

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS
CON HERIDAS COMPLEJAS CARTAGENA-2017**

Investigadora principal
Joselina Sierra Medina

Trabajo de investigación para optar título de Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2017

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS
CON HERIDAS COMPLEJAS CARTAGENA-2017**

Investigadora principal
Joselina Sierra Medina

Tutora
Estela Melguizo Herrera

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2017

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
SUMMARY	10
INTRODUCCIÓN.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo General.....	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. MARCO TEORICO	18
3.1 Calidad de vida	18
3.2 Calidad de vida relacionada con salud.....	18
3.3 Calidad de vida relacionada con salud y enfermería	19
3.4 Heridas, heridas complejas y heridas complejas en miembros inferiores	21
3.5 Calidad de vida relacionada con salud en personas con heridas complejas en miembros inferiores	21
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipo de estudio.....	23
4.2 Población y muestra.....	23
4.3 Criterios de Inclusión.....	23
4.4 Criterios de Exclusión.....	23
4.5 Instrumentos.....	23
4.6 Técnicas y procedimientos de recolección de la información	299
4.7 Análisis estadístico	30
4.8 Aspectos éticos y legales	30
5. RESULTADOS	31
6. DISCUSIÓN.....	34
7. CONCLUSIONES.....	39

RECOMENDACIONES	40
AGRADECIMIENTOS.....	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	49

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población de personas con heridas complejas en miembros inferiores según IPS	23
Tabla 2. Interpretación de la escala Chering Cross	26
Tabla 3. Valores de coeficiencia para los 243 Estados de salud EQ - 5D adaptados a la población hispana	28
Tabla 4. Distribución por sexo de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	59
Tabla 5. Distribución por estado civil de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	59
Tabla 6. Distribución según el nivel educativo de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	59
Tabla 7. Distribución según la condición laboral de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	60
Tabla 8. Distribución según estrato socioeconómico de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	60
Tabla 9. Distribución según ingresos socioeconómicos de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	60
Tabla 10. Distribución según afiliación a la Seguridad Social en Salud de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	60
Tabla 11. Grado de funcionalidad familiar de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	61
Tabla 12. Estado de las heridas complejas en miembros inferiores de las personas que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	61

Tabla 13. Distribución según nivel de gravedad del estado de salud por dimensiones de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	61
Tabla 14. Interpretación del grafico de dispersión.	62
Tabla 15. Interpretación de la escala visual análoga.	63
Tabla 16. Percepción de la Calidad de vida de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	63
Tabla 17. Percepción de la Calidad de vida según dimensiones de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	63
Tabla 18. Factores asociados a la CVRS de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	64
Tabla 19. Modelo de Regresión multivariada entre las variables.	65
Tabla 20. Resumen de Modelo de Regresión multivariada entre las variables	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud de Wilson & Cleary	19
	29
Figura 2. Instrumentos empleados para medir cada factor o concepto del Modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud de Wilson & Cleary modificado.	
Figura 3. Distribución de los puntajes del Euroqol-5D de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.	62

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
ANEXOS 2. CUESTIONARIO CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS	49
ANEXO 3. CUESTIONARIO EUROQOL-5D	50
ANEXO 4. CUESTIONARIO CHARING CROSS PARA ULCERAS VENOSAS (CCVUQ)	51
ANEXO 5. INDICE RESVECH 2.0 “RESULTADOS ESPERADOS DE LA VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DELA CICATRIZACION DE LAS HERIDAS CRONICAS”	53
ANEXO 6. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA	55
ANEXOS 7. RESULTADOS	56

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la CVRS de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios, Cartagena, 2017.

Metodología: Estudio cuantitativo, correlacional, con una muestra de 120 personas de dos clínicas de heridas de atención domiciliaria en Cartagena. Se utilizó un cuestionario de características sociodemográficas, APGAR, Índice Resvech 2.0, Cuestionario Charing Cross para úlceras venosas (CCVUQ), y el EuroQol 5D. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos.

Resultados: promedio de edad de 61 años, predominó el sexo femenino 66,7%, solteros 36,7%, con un nivel de escolaridad de primaria incompleta 40,8%, desempleados 80%, condición de miseria 70,8%, con ingresos económicos inferiores a un salario mínimo legal vigente 95,8% y afiliados al régimen subsidiado 98,3%. El 82,5% evidenció una mala percepción de la calidad de vida relacionada con salud, siendo la dimensión más afectada el estado emocional y la menos afectada el aspecto estético. Se evidencio una fuerte asociación para el hecho de tener una escolaridad de secundaria en adelante, reportando un p valor 0.002. Al igual que para el hecho de ser hombre, reportando un p valor = 0.016; el no tener pareja, con un p valor = 0.049 y el tener menor edad, con p valor = 0.056

Conclusiones: Se encontró asociación entre una buena percepción de la CVRS y tener menor edad, ser de sexo masculino, tener mayor escolaridad y no tener pareja. Así mismo, se evidenció una mala percepción de la CVRS reflejada en la dimensión emocional y la menos afectada fue la dimensión estética.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Heridas, Percepción, Salud. (Fuente: DeCS)

SUMMARY

Objective: To determine the factors associated with the HRQoL of people with complex wounds in lower limbs that attend two institutions providing home health services, Cartagena, 2017.

Methodology: Quantitative, correlational study, with a sample of 120 people from two home care injury clinics in Cartagena. A sociodemographic characteristics questionnaire was used, APGAR, Resvech Index 2.0, Charing Cross Questionnaire for venous ulcers (CCVUQ), and EuroQol 5D. The ethical aspects were taken into account.

Results: average age of 61 years, female sex 66.7%, single 36.7%, incomplete primary school education 40.8%, unemployed 80%, miserable condition 70.8%, economic income lower than a legal minimum wage in force 95.8% and affiliated to the subsidized regime 98.3%. 82.5% evidenced a bad perception of the quality of life related to health, being the dimension most affected the emotional state and the least affected the aesthetic aspect. A strong association was evidenced for the fact of having a high school education going forward, reporting a p value of 0.002. As for the fact of being a man, reporting a p value = 0.016; not having a partner, with a p value = 0.049 and having a younger age, with p value = 0.056

Conclusions: We found an association between a good perception of HRQOL and having a younger age, being male, having higher schooling and not having a partner. Likewise, a poor perception of the HRQoL reflected in the emotional dimension was evidenced and the least affected was the aesthetic dimension.

KEY WORDS: Quality of life, Wounds, Perception, Health. (Source: DeCS)

INTRODUCCIÓN

La salud de las personas se ve afectada por las de condiciones individuales y ambientales que favorecen de manera progresiva la morbilidad y mortalidad, las afecciones de salud son parte del ciclo vital, por lo tanto, se deben contemplar las posibles patologías y sus complicaciones en esta población.

Las diferentes patologías generan impacto en la persona, la familia y la sociedad y ser portador de una o varias heridas complejas en miembros inferiores, representa convivir con el dolor, prejuicio, dependencia para actividades diarias, miedos y ansiedad en cuanto al pronóstico y se ha documentado que existen fases de transformación de la imagen corporal: estado de choque, acoplamiento, reconocimiento, aceptación y rehabilitación. La percepción de estas personas se traduce en dificultades que generan la lesión y las consecuentes reacciones anatómicas, fisiológicas y espirituales, donde prevalece los sentimientos de dolor que imposibilitan, entre otros muchos aspectos, la convivencia en familia, la deambulación y la actividad social (1). Todo lo anterior influye en la percepción de calidad de vida ya que ésta se relaciona con el bienestar de las personas.

La calidad de vida (CV) es un concepto subjetivo, es decir, depende la percepción de cada individuo y se relaciona no solamente con el contexto cultural y la sociedad en la que se desarrolla, si no, con el bienestar físico, psicológico y social.

En los últimos años la atención de las personas con heridas complejas ha tenido grandes avances tanto en el manejo o tratamiento como en la modalidad de atención, es así, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ofrecen programas de clínica de heridas con apósitos de alta tecnología y sistemas avanzados con el fin de lograr una cicatrización rápida y óptima. En el ejercicio de la profesión en esta área, se observa que las personas con heridas complejas en miembros inferiores, presentan alteración en la percepción de su CV que puede relacionarse con su patología.

Con el fin de determinar los factores asociados a la calidad de vida de las personas con heridas complejas en miembros inferiores en Cartagena 2017, se realizó este estudio, cuyo informe final se presenta en este documento e incluye en el primer capítulo el ***planteamiento del problema*** se parte de la definición del concepto de calidad de vida y calidad de vida relacionada con salud y se aborda el concepto de heridas complejas en miembros inferiores; para el desarrollo de este estudio se escogió la teoría de calidad de vida relacionada con la salud propuesta por las enfermeras Sandra Peterson y Timoty Bredow; finaliza éste capítulo con el planteamiento de la pregunta de investigación. Se incluyen también la incidencia de tipo de afección en la población de varios países de Europa, Norte América y Sur América. A este lo sigue el capítulo donde se establecen los objetivos de investigación.

