir, a pesar de que se ha demostrado que la depresión y la ansiedad pueden retrasar la cicatrización de las heridas, se carece de estudios que respalden la relación entre tener una salud mental afectada negativamente y la curación de las úlceras venosas crónicas (Stacey, Jopp-Mckay, Rashid, Hoskin, & Thompson, 1997) (Cole-King & Harding, 2001).

5.2. Tratamientos

5.2.1. Compresión.

Existen distintas pruebas en donde se evidencia que la terapia compresiva, favorece al proceso de curación de las úlceras venosas; por ejemplo, una revisión sistemática de 33 estudios primarios y 2 meta análisis que incluyeron a más de 1000 pacientes, concluyeron que la terapia compresiva aumenta la tasa de curación de las úlceras venosas. Por otro lado, en una revisión sistemática de 48 ensayos clínicos con 4321 pacientes, donde comparó la eficacia del uso de algún vendaje de compresión, frente a no utilizar ninguna presión en la curación encontraron que la terapia compresiva mejora el flujo del retorno venoso, disminuye el edema y el dolor y favorece el proceso de curación (Folguera Álvarez , et al, 2016).

Los vendajes multicapa, reducen el calibre de venas superficiales y profundas mejorando el efecto de la bomba muscular de las piernas y reduciendo el volumen residual y la presión venosa. Se ha evidenciado que los vendajes de 4 capas están asociados con un tiempo de cicatrización más corto, pero que los de dos capas pueden llegar a ser más tolerados por los pacientes por lo que afecta de manera más positiva la calidad de vida frente a otros tratamientos de compresión (Folguera Álvarez , et al, 2016).

Otro estudio que habla acerca del uso de tratamientos de compresión, como lo es el de las medias de dos capas, demuestra, que puede ser tan efectivo como los vendajes de cuatro capas, sin embargo, el estudio no encontró que este tratamiento mostrase superioridad en cuanto a las tasas de curación, las cuales pueden ser aumentadas en un 25% respecto a los vendajes; por otro lado, a pesar de lo que se esperaba, varios participantes tuvieron quejas respecto al uso de las medias de compresión de dos capas, incluso, aunque sean más prácticas, pero este tema no se ahondó en el artículo.

En lo positivo y lo que puede ser beneficioso para la calidad de vida, es que se demostró que permiten a las personas desenvolverse en su vida diaria de mejor manera; tanto, que las personas se acostumbran a usarlas no solo como el tratamiento de la úlcera, sino también para su mantenimiento después de la curación evitando la reaparición de la lesión; esto genera una mejor relación costo-beneficio probablemente debido a la menor consulta a enfermería y centros de salud y a una mejor autogestión. El aspecto de que tan costo efectivo podía ser este tratamiento, fue el tópico principal del estudio. (Ashby, et al, 2014). Para otros investigadores, la terapia de compresión es clave para el proceso de curación de las úlceras, alrededor de un 70% de los pacientes generaron un aceleramiento de esta cicatrización a diferencia de quienes no estuvieron sometidos a este tratamiento concomitante con otros de más alta tecnología (Nelson, et al, 2006). Sin embargo, hay pacientes que, por diversas razones como una mala praxis o una desatención por parte del uso de la compresión, no responden completamente a dicho tratamiento (Tracz, Zamojska, Modrzejewski, Zaborski, & Grzesiak, 2015).

Como ya se dijo, la terapia de compresión tiene varias maneras para realizarse, también se han investigado cuales de estas formas para ejercer presión han sido las mejores y las

más útiles en razón a la cicatrización por parte de los pacientes, y la media de compresión con respecto a los vendajes de estiramiento resulta con mejores tasas en esa cicatrización (Franks, et al, 2004).

Otros estudios realizaron investigaciones con respecto a la cantidad de capas necesaria para acelerar ese proceso, y se determinó que se disminuye de 15 a 10 semanas la cicatrización de la úlcera si se realiza con cuatro capas. Aunque este vendaje de compresión no alcanza significativamente proporciones de curación más altas que cualquier otro tipo de terapia de este tipo (Finlayson, et al, 2012).

En todos los estudios logra mejorar el proceso de cicatrización y de aceleración de la curación, es por esto que se considera que al dar por finalizado como tal el proceso de tratamiento de la úlcera, si hay una mejoraría en la calidad de vida de los pacientes con esta terapia, esto por encima de incluso ciertas particularidades como la dimensión estética que en ocasiones algunos pacientes refieren se ve afectada debida a la cantidad de capas que algunas veces se utilizan.

