

## Contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural en personas con heridas en miembros inferiores

### *Social, biological, psychological, economic and cultural contexts of people with wounded legs*

RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ CONSUEGRA\* Y ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA\*\*

#### Resumen

La presente investigación caracteriza los contextos cultural, económico, social, biológico y psicológico de las personas usuarias del programa Clínica de Heridas dirigido por un grupo de profesoras del área de Fundamentación en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Se sabe que el cuidado de personas con heridas exige el conocimiento de la severidad de las mismas, especialmente las heridas vasculares que son crónicas y de lenta cicatrización. Las condiciones que retardan su recuperación conllevan alto riesgo de complicaciones, así como el estado nutricional, la accesibilidad a asistencia médica y la motivación para la recuperación.

La pobre cicatrización y las lesiones derivadas de los procesos lentos de recuperación de la integridad de la piel en las heridas de origen vascular son un grave problema de salud por-

que exponen al individuo a infecciones que pueden volverse graves o incluso llevar a la muerte, además porque originan una importante alteración de la autoestima, que puede causar en algunas personas aislamiento y sentimientos de minusvalía. En el proceso de recuperación hay que tener en cuenta aspectos como la nutrición, edad, enfermedades asociadas, estadio de la herida, aspectos psicológicos y apoyo social con que cuenta la persona.

Una vez definida la multicausalidad en las personas con heridas de origen vascular, se realiza esta investigación que pretende aportar, desde los diferentes contextos de estudio, las bases teóricas y prácticas que orienten en forma asertiva al profesional de enfermería y al resto del grupo interdisciplinario para elaborar planes de cuidado más integrales que trasciendan lo biológico, a fin de mejorar el estado de salud en la población vulnerable.

*Palabras clave:* factores culturales, factores políticos, infección de heridas, miembros inferiores.

#### Abstract

This research characterizes the cultural, economic, social, biological and psychological context of users of the Injury Treatment Center program led by a group of lecturers of the area of Groundwork in Nursing of the Nursery Faculty of Colombia's National University.

It is well known that the care of injured people demands the knowledge of the severity thereof, especially vascular injuries that are chronic and heal slowly. The conditions delaying

\* Enfermera Universidad Nacional de Colombia. Profesora titular Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Cardiopulmonar Universidad Nacional de Colombia, Especialista en salud ocupacional, Universidad de Antioquia, Magíster en docencia Universitaria Universidad de la Salle, Colombia, Estudiante de doctorado Universidad de Alicante, España.

\*\* Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magister en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia.

the recovery from these injuries imply a high level of complication, as well as the individual's nutritional state, access to medical assistance and motivation to recover.

The poor healing and injuries derived from slow recovery processes of the skin integrity in injuries of vascular origin are a serious health problem because they expose the individual to infections that may become severe and even fatal, also because they cause an important alteration of the self-esteem, which in turn can cause, in some people, isolation and disability feelings. In the process of recovery, one should take into account aspects such as nutrition, age, associated diseases, and the condition of the injury, physiological aspects and the social support provided to the person.

Once the multiple causality is defined in the individuals with injuries of vascular origin, this research will be carried out, whose intention is to provide, from the different contexts of the study, the theoretical and practical bases that may orientate, in an assertive manner, the nursing professional and the rest of the interdisciplinary group for them to be able to prepare more integral care plans that go beyond the biological aspect in order to improve the health conditions among vulnerable population.

*Key words:* Cultural factor, political factor, wound infection, members lower.

## MARCO DE REFERENCIA

Las úlceras crónicas de origen vascular son una patología de difícil manejo por la complejidad que implican; constituyen un problema de salud pública con gran repercusión socioeconómica y sanitaria debido a su elevada incidencia y prevalencia en la población a nivel mundial. Esta patología se asocia a enfermedades subyacentes como diabetes, hipertensión arterial, edad avanzada, estado nutricional precario, entre otras.