El siguiente capítulo desarrolla el ***marco teórico***, éste contiene los conceptos de calidad de vida, de calidad de vida relacionada con la salud, heridas complejas en miembros inferiores, teoría de enfermería de calidad de vida y se relacionan estos conceptos entre sí.

Finalmente se presenta el estado del arte sobre las investigaciones nacionales e internacionales donde se asocia la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y las heridas complejas.

La **metodología** es el cuarto capítulo, este abarca la descripción del tipo de estudio, población y muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión, instrumentos empleados, técnicas y procedimientos de recolección de la información, análisis estadístico y aspectos éticos y legales considerados para la realización de este estudio.

Le sigue el quinto capítulo de **resultados** que muestra los hallazgos y datos generados de investigación del estudio, en este se describen las características sociodemográficas de las personas con heridas complejas en miembros inferiores, así mismo, se describen cada una de las variables del estudio propuestas en la teoría de la calidad de vida relacionada con la salud y se ilustra en una tabla el análisis de regresión logística y se muestran los factores que resultaron asociados al fenómeno de estudio. Así mismo, se reportan los valores de confiabilidad de los instrumentos utilizados en el estudio.

En el capítulo sexto se presenta la **discusión** de los resultados, en este, se debaten los hallazgos del estudio frente a los de estudios similares a nivel local, nacional e internacional. Se contrasta lo propuesto en la teoría de calidad de vida relacionada con salud y lo evidenciado en este estudio. En este capítulo se incluyen las limitaciones del estudio.

El séptimo capítulo muestra las **conclusiones** y los hallazgos del estudio que dan respuesta a los objetivos propuestos. En esta sección se evidencia que tener menor edad, ser hombre, no tener pareja, tener estudios de secundaria en adelante, tener una puntuación baja en la calidad de vida y pertenecer a una familia funcional están asociados a la calidad de vida relacionada con salud de las personas con heridas en miembros inferiores de Cartagena. Se observó el fenómeno de feminización de esta población, predominio del estado civil soltero, nivel de escolaridad primario, predominó ser trabajador independiente, pertenecer al estrato socioeconómico 1, devengar menos de 1 SMLV y pertenecer al régimen subsidiado.

Las **conclusiones** muestran las ideas relevantes que emergen del análisis de los resultados de esta investigación al confrontarlos con la evidencia científica y con la teoría que se tomó como referente para este estudio. Y las **recomendaciones** incluyen propuestas para aportar al problema investigado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En muchos casos, el concepto de calidad de vida (CV) se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo; sin embargo, para los profesionales de la salud, el concepto encierra una importancia trascendental en virtud de su interrelación con el bienestar de los pacientes y se convierte en un parámetro importante para el ejercicio profesional (2). Así, a lo largo de la historia encontramos que la calidad de vida ha sido preocupación del ser humano desde sus inicios, a veces con otros adjetivos, pero siempre con la finalidad de traer satisfacción y bienestar de las personas (3).

La calidad de vida es concebida como un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica... (4). De acuerdo con Peterson, es la satisfacción en áreas de la vida consideradas importantes para el individuo (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (6,7). La OMS, fue pionera en el desarrollo del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), al tener en cuenta el bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad (6).

Según Urzúa A. (8), en los últimos años se habla de CVRS como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. De acuerdo con Schwartzmann L. (9), la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

El ejercicio profesional de enfermería en los diferentes grupos de población permite brindar cuidados específicos para cada uno de ellos, establecer afinidades e identificar las necesidades de estos grupos intervenidos ya que en el contacto directo con las personas se observan situaciones que afectan directamente su bienestar. En este caso en particular, trabajar con individuos que presentan heridas complejas, las cuales experimentan cambios fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que repercuten en su estilo de vida y en su salud; representa un área interesante para estudiar ya que estos cambios, desencadenan malestar e inconformidades que son manifestadas por las personas u observadas por los profesionales que proporcionan el cuidado.

Teniendo en cuenta, que la calidad de vida en las personas puede afectarse por múltiples circunstancias, se encuentra que, dentro de este contexto, las heridas constituyen un aspecto importante que debe considerarse, por la implicación directa que tienen en la alteración tanto física como psicológica de estos pacientes.

En este contexto, se observa que los casos de personas con heridas complejas en miembros inferiores son frecuentes y de manejo prolongado, dado que la cicatrización de estas lesiones puede tardar meses e incluso años; lo cual conlleva a que estos pacientes experimenten cambios significativos en su vida cotidiana, tales como, trastornos para la movilidad, trastornos del sueño, trastornos del apetito, pérdida de la independencia, pérdida del control de sus vidas, alteración de las relaciones interpersonales, alteración de la imagen corporal e incluso cambios en la presentación personal ya que su forma de vestir es modificada ya sea porque muchas prendas resultan incómodas, afectan la lesión o simplemente funcionan para ocultar las lesiones, los roles personal, familiar, laboral y social resultan considerablemente comprometidos ya que se puede experimentar aislamiento o se pueden encontrar limitantes para desarrollar o participar en las actividades de los grupos a los cuales pertenece el individuo. Así mismo, el dolor, picazón, exudado, mal olor y posibilidad de infección, son aspectos propios de estas heridas lo cual genera malestar, incomodidad, ansiedad, baja autoestima, trastornos del ánimo, llanto, desesperanza, pensamientos fijos, vergüenza, enojo, frustración, aislamiento, tristeza, etc.

Sumado a lo anterior, tenemos la variación que puede ocurrir en la economía familiar ya que estas lesiones generan gastos para los cuales la persona y el grupo familiar no se encuentra preparado para asumir, incluso, debido a estas heridas se pueden afectar las condiciones económicas ya que se presentan dificultades para desempeñar actividades laborales que le permitan generar recursos económicos para su sostenimiento y el de su familia, por lo tanto; pasan a depender de otras personas y esta dependencia no se limita a lo económico, sino, que trasciende a las actividades de su vida diaria, lo cual repercute en el bienestar de estas personas. Por lo tanto, las heridas son consideradas como un problema de salud que trasciende en el aspecto social y económico, además, repercute en la calidad de vida de los pacientes y en su entorno socio familiar (2).

El aumento de la incidencia de este tipo de afección en la población es conocido por los profesionales y por los organismos de salud; al respecto encontramos que, en Europa, este tipo de heridas afectan de 0,15% al 1% de la población y en Estados Unidos, entre 600.000 mil y 2,5 millones de personas (10,11), otros estudios en el Reino Unido, muestran una prevalencia anual de 1.69 en la población mayor de 65 años. Del mismo modo, en el estudio realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión (GNEAUPP) indica que la estimación de la prevalencia de las úlceras en la pierna en pacientes mayores de 14 años es del 0,16% (0,09% en las úlceras venosas, el 0,06% en las úlceras mixtas, 0,013% de las úlceras arteriales y el 0,53% de las úlceras del pie diabético) (2).

Al respecto, Da Silva L. (3), en Brasil, realizó un estudio cuyo objetivo fue comprender el significado de la calidad de vida para los individuos portadores de heridas crónicas en miembros inferiores, con el fin de identificar aquellos aspectos negativos de mayor impacto

en sus vidas, para comprender el grado de satisfacción e insatisfacción frente a los posibles problemas enfrentados. Se analizó una muestra de 15 personas que acudían para curaciones en las Unidades Básicas de Salud en la ciudad de Maringa – Paraná, evidenciándose la existencia de úlceras vasculogénicas (ulcera de pierna) en el 66.6% de los pacientes, accidentes en el 20% y complicaciones de diabetes 13.4%. Así mismo, en cuanto al significado de la calidad de vida, ésta fue relacionada específicamente con ser saludable, tener buenas condiciones económicas y tener la familia siempre presente (12).

En virtud de lo anterior, las personas que padecen este tipo de heridas, indudablemente, constituyen un problema de salud pública, puesto que representan un alto costo debido a la evolución lenta de estas, ya que pueden tardar años en cicatrizar, además, el agravante de complicaciones que se pueden presentar durante su tratamiento y la probabilidad de recurrencia de la lesión después de cierto tiempo de alcanzar la cicatrización.

La batalla contra las úlceras en miembros inferiores, no es sólo un tratamiento farmacológico sistémico, sino, que requiere también de buena alimentación, descanso, estabilidad emocional, apoyo familiar y disciplina en el cuidado (12). Por otro lado, la evaluación de la salud de una persona, más allá de su capacidad física, considera importante su contexto social y su salud mental (2). Debido a que estas lesiones pueden ocasionar aislamiento, sufrimiento, alteración de la autoestima, temor, angustia, depresión y otros trastornos emocionales; que están relacionados con las modificaciones del estado de salud de las personas, de completo bienestar a enfermedad, específicamente al enfrentar el diagnóstico de enfermedad crónica, el cuidado debe ser holístico, de tal manera, que contemple todas las esferas de la persona.