Esto también da a entender que al ser una terapia que muchas veces se lleva a cabo con otras, es preferible el uso de medias de compresión para su uso que cualquier otro método, además, tendrán el mismo efecto a largo plazo.

5.2.2. Escleroterapia.

Esta terapia es una de las más innovadoras que se presentó en toda la revisión integradora, y se usó en concomitancia con la compresión, sin embargo, no hubo superioridad en la prevención y manejo de la tromboflebitis, inflamación, dolor, pigmentación y estera, con respecto a los pacientes que no lo usaron. En el estudio de este

tratamiento en particular se valoró la calidad de vida como el impacto del dolor, el impacto social, el funcionamiento físico y la dimensión psicológica.

Se evidenció que la escleroterapia logró mejorar la calidad de vida en los grupos en quienes se utilizó. También mejoró la sintomatología de los pacientes que están relacionados directamente con la calidad de vida como la sensación de piernas pesadas, dolor, edema, parestesia y calambres (Hamel-Desnos, Guias, Desnos, & Mesgard, 2010).

5.2.3. Estimulación eléctrica neuromuscular.

Esta terapia se ha realizado en individuos sanos para aumentar el flujo sanguíneo venoso mediante la activación artificial de las bombas musculares de las extremidades inferiores. Esta investigación realizó una comparación de la gravedad clínica y la evaluación de calidad de vida a través de los cuestionarios AVVQ, EQ5D y SF-12, entre la semana 0 y la semana 6. En la última semana los pacientes mostraron una mejora en ambas puntuaciones en el grupo control, aumentando la calidad de vida, sin embargo, disminuyó en el grupo de prueba con la estimulación eléctrica neuromuscular (Ravikumar, et al, 2017).

Llegándose a la conclusión que la prueba de la estimulación eléctrica neuromuscular puede tener dificultades para la mejoría de la calidad de vida a pesar de ser un tratamiento que mejora el proceso de curación de la úlcera. Siendo negativo su uso si valoramos únicamente este aspecto.

5.2.4. Apósitos.

En cuanto a los apósitos, no solo se consideran un factor clave en el tratamiento de las úlceras venosas, también, hay una gran cantidad de tipos que buscan cubrir de manera efectiva todos los aspectos que un apósito ideal debe tener para obtener la adecuada curación de la úlcera. De acuerdo a su composición física, por ejemplo, algunos pueden ser

más flexibles que otros o absorber exudado más que los otros; sin embargo, no hay estudios que demuestren relevancias significativas entre los apósitos modernos frente al tiempo de curación de la úlcera y, tampoco se ha demostrado una gran superioridad con los apósitos convencionales como las gasas, a diferencia de los hidrocoloides e hidrogeles.

Por otro lado, escoger el apósito adecuado para el tratamiento, tampoco es una tarea fácil, pues depende del tipo y características que tiene la herida, los resultados que se quieren alcanzar; lo que se desea priorizar, si humectar, proteger, debridar, y el costo/beneficio del apósito, donde se consideran que los apósitos modernos tienen ventaja frente a los convencionales. Tener el apósito adecuado, que se adapte al paciente y le genere una sensación de confort, contribuye a la calidad de vida, todo depende de lo que él escoja y sienta como oportuno y apropiado para sí mismo (Morgado, Fustá , Pedregosa, & Alsina, 2017).

5.2.5. Injertos de piel.

En el estudio que se realizó, donde se trató a un grupo de pacientes con el tratamiento convencional y a otro con injertos de piel, se encontró que, todas las úlceras de los pacientes que recibieron injertos de piel de espesor dividido fueron curadas 30 días después de la cirugía y en cuanto a la calidad de vida, se demostró que los pacientes tratados con el injerto reportaron mejoría en la CVRS en un 90% donde luego de la cirugía, las personas fueron más capaces de realizar las actividades de la vida cotidiana que antes no podían realizar, se redujo el dolor, hubo mayor participación en actividades sociales, se impactó positivamente en la salud emocional, en especial, en cuanto a la autoestima y se mejoró la perspectiva de vida de estas personas.

Por otro lado, hacen falta más estudios que respalden estos resultados, en especial, en el país; sin embargo, es claro que este procedimiento puede ser una gran opción de

tratamiento para las úlceras venosas de miembros inferiores (Salomé, Blanes, & Ferreira, 2014).