Las úlceras venosas representan entre 80 y 90% del total de las úlceras vasculares y el 10% de úlceras de otro origen. Las enfermedades isquémicas han sido la principal causa de aparición de úlceras en los miembros inferiores y se presentan con mayor frecuencia en vasos largos. Las enfermedades isquémicas de miembros inferiores se pueden presentar por dos causas: alteraciones venosas o arteriales; en las primeras se producen úlceras venosas que constituyen aproximadamente de 70% a 90% de presencia de úlceras crónicas en las piernas (1) y su tratamiento ha sido estimado de muy alto costo debido a la cronicidad de la enfermedad. En un estudio en Estados Unidos (1), el 50% de los pacientes que tuvieron úlceras venosas tardaron más

de nueve meses para su recuperación y el 20% demoraron más de dos años; dependiendo del uso de compresión, más del 60% experimentaron recurrencia en las úlceras venosas.

En las úlceras arteriales se ha estimado que de 5% a 20% provienen de isquemia por insuficiencia arterial, debido a resultados de la progresión de aterosclerosis. La incidencia de esta enfermedad aparece típicamente en personas de más de 50 años. La incidencia reportada en personas con insuficiencia arterial va en rangos de 2,2% en personas con edades entre 50 y 59 años a 7,7% en personas entre 70 y 79 años. La enfermedad tiende a ser progresiva y el manejo en muchas ocasiones requiere revascularización (1).

Un estudio Detect-IVC año 2000 en España, realizado en centros de salud por médicos de atención primaria, permitió constatar que 2,5% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria padecen úlceras por hipertensión venosa. Son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1-3. La incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años, con un 5,6% de la población. En definitiva, entre 250.000 y 300.000 personas están afectadas por úlceras venosas. "De acuerdo con los datos preliminares del primer estudio nacional de prevalencia de úlceras de pierna en España (2002), del Gneapp, las úlceras venosas representan un 69% de las úlceras de pierna en España" (2).

Se calcula que en Europa afectan de 0,15% al 1% de la población; en Estados Unidos, entre 600.000 mil y 2,5 millones de personas (3); en Colombia, aunque no se cuenta con una estadística global, algunos estudios documentan en lugares específicos la alta representación de esta patología; es el caso del estudio realizado en el centro dermatológico Federico Lleras Acosta de Bogotá en donde el 1,4% del total de consultas correspondieron a heridas de origen vascular (3).

Otro estudio sobre esta alteración realizado en la clínica Marly, Bogotá (1991) hace referencia a que, de los diabéticos con diagnóstico clínico de patología arterial, 44% tienen un sistema vascular periférico sin obstrucción pero a 20% de estos pacientes se les han encontrado alteraciones con riesgo de originar un evento vascular (4).

Desde el punto de vista del seguimiento y tratamiento en la consulta de enfermería, se trata de un problema

frecuente en la práctica diaria, que a menudo provoca pesimismo en el paciente y en el profesional que lo atiende, por su gran tendencia a la cronicidad y recurrencia; así mismo se requiere un trabajo continuo y asociado con otros profesionales de la salud para lograr una intervención con un abordaje holístico.

Las personas con heridas de origen vascular constituyen una problemática de salud importante para el país, la cual merece especial atención. Esta entidad se presenta en especial en personas mayores, asociada con patologías como diabetes, hipertensión arterial, procesos arteroescleróticos, obesidad, etc.

El éxito en la terapéutica depende, por una parte, de la identificación y control de la causa sistémica subyacente y, por otra, de la cura local de la ulceración. En otras palabras, depende del estado general del paciente, de patologías crónicas que pueda padecer, como la diabetes; calidad de sus venas y/o arterias (calidad del retorno sanguíneo), existencia de várices en extremidades, alimentación inadecuada, alcoholismo, tabaquismo, etc., y de las intervenciones de cuidado de enfermería que se apliquen a la persona para la resolución de la herida.

Las repercusiones socioeconómicas de esta patología son muy importantes; una úlcera sin cicatrizar puede representar un costo muy alto para el paciente, en lo social, económico y laboral, por la dedicación de enfermería y los costos que significa la curación de este tipo de lesiones.

Un estudio realizado en Trafford (2003) (5) indica que, para disminuir los costos en los tratamientos y obtener mejor recuperación, se debe introducir un modelo de cuidado basado en la terapia compresiva para las úlceras de origen venoso; este estudio hizo énfasis en el tiempo utilizado por la enfermera para el cuidado y manejo de la persona con úlceras de origen vascular.

Otro estudio que se efectuó en el Reino Unido (1999) (6) evaluó la utilización de una terapia compresiva en una comunidad y demostró el costo potencial salvado por la introducción de una efectiva terapia de compresión y la mejoría del paciente con este tratamiento, así como la recurrencia de un 20% a los 6 meses y un 33%



después de un año, con base en los resultados de estudios tempranos publicados en Londres.