En cuanto a las teorías de enfermería, se encontró una teoría de mediano rango, sobre CVRS propuesta por las enfermeras Sandra Peterson y Timothy Bredow, la cual también ilustra los factores que afectan la CVRS y la relación entre estos (5). En esta teoría, se define el concepto de CVRS como “un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud”.

En la teoría de enfermería de CVRS, son contemplados factores o conceptos que presentan un enfoque holístico de las dimensiones de las personas con heridas complejas en miembros inferiores lo cual conlleva a orientar intervenciones de enfermería específicas con el fin de brindar cuidados para esta población. Esta teoría permite rescatar expresiones subjetivas y personales de las personas y la percepción de la CVRS, lo cual, representa un indicador del grado de éxito alcanzado con los cuidados de salud brindados a la población (5).

En nuestro contexto y como respuesta a los cambios en el sector salud, en los últimos años se ha observado que la modalidad de atención domiciliaria viene en crecimiento, así mismo, en los últimos años se ha avanzado en el manejo de las heridas no solo con curaciones

convencionales, las cuales utilizan solo apósitos de baja tecnología (gasas y algodones), si no, con apósitos de tecnología avanzada , que usa apósitos con sustancias activas que interactúan con el microambiente de la herida como, por ejemplo, hidrocoloides, alginatos o colágeno, entre otros (13). La curación avanzada se basa en el principio del ambiente húmedo, utilizando apósitos de alta tecnología que favorecen la cicatrización al estimular el microambiente de la herida (13).

Diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como Cuidado Seguro En Casa UT y Médicos y Auditores IPS, ofrecen programas de clínica de heridas domiciliario los cuales son manejados por enfermeras profesionales con amplia experiencia en manejo de heridas complejas utilizando apósitos de tecnología avanzada, las curaciones se realizan con una regularidad de 3, 4 o 6 días de acuerdo al tipo de herida y al tipo de apósito utilizado, lo cual repercute de manera positiva en el paciente ya que disminuye la manipulación de la herida y a su vez tiene beneficios costo-efectivos ya que se puede lograr una cicatrización rápida y óptima.

En estas instituciones, se cuenta, con un equipo interdisciplinario disponible para la atención integral de las personas con heridas complejas en miembros inferiores, y es en la atención de estos pacientes donde se logra establecer el contacto directo con cada uno de ellos y a su vez, realizar los respectivos análisis de casos, mediante los cuales se evidencia que gran parte de la población presenta complicaciones relacionadas directa o indirectamente con las lesiones que padecen y que repercuten en su calidad vida; éstas, en muchas ocasiones no son intervenidas, debido a que no se abordan de manera adecuada y oportuna.

Es en el ejercicio de la profesión en estas dos IPS de atención domiciliaria, que surge la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la CVRS de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios, en Cartagena, 2017?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados a la CVRS de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud, Cartagena, 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio de acuerdo a las características del individuo (variables sociodemográficas) y ambientales, variables biológicas, estado de síntomas, estado funcional, percepción de salud en general, calidad general de vida.
- Determinar la percepción de la CVRS de las personas con heridas complejas en miembros inferiores.
- Estimar el grado de asociación entre la percepción de CVRS y las características del individuo y ambientales, variables biológicas, estado de síntomas, estado funcional, percepción de salud en general, calidad general de vida.

3. MARCO TEORICO

3.1 Calidad de vida:

De acuerdo con Cardona D. (14), la calidad de vida es un concepto polivalente y multidisciplinario, que se ha abordado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales. La medicina la asocia con la salud sicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con la utilidad del ingreso o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo.

Por su parte, Urzúa A. (15), plantea que la CV puede ser definida como el estado o sentimiento de bienestar derivado de la evaluación tanto objetiva como subjetiva del grado de satisfacción de la persona en distintas dimensiones de su vida.

La Organización Mundial de la Salud considera la calidad de vida como una percepción individual según las oportunidades, deseos o preferencias, en que las satisfacciones dadas por los bienes materiales son medios -no fines- del bienestar de las personas (14).

3.2 Calidad de vida relacionada con salud:

Shwartzmann L. (9), define la CVRS como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente y considera que la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

En este sentido, la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (9).

Basados en que ningún modelo incluye el rango total de variables que son típicamente incluidas en la evaluación de CVRS; y además no se especifican los vínculos entre las distintas mediciones, Wilson y Cleary (5), elaboran un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (16).

Su modelo ha sido ampliamente aplicada a diferentes poblaciones, incluidos los pacientes que viven con cáncer, la enfermedad de Parkinson, artritis, y el VIH + / SIDA (16). Este modelo es aplicable a las personas con heridas compleja en miembros inferiores ya que como consecuencia de su patología pueden experimentar cambios que repercuten en su CVRS, sin embargo, no se encontraron estudios con estas características.

3.3 Calidad de vida relacionada con salud y enfermería:

En enfermería, encontramos las teorías de mediano rango, las cuales, son clasificadas así, ya que estudian un fenómeno específico, con un número limitado de conceptos relacionados y que, además, tiene aplicaciones para la práctica y de acuerdo con nuestra experiencia práctica utilizan un lenguaje coloquial que se ajusta perfectamente a la comprensión y las necesidades de enfermería (17).

El modelo de Wilson y Cleary, es el referente de la teoría de mediano rango, Calidad de vida relacionada con salud, propuesta por las enfermeras Timothy Bredow y Sandra Peterson (5). Tiene sus Raíces académicas en la Psicología y la Sociología y se clasifica como teoría de mediano rango ya que representa un fenómeno específico, con un número limitado de conceptos relacionados, que tiene aplicaciones obvias para la práctica (5). Esta teoría, define el concepto de CVRS como un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud (5).

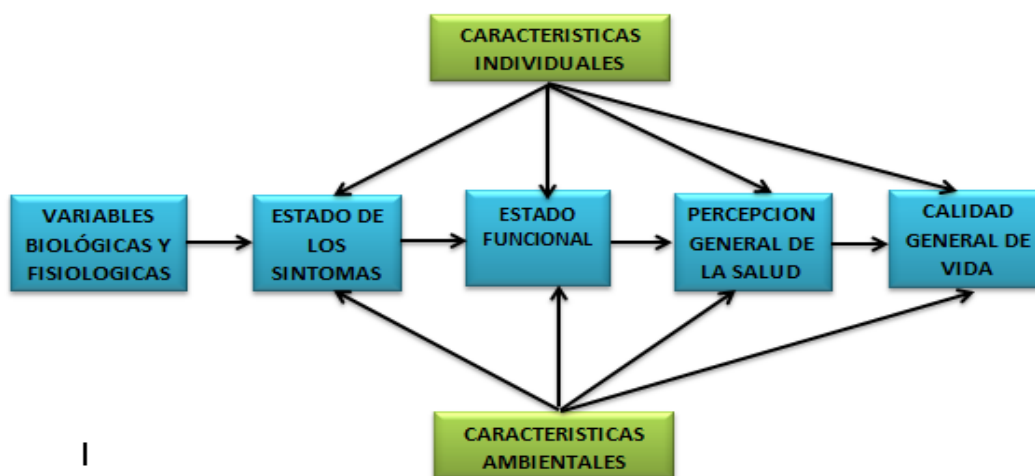


Figura 1. Modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud de Wilson & Cleary (5).

En este modelo, la evaluación de las Variables Biológicas y Fisiológicas, se centra en las células, los órganos y sistemas en cuanto a alteraciones en su funcionamiento, mientras que, la Evaluación del Estado de los Síntomas hace referencia al organismo en su conjunto en cuanto a los cambios en el estado físico o psicológico que los individuos determinan como

anormal basado en la naturaleza de la alteración de sensaciones; así, el desarrollo de un síntoma es el resultado de una relación compleja entre un número de variables biológicas y fisiológicas.

El Estado Funcional (determinante importante de funcionamiento), es la capacidad de un individuo para llevar a cabo tareas específicas y/o habituales y adaptarse al entorno de acuerdo a las cualidades individuales como como la motivación, factores sociales como soporte familiar y características medioambientales; en esta, se identifican los dominios de funcionamiento: Físico, rol social, psicológico y espiritual.

Por su parte, la Percepción General de la Salud, representa una integración y una expresión subjetiva de todos los componentes anteriores, estos son considerados como el mejor predictor del uso de los sistemas de cuidado de la salud y un fuerte predictor de mortalidad incluso cuando los factores clínicos están controlados, ya que, es un importante predictor de comportamientos y resultados de salud.

En cuanto a la percepción de calidad de vida en general, es considerada como una síntesis estable resultado de una medición de la CV y está relacionado tanto a la CV como a experiencias significativas. Las Características Individuales y Medioambientales tienen una influencia en todos los componentes del modelo y están muy relacionados entre sí.

Todas estas variables planteadas en el modelo de Wilson y Cleary (5) son aplicables a las personas con heridas complejas en miembros inferiores, ya que, como consecuencia de la lesión, esta población experimenta cambios biológicos, psicológicos y sociales, que repercuten en su bienestar tanto físico como psicológico. Para determinar la relación de las variables planteadas en la teoría, se hace necesario aplicar instrumentos validados que permitan obtener toda la información requerida.