5.2.6. Terapia larval.

Frente a la terapia larval, no se encontró que fuese un procedimiento que contribuyese a la curación total de la úlcera, pero si mostró mejorías en cuanto al tiempo de desbridamiento y a la cicatrización frente al tratamiento con hidrogel. Sin embargo, estas ventajas no reportaron resultados significativos que impactaran de manera positiva a la CVRS de quienes recibieron este tratamiento y tampoco hubo una reducción de la carga bacteriana ni del dolor. Es posible encontrar mejores resultados si se realizan más estudios y con muestras mayores que permitan ahondar en las desventajas demostradas para la terapia larval de este estudio (Dumville, et al, 2009).

5.2.7. Plasma rico en plaquetas.

De acuerdo al artículo, el uso de la terapia de plasma rico en plaquetas (PRP) además de haber demostrado ser seguro, también presentó un alto porcentaje respecto a la reducción del área de la úlcera con un 59,8% y también se incluye un porcentaje considerable del cierre completo. Esto es respaldado por otros ensayos clínicos donde la terapia del PRP supera la terapia convencional de los grupos de control. Por otro lado, el uso de este método redujo significativamente los valores asociados a la escala visual análoga del dolor y hubo una mejoría relevante en los componentes de salud mental y física de la calidad de vida evaluados en el estudio (Salazar Álvarez, et al, 2014).

5.2.8. Ablación endovenosa con láser y cirugía convencional.

Estos procedimientos invasivos tuvieron resultados en la calidad de vida de los pacientes, significativamente mayor en el dominio de salud mental, sin embargo, no fue

considerado de una magnitud suficiente para ser clínicamente importante. Tampoco hubo diferencias entre las dos terapias en cuanto a resultado general de la calidad de vida. Si hubo diferencia en los resultados en los postoperatorios tempranos de las dos cirugías, donde el dolor era menor en la ablación endovenosa con respecto a la cirugía convencional, y no requirieron analgesia suplementaria.

Por tanto, el estudio expone que hay mejoras significativas en la calidad de vida con la ablación endovenosa laser, debido principalmente a ser mínimamente invasiva, llevar mejor un postoperatorio de la cirugía, y así tener una rápida mejoría en el retorno al trabajo y a sus actividades diarias. También hubo mejoría en el dominio estético, emocional, físico y la calidad de vida global con las dos terapias. A pesar de conocer que cualquier procedimiento invasivo acarrea un impacto negativo inmediatamente sobre la calidad de vida (Carradice, et al, 2011).

5.3. Características personales y de salud.

En la adaptación del CCVUQ en Uruguay se encontró que, como se ha encontrado en otros estudios previos, hay una asociación fuerte entre la mayor duración de una UV con las personas en estado de vulnerabilidad alta, bajos ingresos económicos y bajo nivel educativo contribuyendo así a una evolución insatisfactoria de la lesión. Sin embargo, se pone en tela de juicio la relación causa/efecto recíproco entre la úlcera y los ingresos socioeconómicos pues las úlceras al limitar el movimiento, también afectan el área laboral (Tafernaberry, Otero, Agorio, & Dapuetto, 2016).

Por otra parte, en el estudio realizado por Bączyk et al (2011) a 85 pacientes donde el 51% eran mujeres, se encontró que las limitaciones en el normal funcionamiento diario y los trastornos del sueño afectaban más a la población masculina que a la femenina; para Araujo et al (2016) se considera que los hombres que presentan UV necesitan tener una

mayor acogida por parte del sector salud, tanto como las mujeres, y que se les de una mayor orientación en la promoción del autocuidado.

También se evidenciaba una mayor afectación de la calidad de vida respecto a la movilidad en el grupo etario de mayor edad y del mismo modo hubo diferencia en este aspecto respecto a las personas solteras y casadas. En cuanto al nivel de educación, se confirma lo planteado por Tafernaberryet al (2016) en tanto que aquellas personas con niveles educativos más bajos, tienen un peor funcionamiento en el ámbito de bienestar que aquellos con educación superior (Bączyk, Talarska, Zawirska, Bryl, & Adamski, 2011).