El tratamiento habitual o “tradicional” consiste en curaciones frecuentes y reposo; es poco alentador ya que implica disminución de la actividad laboral por tiempos prolongados, pago de licencias médicas, gastos considerables en recursos económicos y humanos en centros asistenciales, por los profesionales que atienden los casos, sin mencionar las repercusiones personales físicas, emocionales y familiares que sufren las personas afectadas. Estos aspectos pueden traer como consecuencia el abandono del tratamiento, desmotivación, pérdida de autoestima y sentimientos de minusvalía, entre otros.

En Colombia la estructura de la población ha cambiado en los últimos años y se preserva la longevidad; “Colombia es uno de los países de América Latina con transformaciones más intensas en su estructura poblacional, como consecuencia de cambios en la transición demográfica” (7). Estos cambios generan repercusiones significativas en la carga de la enfermedad.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) documenta que la población mayor de 60 años pasó de 1,04 millones en 1970 (5% del total de la población) a 2,6 millones en 2000 (6,9% de la población total); se calcula que para 2010 aumentará a 3,6 millones de personas, es decir, 8,7% de la población total.

El envejecimiento produce importantes cambios físicos, psicológicos y emocionales; “en Colombia la mayor pérdida de años de vida saludable (Avisa) la generan los menores de cinco años y las personas mayores de 60 años” (8).

El sistema de información Sivigila del Ministerio de Protección Social, estableció que para 2003 en Colombia la mortalidad por enfermedad crónica por 100.000 habitantes es, para enfermedad isquémica del corazón en mayores de 45 años y más, de 267,1, enfermedad cerebrovascular 162,4, enfermedad del aparato circulatorio 122,1, diabetes en personas mayores de 45 años 79,2 y otras enfermedades 13,7 (9).

Así se evidencia que cada día tendremos una población más vulnerable ante la amenaza de enfermedades crónicas que incluyen las heridas de origen vascular.

Entonces, se hace necesario caracterizar la población que padece enfermedades crónicas de origen vascular desde los contextos social, económico, cultural, psicológico y biológico, por la complejidad del tratamiento y resolución de estas enfermedades, además de las repercusiones sociales, económicas, personales y familiares de quienes las sufren.

Por otra parte, dada la complejidad del conocimiento relacionado con heridas de origen vascular, su comportamiento epidemiológico, los avances científicos y tecnológicos, la dimensión actual del desarrollo para la curación de estas heridas de origen vascular, en donde las curaciones han sido un campo específico de enfermería, se necesitan investigaciones que permitan describir y documentar las características propias de la población que las padece, a fin de tener un punto de partida para que los tratamientos sean más efectivos de manera que se logre ir más allá de un tratamiento netamente biológico y se examinen los aspectos familiares, sociales y económicos.

Este estudio presenta una panorámica real de las características propias de una población afectada por las heridas crónicas de origen vascular y permite develar aspectos de la población para proponer alternativas de cuidado y autocuidado realistas que fortalezcan acciones de promoción y prevención de la salud cardiovascular y fomenten estilos de vida saludables que apunten a resolver

en forma holística esta problemática social y sanitaria de la población colombiana.

## OBJETIVO

Caracterizar el contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural de un grupo de personas con alteraciones en la integridad de los tejidos por causas de heridas crónicas de origen vascular, que asisten a la Clínica de Heridas de la Universidad Nacional de Colombia.

## DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

### Alteraciones en la integridad de los tejidos

Lesiones que producen pérdida de la solución de continuidad de una o varias de las siguientes estructuras: piel, fascia, músculo, vasos sanguíneos (arteriales, venosos o linfáticos) o el parénquima propio de un órgano.

### Contexto

Serie de condiciones conexas que influyen en el individuo, en las cuales se desarrolla cualquier actividad y que afectan el desarrollo de la sociedad y por ende de las personas que la constituyen.

### Contexto social

Aspectos demográficos, geográficos, familiares, de soporte social y redes de apoyo, que contribuyen al desarrollo del ser humano.

### Contexto económico

Condiciones de producción que se orientan a la satisfacción de las necesidades humanas; comprenden las actividades productivas entre las que aparecen los medios, formas y relaciones de producción.