Se consideran como **características del individuo** los factores sociodemográficos edad, sexo, estado civil, nivel educativo, condición laboral, estrato socioeconómico, ingresos económicos y afiliación a la Seguridad Social en Salud.

Para las **características ambientales**, se tendrán en cuenta los recursos disponibles de apoyo familiar, social y comunitario representados, los miembros de su grupo familiar, social y/o laboral. Para el caso de este estudio, se considerará solo la percepción del grado de apoyo, ayuda y soporte que la familia y los amigos le brindan al paciente.

Las **variables biológicas y fisiológicas** se entenderán como las características de la herida tales como: dimensión de la lesión, profundidad, bordes, tipo de tejido en lecho de la herida, exudado e infección/inflamación.

El **estado de los síntomas y el estado funcional** se relacionan directamente con el estado funcional y para este estudio se considerarán la movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

La Percepción general de la salud, es la integración de los conceptos de salud tanto biológicos como psicológicos que vivencia el paciente y refleja la valoración de su estado de salud global.

La Calidad general de vida, es la percepción de la satisfacción en áreas de la vida consideradas importantes para el individuo y que para este estudio tienen que ver con la función social, las actividades domésticas, la dimensión estética y el estado emocional.

3.4 Heridas, heridas complejas y heridas complejas en miembros inferiores

Herida se define como la pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico (18). En cuanto a heridas complejas, son aquellas extensas y/o profundas, que pueden presentar sangrado, con compromiso de tejidos subdérmicos, en las que puede o no existir perforación visceral y tienden a presentar complicaciones inherentes al estado clínico de las personas, con evolución lenta hacia el estancamiento o la cronicidad (19).

La úlcera de la pierna se puede definir como una pérdida en la integridad de la piel en la región comprendida entre el pie y debajo de la rodilla, con una duración igual o mayor a seis semanas (20). Se precisan como una lesión, espontánea o accidental, cuya etiología puede referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado (18).

3.5 Calidad de vida relacionada con salud en personas con heridas complejas en miembros inferiores

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (9). En este sentido, La CVRS de las personas puede verse influenciada por la presencia de heridas, en especial si esta implica cambios en la vida diaria, sufrimiento, dolor, limitaciones, dependencia, alteración de la autoestima, temor, angustia y aislamiento, entre otros (19).

Al respecto, Melguizo E. (19), evidenció a través de su estudio, que las personas con heridas complejas perciben tener una mala CVRS, y resalta las bajas puntuaciones en las dimensiones de plenitud personal, funcionamiento ocupacional, bienestar físico y psicológico; se pueden asociar estos resultados con el alto porcentaje de personas que presentan limitación física relacionada con la herida. Por su parte, Da Silva (3) develó que estas personas, evidencian cambios en su calidad de vida debido a las alteraciones en su salud, la modificación en sus actividades laborales y sociales, disminución de la movilidad y dependencia de otras personas. Así mismo, en cuanto al significado de la calidad de vida, ésta fue relacionada específicamente con ser saludable, tener buenas condiciones económicas y tener la familia siempre presente.

Lopes S. (21), señala que, de las personas con lesiones crónicas en los miembros inferiores, manifiestan dificultades tanto en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria, como en las relaciones sociales, lo cual conlleva a que se afecte su autonomía, hasta el punto experimentar sentimiento de inutilidad y pérdida de su individualidad personal y profesional. Ribú L. (22) por su parte encontró que la CVRS mejoró significativamente en las áreas del funcionamiento social y la salud mental de manera paralela con la cicatrización de las úlceras y se deterioró en el funcionamiento social paralelamente a la no cicatrización de las heridas; lo cual permitió concluir que una pobre CVRS se asocia con un mal pronóstico de la úlcera.

Por su parte, González R. (2), señala que, ante la presencia de éstas heridas, es muy importante centrar el cuidado no sólo en el manejo profesional de la curación, considerada la elección más conveniente para el caso concreto, sino que además se debe ir mucho más allá de los síntomas para abordar los aspectos que hacen referencia a la CVRS, partiendo de la promoción de las medidas sanitarias que eviten la reaparición de las úlceras.

Así mismo, Araújo T. (23), señala que factores, como el dolor, dificultad de movilidad, reducción de la autoestima, aislamiento social, incapacidad para el trabajo, alteración de la imagen corporal y depresión, afectan a la CV de estos pacientes. Ante el caso de presencia de úlceras, los aspectos que más influyen relacionados a calidad de vida fueron: aspecto físico, capacidad funcional, aspectos sociales y salud física (6).

También, Linares J. (24), menciona que en los pacientes que sufren éstas úlceras: por presión, vasculares (arteriales y venosas) y pie diabético, el dolor es el signo más característico. En otro estudio, Ribú L. (25), encontró que el dolor asociado con la úlcera del miembro inferior es un problema clínico importante ya que los pacientes que tuvieron dolor, la mayoría o todo el tiempo tenían la CVRS significativamente más pobres.

En este orden de ideas, el cuidado de la salud de los individuos de este tipo de heridas es un problema de grandes dimensiones y representan un desafío que hay que enfrentar cotidianamente, tanto las personas que conviven con este problema, como los cuidadores y los profesionales.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional o analítico, transversal que asocia la percepción de la calidad de vida relacionada con salud con la presencia de heridas complejas en miembros inferiores.

4.2 Población y muestra

Se trabajó con una muestra de 120 personas que corresponden al total de la población que reciben tratamiento para heridas complejas en miembros inferiores en las IPS de atención domiciliaria IPS Cuidado Seguro en Casa S.A. (IPS CSC S.A.) y Médicos y Auditores IPS (MYA IPS) que residen en Cartagena Bolívar. Se pudo acceder a esta población se directamente en sus domicilios y se contó con la autorización de la gerencia de las instituciones que participaron en el estudio (**Tabla 1**).

Tabla 1. Población de personas con heridas complejas en miembros inferiores según IPS

IPS	POBLACION
IPS CSC S.A.	95
MYA	25

Fuente: Registros de las IPS

4.3 Criterios de Inclusión

Se seleccionaron para este estudio, personas con heridas complejas en miembros inferiores en las IPS de atención domiciliaria Cuidado Seguro en Casa S.A. y Médicos y Auditores IPS, residentes en Cartagena que aceptaron participar en el estudio.

4.4 Criterios de Exclusión

Personas limitaciones mentales que le impidieran proporcionar la información requerida por en los instrumentos.

4.5 Instrumentos

Para la recolección de la información, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario características socio-demográficas

Diseñado por la investigadora. Mide aspectos biológicos, económicos y de relaciones, propios de las personas que participan en el estudio y las dimensiones incluidas son edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, condición laboral, estrato socioeconómico, ingreso

mensual y tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos factores fueron determinados de acuerdo a la revisión bibliográfica e incluye datos correspondientes a las características del individuo, planteadas en la teoría de CVRS. (*Ver anexos 2.*)

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia - APGAR Familiar

De acuerdo con Suarez M. (26), el APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos y funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada (26) (*Ver anexos 3.*).

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 y posteriormente se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (26).

La última modificación del APGAR Familiar, fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad (26).

El cuestionario debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Casi siempre 4: Siempre (26).

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Índice Resvech 2.0 “Resultados esperados de la valoración y evaluación de la cicatrización de las heridas crónicas”

Es un instrumento diseñado para la valoración de la evolución de las úlceras por presión y de extremidades inferiores; consta de 6 ítems, dimensión de la lesión, profundidad, bordes, tipo de tejido en lecho de la herida, exudado e infección/inflamación, subdivididos en otros ítems más específicos. Cada uno de los mismos, tiene un valor adjudicado, pudiendo alcanzar una puntuación de 0 a 35 puntos, en función del estado de la lesión a menor puntuación, mejor

evolución (27). La validación de este instrumento, reportó un alfa de Cronbach de 0,72 (28) (*Ver anexos 4.*).

Para este estudio la puntuación Resvech 2,0 total que expone el grado de cicatrización fue clasificado por el investigador en 2 categorías siendo buena evolución (puntaje entre 0 - 9) y mala evolución (puntaje entre 10 – 35).

Cuestionario Charing Cross para úlceras venosas (CCVUQ)

El CCVUQ es un instrumento específico para valorar la calidad de vida de personas con úlceras venosas, que se compone de 21 preguntas contenidas en 8 ítems que a su vez se agrupan en cuatro dimensiones importantes para la salud: la función social, las actividades domésticas, la dimensión estética y el estado emocional. En su interpretación, las puntuaciones más bajas indican una mejor calidad de vida (*Ver anexos 5*).

La fiabilidad, evaluada por medio de la consistencia interna obtuvo valores de alfa de Cronbach de 0,93 (29). En la bibliografía revisada no se establece un punto de corte para la evaluación de la calidad de vida, por lo tanto en este estudio el investigador estableció los rangos para determinar la calidad de vida de acuerdo a cada dimensión de salud (*Tabla 3*).