Pese a que estos estudios presentaron resultados que permitían diferenciar algunas características demográficas que influyeron en sus resultados, la realidad es que la mayoría de estudios revisados en el presente documento concuerdan en que no hay una correlación significativa o una dependencia relevante entre factores como la edad, el género, el estado civil o la recurrencia de la herida y la percepción frente a la calidad de vida, pues en muchos, estos indicadores no afectaban de manera notable los resultados de sus análisis y en otros fueron variables que no se tuvieron muy en cuenta (Srtharan, Lane, & Davies, 2012) (Ravikumar, et al, 2017) (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016) (Çeviker, et al, 2015) (Finlayson, et al, 2012).

5.4. Escogencia del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire.

En los últimos años se han validado una serie de instrumentos de calidad de vida para los pacientes con enfermedad venosa, y con esto se incluyen también las úlceras producidas por esta etiología. Sin embargo, y a pesar de la cantidad, el CCVUQ ha sido citado como el único y más importante cuestionario de calidad de vida específico de la enfermedad de las úlceras venosas. Su sencillez y sensibilidad y el breve tiempo requerido

para la administración han llevado a que sea reconocido como un valioso instrumento para evaluar la progresión y la respuesta al tratamiento (Cardoso Couto, De Jesús Leal, & Brandao Pitta, 2016) (González, Quintana-Lorenzo, Perdomo-Peréz, & Verdú, 2016).

Tanto en la validación original del instrumento, como la validación en Uruguay y Brasil mostraron que este instrumento mostraba una consistencia interna satisfactoria, pues sus alfas de Cronbach van desde 0,7 a 0,95.

Por otro lado, para hacer de la medición de la CV algo más sensible a la situación de la persona evaluada, es necesario emplear un instrumento específico para la enfermedad que presenta; la ventaja de los instrumentos específicos de la enfermedad reside en la evaluación precisa de las cargas que se aplican principalmente a los afectados por dicha enfermedad en particular (Augustin, et al, 2014). Por esta razón, instrumentos genéricos como el SF-12/SF-36 o el EuroQol, aunque son los más utilizados, no son recomendables en casos muy específicos como lo son las UV en miembros inferiores (Tafernaberry, Otero, Agorio, & Dapueto, 2016). Al igual, El CCVUQ también puede tener uso en la práctica clínica para monitorear los resultados del paciente a medida que las úlceras cicatrizan, cosa que los instrumentos genéricos no pueden hacer de manera acertada (Jull, Parag, Walker, & Rodgers, 2010).

En resumen, la literatura muestra una gran variedad de resultados frente a la CV en UV; no solo se presentan resultados relevantes e interesantes frente a las cuatro dimensiones del CCVUQ, donde el dolor predomina como el principal obstáculo para realizar actividades de la vida diaria y las personas jóvenes se ven más afectadas por la presencia y la apariencia de la úlcera; se destaca la aparición de la depresión en el estado emocional como la más prevalente y la que genera el resultado más sorprendente de la investigación. También se encuentran resultados relevantes respecto a la diversidad de

tratamientos puestos en práctica, los cuales no siempre son viables y aún demuestran falta de investigación en su implementación. Se sigue destacando la compresión por encima de los otros tratamientos como principal opción terapéutica, pero con mayor eficacia si es fusionado con los demás. Finalmente, se evidencia por medio de la literatura que el instrumento de preferencia para evaluar la calidad de vida en úlceras venosas es el CCVUQ, el cual ya ha sido implementado en Brasil y Uruguay mostrando altas tasas de confiabilidad y resultados sobresalientes frente a los demás instrumentos genéricos.

6. Conclusiones

En cuanto a las dimensiones del CCVUQ, concluimos que, dentro de la función social se observa que, si bien las relaciones interpersonales se ven afectadas para toda la población con úlceras venosas, los adultos jóvenes son quienes más tienden a tener una repercusión más profunda, pues se encuentran en una etapa con una mayor comunicación social; por otro lado, el aislamiento social se da más por el olor de las úlceras y las limitaciones en el entorno laboral o académico se ve principalmente afectado por el dolor, el cual predomina su efecto también en las actividades domésticas al limitar el movimiento de los pacientes.

En la dimensión estética, predominan aspectos como el exudado, la inflamación, equimosis o pigmentación de la herida, sin embargo, algunos autores consideran que para las personas prepondera el hecho de curarse de la herida, del dolor y recuperar la capacidad física antes que mejorar la apariencia, cosa en la que podría diferir la población más joven pues son quienes nuevamente más puntúan mala calidad de vida tanto en este aspecto como en lo emocional; al igual, la cronicidad de una herida afecta también negativamente esta dimensión pues entre más pasa el tiempo mayor preocupación frente a la recuperación se produce y por ende mayor insatisfacción con el propio cuerpo.