### Contexto cultural

Factores que intervienen en las relaciones predominantes y en el contenido de las mismas; se resaltan las doctrinas, las creencias, los valores y los sistemas morales.

### Contexto biológico

Fenómenos de la vida y aspectos relacionados con los organismos vivos y los procesos de concepción, crecimiento, desarrollo y muerte de los seres humanos.

### Herida de origen vascular

Pérdida de tejido (generalmente piel o mucosa) de carácter crónica sin tendencia a la cicatrización espontánea, debida a una multicausalidad. Su origen puede estar determinado por un trastorno de la irrigación (úlceras arteriales) o del drenaje venoso (úlceras venosas).

### METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló utilizando el diseño descriptivo exploratorio por cuanto se describieron las características de la población participante en sus contextos social, económico, cultural, psicológico y biológico, y es de tipo retrospectivo ya que se caracterizó la población atendida en la Clínica de Heridas desde 2004 hasta 2007, con abordaje cualitativo-cuantitativo.

La población total de usuarios que asistieron a la clínica en el periodo fue de 164; la muestra la constituyeron 44 personas, cuya causa de consulta correspondió a heridas crónicas de origen vascular que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra: personas con alteraciones en la integridad de los tejidos, por heridas crónicas de origen vascular y que se encontraran en cualquier fase del proceso de cicatrización y personas que de manera voluntaria manifestaron su deseo de participar en la investigación, previa información por parte de las investigadoras; así lo expresaron al firmar el consentimiento informado. Además se hizo énfasis en la confidencialidad de la información y en la libertad y posibilidad de retirarse cuando quisieran.

Igualmente, se consideró importante retomar las disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud con relación a las actividades investigativas, que se encuentran en la resolución número 8430 de 1993, artículo 15, capítulo 1, que se relaciona con los aspectos éticos de investigación en seres humanos.

### Instrumentos

Se utilizó el instrumento “Historia de enfermería clínica de heridas”, que se usa en la valoración y

seguimiento de las personas que asisten al programa, el cual plantea preguntas propias para la caracterización de los contextos social, cultural, biológico y económico de los afectados por heridas de origen vascular.

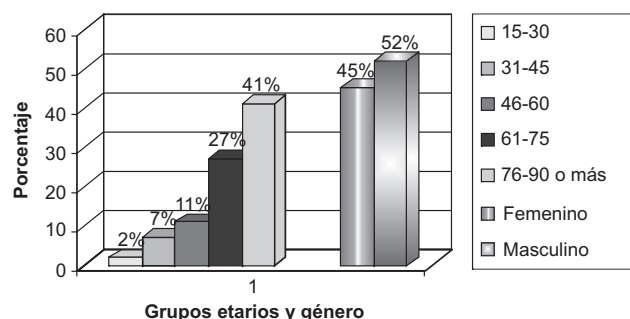
La historia de enfermería está diseñada con el enfoque de la teoría general de autocuidado de Dorotea Orem, el cual consta de seis partes:

- Información general que contempla aspectos demográficos, antecedentes personales y familiares y medicación actual.
- Factores condicionantes básicos, los cuales se relacionan con edad, sexo, estado de desarrollo en el ciclo vital, factores ambientales y sistema familiar.
- Requisitos de autocuidado: aspectos nutricionales, oxigenación, homeostasis entre actividad y ejercicio.
- Valoración de la herida: tipo, origen, descripción y estado actual de la herida.
- Diagnóstico de enfermería a partir del déficit de autocuidado.
- Plan de trabajo enmarcado en la teoría de sistema de enfermería: compensatorio, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio; se establecen metas y actividades en forma consensuada y árbol de opciones.

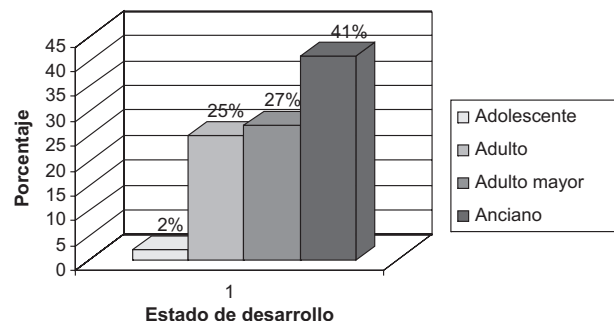
Adicionalmente se diseñó una pregunta ‘norteadora’, abierta para determinar el contexto psicológico de la persona con heridas de origen vascular y complementar todos los contextos objeto del estudio desde el punto de vista cualitativo. “¿Qué ha significado para usted la herida que tiene y cómo ha afectado su vida en general?”.

### ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En la primera fase de esta investigación se revisaron todas las historias correspondientes al universo y se seleccionaron aquellas que cumplieran con los criterios de inclusión de las historias clínicas de las personas atendidas en el programa. Posteriormente se diseñó una base de datos de los aspectos de caracterización de las personas con heridas de origen vascular en los contextos social, cultural, económico y biológico.



**Gráfica 1.** Apreciación porcentual según grupos etarios y género de las personas con heridas crónicas de origen vascular que fueron atendidas en la Clínica de Heridas, abril 2004-abril 2007.



**Gráfica 2.** Apreciación porcentual según estado de desarrollo de las personas con heridas crónicas de origen vascular atendidas en la Clínica de Heridas, abril 2004-abril 2007.

## RESULTADOS

### Primera fase

El total de personas atendidas en el programa de Clínica de Heridas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en convenio con Unisalud, que presentaron heridas crónicas de origen vascular de abril de 2004 a abril de 2007 fue de 44, es decir, el 12% del total de pacientes atendidos en estos tres años.

Se hace evidente la mayor incidencia de heridas crónicas de origen vascular en el género masculino: 52% frente a 45% en el género femenino; el grupo etario con mayor incidencia de heridas crónicas de origen vascular es el de 76-90 años y más (44% del total de la población), seguido en un 27% por el grupo de 61 a 75 años. Es decir, cuanto más avanzada la edad, mayor riesgo de presentar la problemática.

En Colombia y en el mundo las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares, por lo cual son un problema de salud pública de atención inmediata; se observa que “en Colombia la mayor pérdida de años de vida saludable (Avisa) la generan los menores de cinco años y las personas mayores de 60 años” (8).

Vale la pena señalar que se presentó un 2% de casos en el grupo entre 15 y 30 años, seguido de un 7% entre 31 y 45 años y un 11% de 46 a 60 años. Sabemos que esta enfermedad es multicausal, asociada a otras patologías, factores de riesgo, estado nutricional, estilo de vida; la

presencia de algunos factores de riesgo puede llegar a desencadenar esta enfermedad.

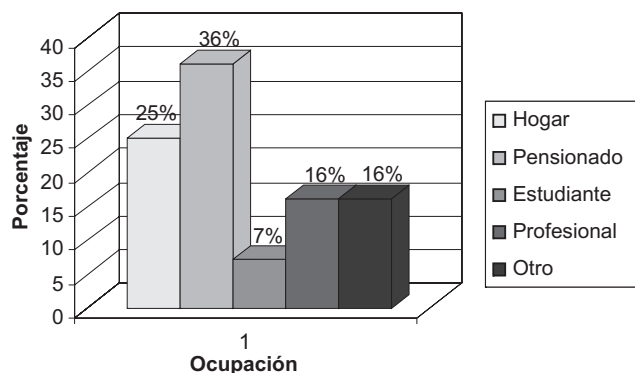
Los grupos de riesgo de la población que padece enfermedades crónicas de origen vascular inician principalmente en la edad adulta. Un estudio en España reporta que la incidencia de esta enfermedad es mucho mayor a partir de los 65 años, con un 5,6% de la población (10); en el presente estudio los datos obtenidos coinciden con los de España; se observa que el grupo de ancianos (mayores de 65 años) corresponde a un 41% del total de la población.

Las dos gráficas anteriores guardan similitud de comportamiento, por cuanto el estado de desarrollo de un individuo está estrechamente relacionado con el grupo etario.

La incidencia de las heridas de origen vascular en las personas es muy variable; diferentes autores aceptan que se incrementa con la edad y disminuye según aumenta el estatus socioeconómico y cultural de la población que se estudie.

La investigación muestra que el 36% de la población es pensionada y el 64% restante tiene una ocupación definida; sin embargo, se podría pensar que la relación entre pensionados y el resto de población constituiría un factor de riesgo que estaría relacionado directamente con la edad; en Colombia el disfrute de la pensión se da a partir de los 55 años en mujeres y a los 62 en hombres.