En la *dimensión de interacción social* se evalúa el impedimento que le produce la úlcera al quedarse con amigos y familiares, ir de vacaciones, practicar hobbies/aficiones y utilizar transporte público lo cual se evalúa con una escala de nunca, pocas veces, en algunas ocasiones, en bastantes ocasiones o siempre y su puntuación es de uno a cinco siendo la menor puntuación nunca y la mayor puntuación siempre (30).

En la *dimensión emocional* se evalúan si la úlcera lo ha vuelto más torpe o más inútil, si lo afecta negativamente a las relaciones personales, si es un problema para la persona que la úlcera le exude o le supure, si se pasa mucho tiempo pensando en su úlcera, le preocupa que la úlcera nunca se le cure, si se está harto de la cantidad de tiempo que supone tratar la úlcera, si se encuentra deprimido debido a la úlcera de sus piernas (30).

En el *aspecto estético* si le incomoda la apariencia de sus piernas debido a la úlcera, la medida en que le resulta difícil el uso de vendajes y apósitos de sus piernas en relación con el grosor y volumen, su apariencia, la influencia en la ropa que lleva o en su influencia de vestir (30).

En lo relacionado a *las actividades domésticas* se aprecia si la úlcera le duele, si le impide caminar, le impide cocinar, limpiar, hacer la compra, arreglar el jardín (30).

Para este estudio el investigador estableció rangos para la CVRS total y las dimensiones de salud, descritas en la (Tabla 2.)

Tabla 2. Interpretación de la escala Chering Cross

<i>Interpretación de la Escala Chering Cross</i>				
<i>Dimensión</i>	<i>Ítem</i>	<i>Rango</i>	<i>Buena CVRS</i>	<i>Mala CVRS</i>
Interacción social	2	4 – 20	4 – 8	9 – 20
Actividades domesticas	1,5,8	6 – 29	6 – 12	13 – 29
Aspecto estético	4,7	4 – 19	4 – 8	9 – 19
Estado emocional	3,6	7 – 34	7 – 14	15 – 34
CVRS	1-8	21 - 103	21 - 42	43 – 103

Cuestionario EUROQOL-5D

El cuestionario EQ-5D es un instrumento genérico ampliamente utilizado para describir y valorar la salud que fue desarrollado por el Grupo EuroQol. Un objetivo primordial del Grupo EuroQol es la investigación de valores para los estados de salud en la población general en diferentes países (31) (*Ver anexos 6.*).

Se utilizará el modelo hispano para EQ-5D valoraciones ya que este, representa una nueva opción significativa para los tomadores de decisiones, proporcionando un conjunto de pesos de preferencia social para el uso países latinoamericanos (32).

El cuestionario EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías (33); sus resultados facilitan la comparación de la relación costo-eficacia y por ende, la toma de decisiones para la asignación de los recursos de atención en salud (32).

Este instrumento ha reportado una fiabilidad medida con alfa de Cronbach de 0,76 (34). En este cuestionario, el propio individuo valora su estado de salud, primero en *niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo)* y luego en una *Escala Visual Analógica (EVA)* de evaluación más general.

Un tercer elemento del EQ-5D es el *índice de valores sociales* que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En la primera parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario.

En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas» (33,32).

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones –estados de salud– posibles, que pueden utilizarse como perfiles (32). Cada uno está asociado con un código único de cinco dígitos que representa el nivel de problema en las cinco dimensiones, por ejemplo, 11111 no representan ningún problema en ninguna dimensión y 33333 representa problemas graves en todas las dimensiones (32).

En un caso, un individuo que señale que no tiene problemas para caminar (1), no tiene problemas con el cuidado personal (1), tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas (2), tiene moderado dolor o malestar (2) y no está ansioso o deprimido (1), se ubica en el estado de salud 11221 (33).

La segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo (33).

El índice de valores de preferencias para cada estado de salud se obtiene a partir de estudios en población general o en grupos de pacientes en los cuales se valoran varios de los estados de salud generados por el EQ-5D.

El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte (35).

Este índice se obtiene de la combinación de los valores de las cinco dimensiones y la tabla adaptada a la población hispana; el cual debe corresponder a una de las 243 combinaciones o estados de salud (**Tabla 3.**) (32).

Tabla 3. Valores de coeficiencia para los 243 Estados de salud EQ - 5D adaptados a la población hispana.

State	Value	State	Value	State	Value	State	Value	State	Value
11111	1.000	22123	0.544	13222	0.450	13232	0.351	13331	0.237
21111	0.828	12131	0.540	21313	0.446	13322	0.350	31232	0.237
12111	0.821	13211	0.539	31112	0.446	32121	0.349	31322	0.236
11112	0.815	12213	0.539	22133	0.445	23313	0.344	33121	0.227
11211	0.794	11132	0.534	23213	0.444	31122	0.343	31231	0.223
22111	0.774	22312	0.528	13311	0.439	32221	0.342	32313	0.223
11121	0.772	21123	0.524	12313	0.439	23223	0.341	31321	0.222
21112	0.768	21223	0.517	13221	0.436	13231	0.337	33221	0.220
12112	0.761	13121	0.517	22232	0.426	13321	0.336	32223	0.220
21211	0.747	12123	0.517	31211	0.425	31222	0.336	33113	0.208
12211	0.740	22311	0.514	21133	0.425	33111	0.330	23332	0.204
11212	0.734	23112	0.513	22322	0.425	32113	0.330	31313	0.203
21121	0.725	11231	0.513	23123	0.422	22332	0.326	32133	0.202
12121	0.718	11321	0.512	13131	0.418	31311	0.325	33213	0.201
22112	0.714	12223	0.510	12133	0.418	32213	0.323	13333	0.189
11122	0.712	21312	0.508	21233	0.418	23133	0.323	32232	0.183
22212	0.707	22132	0.507	13213	0.417	31221	0.322	31133	0.182
22211	0.693	31111	0.506	21323	0.417	21333	0.318	32322	0.182
11221	0.691	23212	0.506	11331	0.413	13313	0.317	33123	0.179
21212	0.687	12312	0.501	12233	0.411	12333	0.311	31233	0.175
22122	0.685	13113	0.498	12323	0.410	31131	0.304	31323	0.174
12212	0.680	11313	0.493	23312	0.406	23232	0.304	33312	0.163
11113	0.674	22131	0.493	31121	0.403	31213	0.303	33222	0.160
22121	0.671	23211	0.492	23222	0.403	23322	0.303	33311	0.149
21122	0.665	11223	0.490	13123	0.395	32123	0.301	32331	0.143
22221	0.664	21132	0.487	23311	0.392	13133	0.296	23333	0.142
12122	0.658	22231	0.486	32112	0.392	11333	0.291	33132	0.142
21222	0.658	22321	0.485	11233	0.391	13233	0.289	31332	0.137
12222	0.651	23122	0.484	11323	0.390	13323	0.288	33131	0.128
21221	0.644	12132	0.480	13223	0.388	32312	0.285	31331	0.123
12221	0.637	21232	0.480	22331	0.386	32222	0.282	33231	0.121
11222	0.631	13212	0.479	32212	0.385	31123	0.281	32233	0.121
21113	0.627	21322	0.479	23132	0.385	31223	0.274	33321	0.120
13111	0.620	12232	0.473	31113	0.384	32311	0.271	32323	0.120
12113	0.620	12322	0.472	21332	0.380	33112	0.270	33313	0.101
11311	0.615	11133	0.472	13312	0.379	31312	0.265	33223	0.098
22222	0.604	23121	0.470	12332	0.373	23331	0.264	32332	0.083
11131	0.594	22313	0.466	32211	0.371	22333	0.264	33133	0.080
11213	0.593	21231	0.466	23131	0.371	32132	0.264	31333	0.075
23111	0.573	21321	0.465	21331	0.366	33212	0.263	33232	0.061
22113	0.573	23221	0.463	31212	0.365	13332	0.251	33322	0.060
11123	0.571	22223	0.463	23231	0.364	32131	0.250	33331	0.021
21311	0.568	12231	0.459	22233	0.364	33211	0.249	32333	0.021
22213	0.566	12321	0.458	23321	0.363	31132	0.244	33233	-0.001
12311	0.561	13122	0.457	32122	0.363	32231	0.243	33323	-0.002
13112	0.560	11232	0.453	22323	0.363	32321	0.242	33332	-0.039
11312	0.555	32111	0.452	12331	0.359	23233	0.242	33333	-0.101
21131	0.547	11322	0.452	13132	0.358	23323	0.241		
21213	0.546	23113	0.451	11332	0.353	33122	0.241		

Fuente: Zarate V, Kind P, Hsiang L. Hispanic Valuation of the EQ-5D Health States:A Social Value: Set for Latin Americans. (32)

Cada factor o concepto del modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud de Wilson & Cleary, fue medido por los instrumentos seleccionados para el estudio. Los conceptos *estado de los síntomas* y *estado funcional* fueron medidos con el mismo instrumento debido a que éste evalúa 5 dimensiones que valoran los dos factores.