Finalmente, dentro del estado emocional un factor predominante en toda la revisión, fue la depresión, ligada también a la baja autoestima producida por los cambios que genera en las expectativas de vida y los planes de una persona el tener una úlcera venosa y todos los demás factores previamente mencionados.

Frente a los tratamientos, la compresión es de suma importancia tanto terapia única como concomitante con otras opciones más innovadoras, fue de significativa importancia para la mayoría de los estudios que se realizaron ya que los grupos control podían usar estas medidas o se usaban como terapia adicional a los medios que se estaban investigando, casi en su mayoría logrando una mayor cicatrización de herida.

La escleroterapia fue el tratamiento más innovador encontrado ya que mejoró la sintomatología de los pacientes como el dolor, el edema o calambres mejorando la calidad de vida.

La estimulación eléctrica neuromuscular, a pesar de aumentar el flujo sanguíneo y a su vez mejorar el proceso de curación de la úlcera, no ayudó a mejorar la calidad de vida de los pacientes, por lo que para este aspecto no estaría recomendada; al igual que la terapia larval, pues, aunque esta mejoró el tiempo de desbridamiento y cicatrización, no se reportaron resultados de un impacto positivo en calidad de vida ya que no reducía el dolor.

Los injertos de piel reportaron el mayor porcentaje de mejoría de la CVRS de la revisión debido a que aumentaban la capacidad de las personas para reintegrarse rápidamente a las actividades de su vida cotidiana y se redujo el dolor considerablemente. El uso de PRP mejora aspectos como el alivio del dolor y tiene un alto porcentaje de cierre completo de la herida; pero al igual que los injertos de piel, requiere de más estudios que respalden sus resultados, especialmente en el país.

Los apósitos, al igual de la compresión, son considerados como claves para el tratamiento de las úlceras; esto ha generado que sin duda se hayan creado un sinnúmero de tipos, sin embargo, no hay evidencia que refuerce la superioridad de uno frente a otro, especialmente los apósitos modernos frente a los convencionales. No obstante, lo que realmente se busca con los apósitos es que humecte, proteja y ayude a desbrida la piel

haciendo que lo que verdaderamente marque la diferencia para el caso de la gran diversidad, es la relación costo/beneficio que convenga y ayude a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Y como último tratamiento se encuentra la cirugía que tanto de ablación láser como la tradicional, se encuentran con la particularidad de tener directamente un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes a quienes se les somete, ya que el postoperatorio es directamente una causa para el aumento del dolor y con esto uno de los dominios de la CVRS de los pacientes, actuando en esta negativamente.

Finalmente, en algunos estudios se hizo una relación entre el tiempo de prevalencia de la UV y las personas con un alto grado de vulnerabilidad como un bajo nivel de ingresos económicos y un bajo nivel educativo que no permite el progreso satisfactorio de la herida. Aunque, estos resultados pueden verse sesgados por el hecho que implica que la presencia de una UV es de hecho un desencadenante para la incapacidad de realizar actividades laborales normalmente. Otros aspectos como el género o el estado civil, muestran resultados insuficientes para usarlos como determinantes de la mejoría o el empeoramiento de la UV. En realidad, frente a características demográficas, no hay evidencia que sustente firmemente cuales son las condiciones particulares para la presencia de una UV y su buen o mal proceso de curación pues en la mayoría de estudios no se tuvieron en cuenta estas variables.

Durante la revisión, se evidenció que mucho se ha investigado frente a tratamientos y acciones durante la herida, pero poco se habla de la prevención y de cómo evitar que se incurra nuevamente en la úlcera venosa. Pocos estudios evaluaron la reaparición de la herida y quienes lo hicieron, no profundizaron en el que hacer para evitarla. Es importante que, una vez lograda la cicatrización, los esfuerzos se dirijan a la prevención de la

recurrencia, en lo posible enfocada en el manejo de la patología de base que en un inicio fue la que ocasionó la úlcera; bien se dice popularmente, es mejor prevenir que curar.

7. Recomendaciones

Es recomendable que se empiecen a efectuar más estudios sobre úlceras venosas y algunos tratamientos que se mencionaron en la presente revisión en el país, pues si bien es cierto que los tratamientos poco convencionales que demostraron mejorar la calidad de vida de la población podrían aumentar el nivel de la atención en salud y curación de heridas en Colombia, también es cierto que hasta haber evidencia tangible de dichos tratamientos en población Colombiana, no se puede verificar su efectividad.