Los factores de riesgo con la edad, como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades coronarias, aparecen en este ciclo de la vida e inciden en las enfermedades crónicas de origen vascular; “la nutrición inadecuada, enfermedades con compromiso autoinmune, del sistema



**Gráfica 3.** Apreciación porcentual según la ocupación de las personas con heridas crónicas de origen vascular atendidas en la Clínica de Heridas, abril 2004-abril 2007.

circulatorio y respiratorio y poca hidratación son factores que aumentan el riesgo y/o retrasan la curación de las heridas” (11).

Se consideró también el lugar de procedencia y se encontró que el 82% de la población atendida pertenece a la región cundiboyacense, ello en virtud de que la investigación, así como el servicio de cuidado de heridas, se presta en Bogotá ubicada en la zona centro del país, al cual pertenecen los departamentos de Boyacá y Cundinamarca, seguida de otro departamento con ubicación geográfica cercana que es el Meta con 5% y Santander 5% y 1% con procedencia extranjera de Argentina.

Aspecto relevante, dado que la influencia de los diferentes lugares en la cultura de las personas, estilos de vida, creencias y prácticas sobre el manejo de la salud, alimentación, diferencias climáticas, prevalencia de enfermedades, conflictos sociales, longevidad, descendencias ancestrales, influyen de manera directa en la vida de cada persona.

El conocimiento anterior permite considerar planes de cuidados a grupos poblacionales más pertinentes con base en los intereses, conocimientos y prácticas de la población, como una manera estratégica de mejorar el estado de salud a través de auto motivación e identificación de necesidades propias.

Otro aspecto importante es la orientación religiosa de las personas usuarias; 87% de la población con heridas de origen vascular tienen una práctica religiosa monoteísta católica-cristiana, 5% dicen no tener orientación religiosa y 9% no responden a la pregunta. Es un aspecto

relevante en cuanto a creencias y autocuidado, en atención a la influencia sobre sus estilos de vida y su percepción sobre las causas y posibilidades de afrontamiento cultural, social y de salud.

La investigación indagó con relación a la agencia de autocuidado de los usuarios y encontró que 55% de los pacientes son independientes en los requisitos de autocuidado; sin embargo, requieren curaciones, seguimiento y control en forma continua por la agencia de enfermería. El 44% son parcialmente dependientes de la agencia de autocuidado de enfermería y su familia; requieren cuidados más precisos y especializados, seguimiento y control con enfoque de promoción de la salud, lo que incluye educación a la persona y a su cuidador; y finalmente 5% presentan dependencia total debido a la gravedad y cronicidad de las heridas.

En relación con el contexto social, se encontró que 65% de los usuarios son afiliados y beneficiarios de Unisalud<sup>1</sup> y 23% son atendidos como particulares. El 100% de los usuarios cuentan con un cuidador principal: 56% tenían un grado de consanguinidad, 27% son la pareja y 19% correspondían a amigos y otros. Lo anterior es muy positivo puesto que los pacientes cuentan con apoyo social el cual es un factor de fortalecimiento para los tratamientos requeridos; algunos estudios afirman que el apoyo social:

protege de la aparición de trastornos físicos o psíquicos, fomenta la salud independientemente del nivel del estrés, engrandece directamente la salud mental de una persona; protege a las personas de los efectos perjudiciales de los eventos vitales estresantes y por último atenúa los efectos del estrés (12).

Con referencia al contexto biológico, específicamente antecedentes patológicos de los usuarios, se evidencia que 52% de la población en estudio padece de hipertensión arterial, seguido del 16% con diabetes que es una causa de problemas mixtos en la presencia de heridas vasculares; 14% sufren Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC en la cual está involucrada el asma; 5% presentan problemas de origen cardiaco, como insuficiencia cardiaca que también es un factor que influye en

1 Empresa promotora de salud a la cual están afiliados los usuarios o, en su defecto, asisten para ser atendidos; instalaciones donde se realiza la investigación.

la presencia de enfermedades vasculares; otras entidades son los trombos femorales en un 5%, accidente cerebrovascular en un 5%, cáncer en un 5% e hipotiroidismo en un 2%; lo cual reafirma la necesidad de que el cuidado de estas personas sea multidisciplinario para el tratamiento de los factores que puedan desencadenar esta enfermedad, así como al seguimiento y control de manera articulada con otros profesionales de la salud.