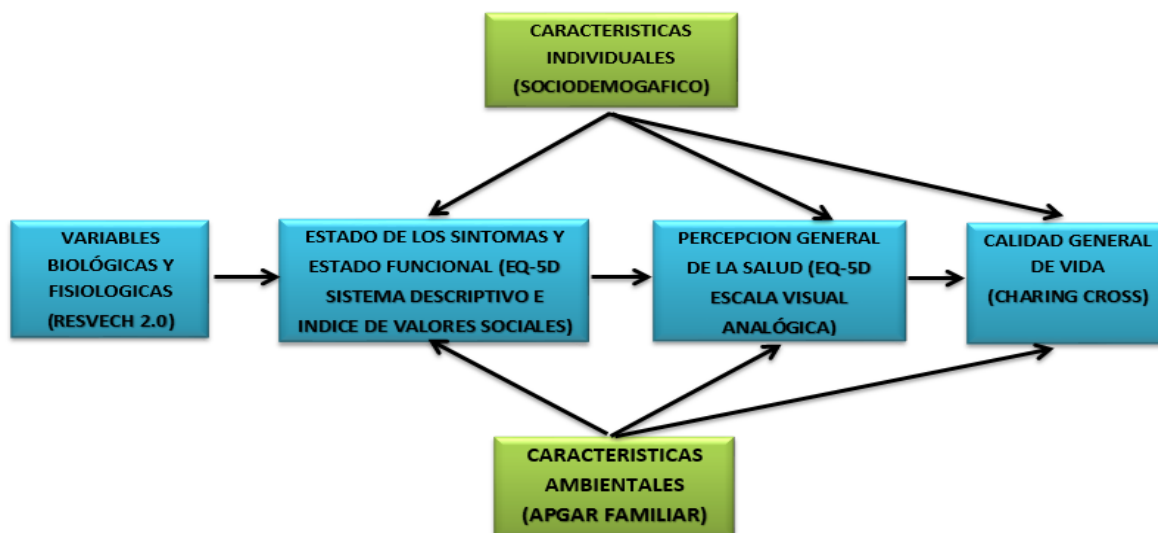


Figura 2. Instrumentos empleados para medir cada factor o concepto del Modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud de Wilson & Cleary modificado.

4.6 Técnicas y procedimientos de recolección de la información

La información fue recolectada por la investigadora y dos auxiliares de investigación debidamente capacitados en el manejo de los instrumentos. Se recolectó la información en los domicilios de las personas que participaron en el estudio. Previamente, se dio a conocer el propósito del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. Los instrumentos fueron diligenciados por los mismos participantes a quienes se les brindó el apoyo necesario.

Se les suministró y/o aplicó primero el cuestionario sociodemográfico, posteriormente el instrumento APGAR Familiar y de amigos, Índice Resvech 2.0, el Euroqol 5D y finalmente Charing Croos.

Los cuestionarios fueron identificados con números arábigos consecutivos. La investigadora y los auxiliares de investigación, verificaron que todos los instrumentos estuviesen diligenciados completamente.

4.7 Análisis estadístico

Se empleó el software SPSS 20®. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables calculando frecuencias, porcentajes y promedios; posteriormente se realizó un análisis bivariado que permitió conocer la significación estadística y las variables candidatas para realización del modelo de regresión logístico multivariado, reportando las Razones de Momios (odds ratios) con sus intervalos de confianza. Cuando la variable independiente fue de naturaleza cuantitativa, se realizaron pruebas de significación estadística como la prueba t o la prueba U de Mann-Whitney.

4.8 Aspectos éticos y legales

De acuerdo con el parágrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 08430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia, esta investigación no representa riesgo a la población participante, debido a que no hubo ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, debido a que los instrumentos que se utilizaron fueron cuestionarios (36).

Acorde con la Resolución 08430 Del 4 de Octubre 1993 Del Ministerio De Salud Pública De Colombia, y lo contemplado en sus artículos 6, 15 y 16, en este estudio se mantendrá la privacidad y el anonimato de los participantes y se diligenciará el consentimiento informado (36) (*Ver anexos 1*).

Para el diligenciamiento del consentimiento informado, se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki (37) y en el Código de Ética de Enfermería (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia) evidenciados en la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participaron en esta investigación (38).

5. RESULTADOS

Los resultados de este estudio se presentaron teniendo en cuenta las variables planteadas en la teoría de CVRS de las enfermeras Sandra Peterson y Timothy Bredow, la cual mediante el modelo de Wilson y Cleary ilustra sobre las relaciones de los factores que afectan la CVRS. Los resultados se describieron de acuerdo a la caracterización de la personas con heridas compleja en miembros inferiores de la ciudad de Cartagena y las asociaciones existentes.

Características individuales

En este estudio participaron 120 personas que corresponden al total de la población que reciben tratamiento para heridas complejas en miembros inferiores. El promedio de edad es de 61,1 años (DE=14.3). El 66,7% (80) fueron de sexo femenino (*Ver anexos 7. Tabla 4*).

Con relación al estado civil, la mayor proporción de ellos son solteros en un 36,7% (44), 21,7% (26) casados, 20% (24) conviven en unión libre, 18,3% (22) son viudos y 3,3 (4) se encuentran divorciados (*Ver anexos 7. Tabla 5*).

En cuanto al nivel educativo, predominó la primaria con el 40,8% (49), seguido de las personas sin escolaridad en 29,2% (35), secundaria 27,5% (33), técnico 1,7% (2) y en menor proporción el profesional con un 0,8 % (1) (*Ver anexos 7. Tabla 6*).

Con respecto a la condición laboral, el 80% (96) de los adultos no trabaja; 15% (18) se desempeñan como independientes, 3,3% (4) son empleados y 1,7% (2) son pensionados (*Ver anexos 7. Tabla 7*).

Al estrato socioeconómico 1 pertenecen el 70,8% (85), el 27,5% (33) son de estrato 2 y el 1,7% (2) de estrato 3 (*Ver anexos 7. Tabla 8*). El mayor porcentaje de los participantes pertenece tiene ingresos económicos inferiores a un salario mínimo legal vigente (SMLV) en un 95.8% (115) y solo el 4,2% (5) tienen ingresos de un salario mínimo legal vigente (SMLV) (*Ver anexos 7. Tabla 9*). La mayoría de los participantes se encontraban afiliados al régimen subsidiado en el sistema de seguridad social en salud representado por el 98,3% (118) (*Ver anexos 7. Tabla 10*).

Características ambientales

Se observa una funcionalidad familiar normal en el 85,83% (103) de los adultos, una disfunción severa en el 8,33% (10) y disfunción leve representado por el 5,83% (7) (*Ver anexos 7. Tabla 11*).

Variables biológicas y fisiológicas (valoración del estado de la herida):

El estado de la herida se encontró en su mayoría bueno con un 54,2% (65) y mala con 45,8% (55) (*Ver anexos 7. Tabla 12*).

Estado de los síntomas y Estado funcional:

EUROQOL-5D: Nivel de gravedad del estado de salud por dimensiones.

En la **dimensión movilidad**, el 73,3% (88) tiene algunos problemas o problemas moderados, el 18,3% (22) no tiene problemas y el 8,3% (10) tiene problemas graves (*Ver anexos 7. Tabla 13*).

En su **cuidado personal**, el 67,5% (81) no tiene problemas, el 20% (24) tiene algunos problemas o problemas moderados, y el 12,5% (15) tiene problemas graves (*Ver anexos 7. Tabla 13*).

En las **actividades cotidianas** el 54,2% (65) tiene algunos problemas o problemas moderados, el 26,7% (32) no tiene problemas y el 19,2% (23) tiene problemas graves (*Ver anexos 7. Tabla 13*).

En la presencia de **dolor/malestar**, el 50,8% (61) tiene algunos problemas o problemas moderados, el 30,8% (37) tiene problemas graves y el 18,3% (22) no tiene problemas (*Ver anexos 7. Tabla 13*).

Por último, en la **dimensión ansiedad/depresión**, el 50% (60) tiene algunos problemas o problemas moderados, el 43,3% (52) no tiene problemas y el 6,7% (8) tiene problemas graves (*Ver anexos 7. Tabla 13*).

EUROQOL-5D: Índice de valores sociales para cada estado de salud.

Se encontraron 5 personas que no reportan alteraciones en ninguna dimensión y 3 que manifiestan problemas graves en todas las dimensiones. Entre el margen de 0 a 1 establecido por el instrumento, la gran mayoría de los participantes calificó su estado de salud entre los valores de 0.4 y 0.8. (*Ver anexos 7. Figura 2, Tabla 14*). Es decir, la mayoría puntuaron en un rango medio.

Percepción general de la salud

EUROQOL-5D: Valoración del estado de salud global en el día de la aplicación del instrumento.