También, se recomienda que se realicen más estudios con un énfasis en la prevención de las enfermedades que pueden llevar a una úlcera venosa visto que no hay mejor manera de contribuir a la calidad de vida de una persona con una herida, que evitando que aparezca dicha herida o que en el caso de quienes ya la padecieron, se evite que vuelvan a aparecer.

Resumen

El objetivo consistió en describir la calidad de vida de personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores frente a factores asociados que puedan afectarla. La metodología que se empleó fue una revisión de literatura a través de algoritmos en bases de datos (Science Direct, ProQuest, Clinical Key, Pubmed, Ovid Nursing, MEDLINE with Full Text, Wiley y Scielo) entre los meses de abril y julio del 2017, hasta lograr la saturación de información. Se obtuvo en total 22 artículos los cuales se analizaron de acuerdo al Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQe), instrumento específico para la valoración por dimensiones de la calidad de vida en personas con úlceras venosas; a los resultados de calidad de vida en las terapias y tratamientos encontrados. Finalmente se concluye que no existe un tratamiento estándar para la curación de estas heridas vasculares, sin embargo, la terapia por excelencia ha sido la compresión y los apósitos. No todos los artículos abarcan la valoración de todas las dimensiones del CCVUQe, sin embargo, se valoran por lo menos dos de estas, entre las más afectadas se encuentra la función social y el dominio estético. La literatura muestra nuevos tratamientos de alta tecnología que han comenzado a emplearse, sin embargo, la valoración de la calidad de vida no tiene una investigación tan exhaustiva como el cierre directo de la herida.

Palabras Claves: "Úlceras venosas", "Calidad de vida" y "Tratamiento".

Referencias

Araújo, R., Silva, D., Souto, R., Pergola-Marconato, A., Fernandes Costa, I., & Torres, G. (2016). Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. *AQUICHAN*, 16(1), 56-66.

Armstrong, D., Lavery, L., Wrobel, J., & Vileikyte, L. (2008). Quality of life in healing diabetic wounds: does the end justify the means? *The Journal of Foot and Ankle Surgery : Official Publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 47(4), 278-282.

Ashby, R., Gabe, R., Ali, S., Adderley, U., Bland, M., Cullum, N., . . . Torgerson, D. (2014). Clinical and cost-effectiveness of compression hosiery versus compression bandages in treatment of venous leg ulcers (Venous leg Ulcer Study IV, VenUS IV): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9920), 871-879.

Asociación Colombiana De Angiología Y Cirugía Vascular. (2009). Guías Colombianas Para El Diagnóstico Y El Manejo De Los Desórdenes Crónicos De Las Venas. *Úlcera Venosa*, 197-208. Bogotá D. C.: Guadalupe S.A.

Augustin, M., Langenbruch, A. K., Herberger, K., Baade, K., Goepel, L., & Blome, C. (2014). Quality of life measurement in chronic wounds and inflammatory skin diseases: Definitions, standards and instruments. *Wound Medicine*, 5, 29-38.

Bączyk, G., Talarska, D., Zawirska, A., Bryl, A., & Adamski, Z. (2011). Functioning and quality of life of patients with leg ulcers treated at dermatology wards. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 28(3), 191-196.

Cardoso Couto, R., De Jesús Leal, F., & Brandao Pitta, G. B. (2016). Validation of the Portuguese language version of a chronic venous ulcer quality of life questionnaire (Charing Cross. *J Vasc Bras.*, 15(1), 4-10.

Carradice, D., Mekako, A., Mazari, F., Samuel, N., Hatfield, J., & Chetter, I. (2011). Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins. *The British journal of surgery*, 98(4), 501-510.

Catarinella, F. S., Nieman, F. H., & Wittens, C. H. (2015). An overview of the most commonly used venous quality of life and clinical outcome measurements. *Journal of Vascular Surgery. Venous and Lymphatic Disorders*, 3(3), 333-340.

Çeviker, K., Şahinalp, Ş., Çiçek, E., Demir, D., Uysal, D., Yazkan, R., . . . Yavuz, T. (2015). Quality of life in patients with chronic venous disease in Turkey: influence of different treatment modalities at 6-month follow-up. *Quality of Life Research*, 25(6), 1527-1536.