Referente al tiempo de evolución de las heridas, se encontró que 55% tienen una prevalencia mayor a un año, seguido de un 45% de uno a seis meses. Se sabe que la herida de origen vascular tiene una tendencia a la cronicidad, con alta posibilidad de recidiva.

Además, en el 36% de los casos el tipo de tejido que caracteriza las heridas es necrótico, lo que las muestra como complicadas; el 20% presenta tejido de granulación que facilita su tratamiento, seguido de un 17% con tejido fibrinoide y 11% con tejido epitelizado.

En cuanto a la profundidad de las heridas, 27% son de 2 mm y 93% sin cavitación; 16% tienen tejido comprometido desde epidermis hasta dermis, con 5 mm de profundidad.

Se evidenció regularidad en los bordes de las heridas en el 48% de los casos con un componente de alteración de tipo arterial, y 52% tienen un componente de tipo venoso.

En cuanto a tratamientos previos, se encontró que 50% de los pacientes habían sido tratados con antelación en otras instituciones y 16% se habían aplicado remedios caseros provenientes de conocimientos propios de sus familias o de vecinos; 2% recibieron tratamiento quirúrgico de injertos de piel en la zona comprometida, 2% llegaron para iniciar tratamiento y 20% recibieron tratamiento farmacológico concomitante con las curaciones.

La investigación muestra que 34% de la población habitan en apartamento y 66% en casa; el 100% tienen saneamiento básico en sus viviendas, lo que garantiza unas condiciones de vida favorables para la pronta cicatrización y recuperación integral de las personas.

Adicionalmente se obtuvo que 80% de los usuarios tienen educación que va de la primaria completa (55%) a la educación superior (20%) y el bachillerato (10%); 7% son analfabetos.

## Segunda fase

Análisis de contenido de las expresiones manifestadas por las personas entrevistadas a partir de la pregunta 'norteadora' "¿Qué ha significado para usted la herida que tiene y cómo ha afectado su vida en general?", las cuales se clasificaron de acuerdo con las siguientes categorías:

*Autoestima*: sentimientos de minusvalía, inutilidad, miedo, dependencia y culpa.

*Aspectos motivacionales*: estados de ánimo expresados por las pacientes, positivos o negativos; en el primer caso se refieren a cómo la herida genera depresión y en el segundo a cómo la evolución satisfactoria de la herida genera expectativas positivas.

*Autoconcepto o autopercepción*: percepción que la persona tiene de sí misma e implicaciones que la herida genera frente a su propio cuerpo; puede considerarse como un valor que la misma persona le concede a su propia imagen, en este caso asociado a sentimientos de tristeza, rabia e inconformidad.

*Relaciones de rol*: cómo el dolor y la limitación física interfieren en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, como una limitante en su cotidianidad y en el completo bienestar e impidiendo una buena nutrición, relación social, emocional, cultural y afectiva.

*Socialización*: posibilidad de compartir con otros que pertenezcan a su propia comunidad y cultura (interacción social); en este caso la herida constituye una razón para que la persona sienta vulnerada la posibilidad de interactuar y la lleve al aislamiento y con sus consecuencias.

*Aspectos económicos*: alto costo económico que puede generar la existencia de una herida crónica, no solo por la herida en sí, sino también por sus complicaciones que en ocasiones obligan a estancias hospitalarias prolongadas y a la utilización de altos recursos humanos y financieros; además las familias se ven obligadas a invertir tiempo, recursos materiales y humanos, etc., por tiempos prolongados, que muchas veces llevan a la quiebra y a la desesperanza y constituyen un factor principal para el abandono del tratamiento.

*Incertidumbre*: imposibilidad de conocer con certeza los resultados de la evolución de una herida y cómo esta afecta el futuro de la persona.



*Autoconocimiento*: conocimiento amplio y detallado expresado por las personas en torno al manejo de su salud a través del tiempo, y respecto a heridas, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; en muchas ocasiones se torna predictivo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las heridas crónicas de origen vascular se relacionan con patologías multicausales; es el caso de eventos metabólicos como la diabetes que pueden desencadenar heridas de miembros inferiores, las cuales se pueden complicar hasta la mutilación; existen otras heridas asociadas a enfermedades vasculares, como las insuficiencias venosas y arteriales, las cuales se relacionan con el estado nutricional, estilo de vida, sedentarismo, obesidad y la presencia de algunos factores de riesgo que pueden llegar a desencadenar esta enfermedad.