La escala visual analógica evidenció una puntuación de percepción de la salud el día de la aplicación del instrumento promedio de 57,5 (DE=19.2), con un puntaje mínimo de 10 y máximo de 100, adicionalmente se observó una mediana de 60 y moda con un valor de 70 (*Ver anexos 7. Tabla 15*).

Calidad general de vida

En la mayoría de los participantes se observó una mala percepción de CVRS representada por el 82.5% (99), solo el 17.5% (21) obtuvo una buena percepción (*Ver anexos 7. Tabla 16*). Con relación a las dimensiones, la más afectada fue el “*estado emocional*” con 96.6% de mala percepción, seguida de la “*interacción social*” con 73.3%, “*las actividades domésticas*” con 66,6% y finalmente la dimensión “*aspecto estético*” con 53.3% de mala percepción de la CVRS (*Ver anexos 7. Tabla 17*).

Análisis bivariado de las variables y la CVRS

Se evidenció una fuerte asociación estadísticamente significativa para el hecho de tener una escolaridad de secundaria en adelante, reportando un p valor 0.002. Al igual que para el hecho de ser hombre, reportando un p valor = 0.016; el no tener pareja, con un p valor = 0.049 y el tener menor edad, con p valor = 0.056 (*Ver anexos 7, Tabla 18*).

Modelo de regresión logística multivariado para CVRS

El modelo de regresión logístico multivariado tomó como variable dependiente la CVRS y como variables independientes las distintas dimensiones propuestas en la teoría de CVRS.

En cuanto a los coeficientes determinantes, en este estudio la variable que resultó asociada positivamente fue la funcionalidad familiar, reportando un coeficiente de 0.152; por su parte las variables que resultaron asociadas negativamente fueron edad (mayor edad) que reportó un coeficiente de -0.004, estado civil (tener pareja) con un -0.105 y CCUVQ (mayor puntaje) con -0.009, constituyéndose como coeficientes determinantes (*Ver anexos 7, Tabla 19 y 20*).

Alfa de Chronbach de los instrumentos

El instrumento APGAR, reportó un Alfa de Chronbach de 0.92 y EQ-5D 0.709, para los instrumentos Resvech y CCUVQ no se calculó el coeficiente de fiabilidad debido a que no es pertinente ya que son más comportamentales.

6. DISCUSIÓN

Se encontró asociación entre una buena percepción de la CVRS y tener menor edad, ser de sexo masculino, tener mayor escolaridad y no tener pareja. Así mismo, se evidenció una mala percepción de la CVRS reflejada en la dimensión emocional y la menos afectada fue la dimensión estética.

Al referirnos a las *características individuales*, el promedio de edad de los participantes de este estudio es similar a los datos reportados por Melguizo E. (19) 59.3 años, Renó M. (39) 63 años y Otero G. (40) 65.7 años. Estos datos son similares al promedio de edad reportado por la institución Servicios Integrales de Medicina y Enfermería (SIME S.A.S.) en la ciudad de Cartagena en el programa de heridas complejas, en el cual el promedio de edad de las personas para el año 2016 fue de 65.5% (30). Hellström A. (35) plantea que los individuos de este grupo de edad se encuentran en riesgo debido a las enfermedades relacionadas con la edad, como son las enfermedades cardiovasculares, incluyendo dolor y trastornos del sueño que pueden afectar su bienestar general, así como el proceso de curación de una herida. Además, se considera que la incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años con un porcentaje del 5,6% de la población (41). Así mismo, Persoon A. (42), considera que las úlceras venosas se constituyen como un problema que aumenta progresivamente con la edad.

El porcentaje de sexo femenino observado en este estudio se comporta de manera similar al evidenciado en la población colombiana en general, donde el 51.25% son mujeres, según la proyección a 2015 con datos del Censo 2005 (43). Datos similares se encontraron en el estudio de Oliveira R. (44) en el cual el 66.3% de sus participantes eran de sexo femenino, así mismo, Hellström A. (35) 62.9%, Melguizo E. (19) 61.3%. Según la literatura revisada las UV afecta mayoritariamente a las mujeres frente a los hombres, con una relación 1:3 (41). Observando este fenómeno de feminización, se esperaría que la CVRS en la mujer estuviese más afectada que la de los hombres, dado que al estar vinculada históricamente al cuidado y a las actividades del hogar, su dimensión estética y de actividades domésticas se va a ver mayormente afectada con relación a la del hombre que en la de un hombre. Esto concuerda con lo hallado en el estudio de Souza E. (45) en el cual las mujeres representan sus cuerpos como repugnantes y poco atractivos mientras los hombres representan sus cuerpos como frágiles, inhabilitados para el trabajo.

En lo que concierne al estado civil, al igual que en nuestro estudio, en la investigación de Souza E. (46) esta variable estuvo representada por solteros con el 56.8%, y en el estudio de Álvarez R. (1) 16.25%. Este resultado, quizá se deba a la población estudiada, ya que son personas con heridas crónicas y complejas debido a estas condiciones se pueden sentir cohibidas y/o aisladas a desarrollar vínculos con los familiares, vecinos y amigos, afectando su vida emocional y social (47). Fernández J. (48) considera el aislamiento social, con ausencia de contacto con vecinos, amigos, familiares y la comunidad, repercute

negativamente en la evolución de las lesiones de estos enfermos, para los pacientes el olor que emana la herida les crea una situación de angustia, llevándolos a vivir avergonzados y no tener participación en las actividades sociales. Además de la presencia del olor, la privación del sueño, la ansiedad, la depresión, y el dolor, contribuyen a que el paciente modifique sus hábitos de vida.

Adicionalmente, Souza E. (46) concluye en su estudio, que las personas con heridas crónicas tienden a abstenerse de mantener relaciones sexuales por creer que podría conllevar implicaciones negativas para su salud y vitalidad, así mismo en otro estudio Souza E. (45) reporta que de sus participantes, el 56% de los hombres eran casados, 44% solteros mientras que de las mujeres, 37% estaban casadas y 63% solteras, trece declararon no tener siquiera relaciones ocasionales y que la existencia de la herida contribuyó para una vida solitaria y provocar o anticipar la separación, siendo su ocurrencia siempre por iniciativa del compañero.

Por otra parte, el nivel de escolaridad de las personas tuvo un comportamiento similar al reportado en los estudios de Osorio M. (30) en el cual 48.3% cursó primaria, así mismo Melguizo E. (19) 38.7%, Osorio M. 35.6% (47) y Álvarez R. 52.50% (1). Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por el DANE para la población general en Colombia (43) donde el 37.2% alcanzó un nivel de escolaridad básica primaria y 31.8% secundaria. Esto responde a la situación económica de la población caribe y a los niveles de inequidad en la ciudad de Cartagena. Carrero J. (49) considera a la educación como un factor influyente en la cicatrización de heridas que tiende a generar mayor morbilidad infecciosa. Por tal razón surge la necesidad de educar e involucrar tanto a los pacientes como a sus familiares para así promover la calidad de vida no solo en el proceso de atención, sino que también en su cotidianidad.

En lo que se refiere a la ocupación, Oliveira R. (44) presenta datos similares a nuestro estudio, en el cual el 75.2% de su población se encontraba desempleada, al igual que Melguizo E. (50). Estos datos concuerdan con lo reportado por el DANE para el mes de junio del presente año en la cual la tasa de desempleo se ubicó en 9,7% (51). Esto da respuesta a la población estudiada y a la edad promedio de las mismas, puesto que son adultos mayores con heridas complejas en los cuales se da un cese de la vida laboral y el inicio de la vejez, además de la exigencia y compromiso de cuidado que requiere la herida y que de cierta manera limita las actividades laborales. Adicionalmente, Osorio M. (30) considera que la ocupación se constituye como uno de los factores negativos para desarrollar úlceras venosas, generar recidivas, aplicar cuidados apropiados, sobre todo aquellos que tienen una demanda mayor de horas de trabajo con pocos períodos de descanso. Por su parte, Melguizo E. (50) encontró en su estudio que la condición laboral es el factor sociodemográfico asociado a mayor número de dimensiones de la CVRS.

Por lo que respecta al estrato socioeconómico del hogar, el predominio del estrato 1 es congruente con lo reportado por el informe de Calidad de Vida de Cartagena (52), en el cual se reporta que la mayoría de las viviendas en Cartagena son estrato 1 y 2 (72%), esto en

consecuente con los hallazgos de Álvarez R. (1), quien reporta que la mayoría de los participantes del estudio pertenecían al estrato 2 (47.5%), de igual manera, Osorio M. 42,5% (47) y Melguizo E. 38,7% (19). Las situaciones económicas deficientes en un hogar tienen a producir problemas socioemocionales, las personas suelen estar más deprimidas, solitarias, desconfiadas e incluso pueden llegar a sentirse excluidos (53). El estado de la vivienda también se constituye como un factor que puede influir, sobre todo aspectos relacionados con las condiciones sanitarias y salubres de la vivienda e incluso la accesibilidad a la misma. González R. (2) afirma que una persona con mayor nivel socioeconómico tiende a presentar mejores conductas saludables, mejores condiciones de vida generales que a su vez favorecen la evolución adecuada de la herida, así mismo Osorio M. (30) considera al estrato como un factor que puede alterar la calidad de vida relacionadas con la salud de las personas con heridas.