Chamanga, E. T. (2014). Understanding the impact of leg ulcer bandaging on patient quality of life. *JCN*, 28(1), 40-47.

Cole-King, A., & Harding, K. (2001). Psychological Factors and Delayed Healing in Chronic Wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 216-220.

Dal Sasso Mendes, K., Campos Pereira Silveira, R. C. D., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4).

Dumville, J. C., Worthy, G., Bland, M. J., Cullum, N., Dowson, C., Iglesia, C., . . . Torgerson, D. (2009). Larval therapy for leg ulcers (VenUS II): randomised controlled trial. *BMJ*, 338-345.

Fajardo Chavarro, E., Nieves Pinzon, E., Ramirez Gomez , M. A., & Camacho, E. A. (2013). Tratamiento de la ulcera venosa con escleroespuma versus manejo conservador. Bogotá D.C., Colombia.

Finlayson, K., Courtney, M., Gibb, M., O'Brien, J., Parker, C., & Edwards, H. (2012). The effectiveness of a four-layer compression bandage system in comparison with Class 3 compression hosiery on healing and quality of life in patients with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. *International Wound Journal*, 11(1), 21-27.

Fivenson, D., & Scherschun, L. (2003). Clinical and economic impact of Apligraf for the treatment of nonhealing venous leg ulcers. *International Journal of Dermatology*, 42(12), 960-965.

Folguera Álvarez , C., Garrido Elustondo, S., Verdú Soriano, J., García García Alcalá, D., Sánchez Hernández, M., Torres de Castro, O. G., . . . ECAMulticapa Group. (2016). ECAMulticapa: Effectiveness of doublelayered compression therapy for healing venous ulcers in primary care: a Study Protocol. *BMC Nursing*, 15(58).

Franks, P., Moody, M., Moffatt, C., Martin, R., Blewett, R., Seymour, E., . . . Heron, A. (2004). Randomized trial of cohesive short-stretch versus four-layer bandaging in the management of venous ulceration. *Wound Repair and Regeneration*, 12(2), 157-162.

Garratt, A., Ruta, D., Abdalla , M., Buckingham, J., & Russell, I. (1993). The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS. *BMJ Clinical Research*, 1440-1444.

Gatti, M., Vieira, L., Barraviera , B., & Barraviera, S. (2011). Treatment of venous ulcers with fibrin sealant derived from snake venom. *The Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases*, 17(2), 226-229.

González, H., Quintana-Lorenzo, M., Perdomo-Peréz, E., & Verdú, J. (2016). Correlation between health-related quality of life and venous leg ulcer's severity and characteristics: a cross-sectional study. *International Wound Journal*, 14(2), 360-368.

González-Consuegra, R. V., & Verdú, J. (2010). Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. *Gerokomos*, 21(3), 131-139.

Green, J., Jester, R., & McKinley, R. (2013). Patient perspectives of their leg ulcer journey. *Journal of Wound Care*, 22(2), 58-66.

Green, J., Jester, R., McKinley, R., & Pooler, A. (2014). The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *Journal of Wound Care*, 23(12).

Hamel-Desnos, C., Guías, B., Desnos, P., & Mesgard, A. (2010). Foam Sclerotherapy of the Saphenous Veins: Randomised Controlled Trial with or without Compression. *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery*, 39(4), 500-507.

Imbernón, A., Ortiz, F. J., Sanjuan, M., Portero, I., Aguilar, A., & Gallego, M. Á. (2017). Aspectos generales de los apósitos y las medias de compresión para las úlceras venosas crónicas. *Piel. Formación Continuada en Dermatología*.

Jull, A., Parag, V., Walker, N., & Rodgers, A. (2010). Responsiveness of generic and disease-specific health-related quality of life instruments to venous ulcer healing. *Wound Repair and Regeneration*, 18(1), 26-30.

Kelechi, T. J., Johnson, J. J., & Yates, S. (Junio de 2015). Chronic venous disease and venous leg ulcers: An evidence-based update. *Journal of Vascular Nursing*, 23(2), 36-46.

Maddox, D. (2012). Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nursing Standard*, 26(38), 42-49.

Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., & Nataniel, C. (junio de 2011). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 91(3), 149-155.

Melguizo-Herrera, E., Díaz-Gómez, A., & Osorio-Lambis, M. (2011). Calidad de vida en personas con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 942-952.