En este estudio se coincide con la morbilidad mundial, en la cual el adulto mayor es quien padece el mayor número (41%) de heridas de origen vascular, lo que nos invita a establecer programas de promoción y prevención para este grupo etario.

Es de destacar la importancia del lugar de procedencia y de creencias y prácticas identificados en la anamnesis a fin de establecer propuestas alternativas y específicas que respondan a las individualidades, ideas, prácticas propias y valores de los usuarios.

Los usuarios de la Clínica de Heridas que presentan heridas crónicas de origen vascular requieren seguimiento y control estrictos por parte de la agencia de enfermería, que involucren a su familia hasta la resolución completa de la herida y la reinserción de los pacientes a su cotidianidad; así mismo es necesario un apoyo educativo que permita modificar estilos de vida para controlar los factores de riesgo presentes.

El seguimiento propuesto hace referencia a la continuidad en el tratamiento, el que debe ir más allá de la curación propia de la herida, y considerar los factores de riesgo que pueda presentar, relacionado con una adecuada nutrición, ejercicio, adherencias a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo cual exige un planteamiento holístico en el cuidado.

El acceso a saneamiento básico, la fuente de ingresos económicos y el nivel educativo tienen influencia directa como determinantes de salud de una población y son

factores que mejoran o constituyen riesgos para la salud de las personas, éstos determinan la calidad de vida.

Se requiere de forma inmediata proponer medidas de control y tratamientos efectivos a través de un programa de promoción de la salud que favorezca estilos de vida saludables y que garantice la integridad de los tejidos y una piel sana, así como la intervención gubernamental, para que toda la población tenga acceso a estos servicios y contribuir a mejorar la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en la población colombiana.

El usuario que asiste a la clínica de heridas debe ser considerado durante la intervención de enfermería en toda su dimensión humana, es decir reconocer los aspectos emocionales, culturales, sociales, económicos y psicológicos que de una u otra manera contribuyen al bienestar integral de él y su familia y permite establecer diferentes caminos específicos según la condición individual, que incluye manejo del auto estima, motivación, apoyo social.

Todo lo anteriormente descrito exige que el abordaje exitoso debe ser responsabilidad de un equipo multidisciplinario para garantizar tratamientos efectivos y claros a fin de responder a las necesidades propias de los usuarios.

Es importante continuar con esta investigación para ampliar la caracterización cualitativa de los pacientes a fin de hacerla más específica y generar alternativas de cuidado que respondan a sus requerimientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Thomas C, RN, BSN, CWOCN. Wound care. Clinical guide. 4<sup>th</sup> ed. Pennsylvania; 2001, pp. 63-76.
- (2) Casals F. Úlceras vasculares, prevención y cuidado. Academia Europea de Dermatología; 2000.
- (3) Mendoza N, Ronderos MC. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Bogotá; 2002.
- (4) Munar N et ál. Modelo de atención en el tratamiento multidisciplinario de úlceras dérmicas de origen vascular en miembros inferiores. Clínica Marly. Bogotá; junio 1991.
- (5) O'Brien JF, Grace PA, Perry IJ, Hannigan A, Clarke Moloney M, Burke PE. Randomized clinical trial and economic analysis of four-layer compression bandaging for venous ulcers. Br J Surg. 2003; 90(7):794-8.

- (6) Carr L, Philips Z, Posnett J. Comparative cost-effectiveness of four-layer bandaging in the treatment of venous leg ulceration. *J Wound Care* 1999; 8(5):243-8.
- (7) DANE, Colombia. Proyecciones subnacionales de población 1985-2000. Bogotá.
- (8) Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia; 1994.
- (9) Sistema de Vigilancia de Salud Pública (Sivigila). Boletín No. 38; septiembre 14-30, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- (10) Roldán, Andrés. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Guía práctica clínica. Asociación Española de Enfermería Vascular; marzo 2004.
- (11) Schilling J. *Wound Care. Clinical Guide*. 4<sup>th</sup> ed. Pennsylvania; 2002, p. 11.
- (12) Stewart M. et ál. The contributions of nursing science to social support. *International Journal Nursing Studies*. 1995; 32(6):535-544.