Morgado, D., Fustá, X., Pedregosa, S., & Alsina, M. (2017). Apósitos para úlceras. *Piel. Formación continuada en dermatología*, 1-5.

Nelson, E., Douglas, H., Prescott, R., Gibson, B., Brown, D., & Ruckley, V. (2006). Prevention of recurrence of venous ulceration: Randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression. *Journal of vascular surgery*, 44(4), 803-808.

Nettel, F., Rodríguez, N., Nigro, J., González, M., Conde, A., Muñoa, A., . . . Guerrero, V. (2013). Primero consenso latinoamericano de úlceras venosas. Resumen. *Revista Mexicana de Angiología*, 41(3), 95-126.

Otero, G., Agorio, C., & Martínez, M. (2012). Úlceras de miembros inferiores. Característica clinicoepidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas. *Revista Médica de Uruguay*, 28(3), 182-189.

Palfreyman, S., Michaels, J., & Brazier, J. (18 de Julio de 2007). Development of a tool to examine the effect of venous ulcers on patients' quality of life. *Nursing Standard*, 21(45), 57-69.

Palfreyman, S., Tod, A., King, B., Tomlinson, D., Brazier, J., & Michaels, J. (2007). Impact of intravenous drug use on quality of life for patients with venous ulcers. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 458-467.

Phillips, T., Stanton, B., Provan, A., & Lew, R. (1994). A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social and psychologic implications. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 31(1), 49-53.

Ramirez, P., & Norman, D. (2009). *Guías Colombianas para el diagnóstico y el manejo de los desórdenes crónicos de las venas*. Bogotá D. C.: Guadalupe S.A.

Ravikumar, R., Williams, K., Babber, A., Lane, T., Moore, H., & Davies, A. (2017). Randomised Controlled Trial: Potential Benefit of a Footplate Neuromuscular Electrical Stimulation Device in Patients with Chronic Venous Disease. *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery*, 53, 114-121.

Ribu, L., Birkeland, K., Hanestad, B., Moum, T., & Rustoen, T. (2008). A longitudinal study of patients with diabetes and foot ulcers and their health-related quality of life: wound healing and quality-of-life changes. *Journal Diabetes Complications*, 22(6), 400-407.

Ribu, L., Hanestad, B., Moum, T., Birkeland, K., & Rustoen, T. (2007). Health-related quality of life among patients with diabetes and foot ulcers: association with demographic and clinical characteristics. *Journal Diabetes Complications*, 21(4), 227-236.

Ribu, L., Rustoen, T., Birkeland, K., Hanestad, B., Paul, S., & Miaskowski, C. (2006). The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain and its impact on health-related quality of life. *The Journal of Pain*, 7(4), 290-299.

Salazar Álvarez, A. E., Riera del Moral, L. F., García Arranz, M., Álvarez García, J., Concepción Rodríguez, N. A., & Riera de Cubas, L. (2014). Uso de plasma rico en plaquetas para cicatrización de úlceras crónicas d emiembros inferiores. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 105(6), 597-604.

Salomé, G. M., Blanes, L., & Ferreira, L. M. (2014). The Impact of Skin Grafting on the Quality of Life and Self-Esteem of Patients with Venous Leg Ulcers. *World Journal of Surgery*, 38, 233-240.

Santamaría, R. (2017). Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). *Nefroplus*, 9(1), 100-101.

Solano Ruiz, M. D., Siles Gonzáles, J., & Fernandez de Freitas, G. (Marzo de 2008). Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio. Un estudio fenomenológico. *Index de Enfermería*, 17(1), 7-11.

Srtharan, K., Lane, T., & Davies, A. (2012). The Burden of Depression in Patients with Symptomatic Varicose Veins. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 43, 489-484.

Stacey, M., Jopp-Mckay, G., Rashid, P., Hoskin, S., & Thompson, P. (1997). The Influence of Dressings on Venous Ulcer Healing--A Randomised Trial. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 13(2), 174-179.

Tafernaberry, G., Otero, G., Agorio, C., & Dapueto, J. J. (2016). Adaptación y evaluación inicial del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire en pacientes con úlceras venosas crónicas en Uruguay. *Revista médica de Chile*, 144(1), 55-65.

Tracz, E., Zamojska, E., Modrzejewski, A., Zaborski, D., & Grzesiak, W. (2015). Quality of Life in Patients With Venous Stasis Ulcers and Others With Advanced Venous Insufficiency. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 96-102.