Al referirnos a los ingresos económicos, al igual que en nuestro estudio Oliveira R. (44) encontró que el 72.3% de su población tenía ingresos inferiores a 1 SMLV. Estos datos son similares a lo reportado por DANE en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en la cual para el año 2014, la pobreza monetaria (por nivel de ingresos) fue de 27,8% y en el año 2015, la pobreza multidimensional disminuyó un 1,7 % respecto al 2014 (54). En este orden de ideas la CVRS podría verse afectada, tal como afirma Marín C. (55), el ingreso económico permite tener un modo de vida con mayores oportunidades al gozar de comodidades materiales, pero también de la tranquilidad mental y emocional que da la estabilidad en la vida del adulto mayor.

Con relación a la seguridad social, Álvarez R. (1) presenta datos similares a nuestro estudio, en el cual el 38.75% de su población se encontraba afiliada al régimen subsidiado. Estos datos concuerdan con lo reportado por el Ministerio de Salud, en donde el 48.1 % de la población total se encuentra afiliada al régimen subsidiado, 44.5 % al régimen contributivo y el 5% a los regímenes especiales y de excepción para el año 2015 (56). Estos resultados responden a las leyes que rigen el SGSSS, en las cuales se establece como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país (57,58,59,60).

Por otro lado, con relación a las *características ambientales*, la evaluación de la funcionalidad familiar evidencio resultados similares a los reportados por De Azevedo, A. (61) en el cual el 62.4% de sus participantes presentaron una funcionalidad familiar normal/alta y Puigvert C. con 85%. Suárez E. (62) considera que una alta funcionalidad familiar previene la emergencia de problemáticas de salud física y mental entre sus miembros, además disminuye el grado de cohesión, favorece la flexibilidad y la calidad de la comunicación entre sus miembros. Pertenecer a un grupo familiar funcional y que esté involucrado en el cuidado, genera en la persona con heridas complejas estabilidad y seguridad. Estudios han demostrado que existe una asociación entre estas variables, Vargas S. por su parte encontró que entre el apoyo social y la calidad general de vida existía una asociación con un (P valor = 0.000).

Respecto a las ***variables biológicas y fisiológicas***, el instrumento Resvech 2.0 evidenció hallazgos diferentes al estudio de Álvarez R. (1) en el cual el 93.75% las personas presentaron una evolución de herida mediana y altamente comprometida. González R. (2) considera que la presencia de heridas crónicas (HC) de difícil manejo afecta negativa y considerablemente la CVRS. De acuerdo a esto, la percepción de la calidad de vida estaría afectada en nuestra población dadas las falencias en los estados de salud del individuo que a su vez se ven condicionados por la presencia de heridas crónicas, dolorosas, que no solo limitan la movilidad sino que además presentan molestias como el exudado abundante, mal olor, posibilidad de infección, aislamiento, depresión y muchos otros trastornos emocionales (19).

Por lo que concierne al ***estado funcional y estado de los síntomas***, se encontraron similitudes con los datos reportados por Saiz J. (63) en cuanto a las dos dimensiones más afectadas que fueron dolor con 69.1% y movilidad con 34.1%, así mismo, González J. (64) incluye a la dimensión de dolor/malestar como la peor valoración de CVRS.

Con relación al índice de valores sociales para cada estado de salud, la presencia de personas sin alteraciones en las dimensiones de salud difiere de los hallazgos de Zarate V. (32) en el cual reportó que sus participantes presentaron algún tipo de alteración en sus dimensiones. Así mismo, el autor de manera similar a este estudio, encontró que una (1) persona presentó graves problemas en todas las dimensiones.

En cuanto a la ***percepción general de salud***, el estudio de Saiz J. (63), reporta datos similares a esta investigación, en la cual la puntuación promedio de la escala visual analógica del EQ-5D fue de 68.5%, equivalente al estudio de González J. (64). Bullón C. (65) considera que el envejecimiento representa un cambio trascendental de importancia, este proceso significa para la persona el planteamiento de diferentes interrogantes, siendo la muerte el principal aspecto de preocupación.

Finalmente, en la ***calidad general de vida***, la escala de Charing Cross para evaluar calidad de vida en personas con úlceras venosas (CCVUQ), este estudio obtuvo datos similares a Álvarez R. (1), quien reporta que el 83.75% de pacientes presentaron medianamente o altamente afectada la CVRS en la medición total. En cuanto a las dimensiones, Álvarez R. (1) y Oliveira R. (44) y reportan como la dimensión más afectada al estado emocional con 95% y 64,2% respectivamente, resultados similares a este estudio que también encuentra la dimensión emocional como la más afectada con 96,6%. Sin embargo, estos estudios difieren en un aspecto de nuestro hallazgo en el cual la dimensión estética para nuestra población fue la menos afectada dentro de la percepción de CVRS mientras que para Álvarez R. (1) y Oliveira R. (44) fue la segunda más afectada con 71.25% y 64.2% respectivamente. La imposibilidad que manifiestan las personas con heridas complejas para realizar actividades cotidianas genera dependencia y afecta su funcionalidad y por consiguiente su percepción de CVRS. Álvarez R. (1) en su análisis estadístico y epidemiológico mostró que el factor asociado a la peor calidad de vida relacionada con la salud fue la mala percepción de ella manifestada por el mismo participante.

Una limitación de este estudio fue el hecho de que las personas participantes no estuvieran concentradas geográficamente en una institución de salud, debido a la atención domiciliaria que prestan las instituciones donde se llevó a cabo la investigación. Esto implicó más costos de desplazamiento y mayor tiempo para recoger la información. Sin embargo, el hecho de encontrarse en la comodidad y privacidad de su hogar, facilitó a las personas responder a los instrumentos utilizados.

7. CONCLUSIONES

Se encontró asociación entre una buena percepción de la CVRS y tener menor edad, ser de sexo masculino, tener mayor escolaridad y no tener pareja.

Las personas con heridas complejas de las dos instituciones prestadoras de servicios de salud en Cartagena, 2017, evidenciaron una mala percepción de la CVRS, mostrando deficiencias en la dimensión emocional y fortaleza en la dimensión estética.

La evolución de las heridas en general fue buena al igual que la funcionalidad familiar de los participantes fue normal, situaciones que pueden obedecer al trabajo interdisciplinario realizado por las dos instituciones que brindan el cuidado a estas personas.

Las personas de este estudio tienen un promedio de edad de 61,1 años, la mayor proporción de sexo femenino, solteros, con un nivel de escolaridad de primaria incompleta, en su mayoría desempleados, estrato 1, con ingresos económicos inferiores a un salario mínimo legal vigente y afiliados al régimen subsidiado.

La dimensión estética se reportó como la menos afectada dentro de las 4 dimensiones evaluadas por el CCVUQ, lo cual se relaciona con apariencia de los vendajes y en la influencia que tiene al momento de vestirse.

Por su parte, la dimensión emocional se constituyó como la más deficiente, evidenciando en su mayoría mala percepción de la CVRS. Esta dimensión involucra las relaciones interpersonales y el estado anímico de los participantes.

La incidencia general hacia mala percepción de calidad de vida en la mayoría de los estudios consultados, quizá evidencie la necesidad de continuar investigando sobre el tema para comprender mejor este fenómeno de estudio y poder realizar intervenciones más efectivas.

RECOMENDACIONES

- Informar los resultados obtenidos a las Instituciones Prestadoras de Salud (Cuidado Seguro En casa SAS y Médicos y Auditores IPS) para con el fin de establecer y/o fortalecer estrategias que permitan mediante el trabajo interdisciplinario contribuir a mejorar la percepción de CVRS de las personas con heridas en miembros inferiores.
- Establecer instrumentos de medición en la evaluación y seguimiento de las personas con heridas en las IPS participantes en el estudio.
- La IPS deben tener en cuenta las características individuales, ambientales, las variables biológicas y fisiológicas, el estado de los síntomas y el estado funcional como parte fundamental de la atención en salud ya que estas inciden directamente en la percepción de la CVRS y de esta manera realizar intervenciones que impacten de manera positiva en la población.
- Fomentar en los profesionales de enfermería el liderazgo para manejo de programas que contribuyan a identificar las necesidades de los pacientes con el fin de establecer intervenciones para realizar un cuidado holístico y de impacto en la población.
- Los resultados de este estudio se pueden considerar para desarrollar otras investigaciones sobre CVRS y/o personas con heridas complejas para tener en cuenta la realidad que vive esta población y sus familias.
- Realizar investigaciones orientadas a evaluar la evolución y seguimiento de estos pacientes a largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios y a mis padres que me han guiado y apoyado para alcanzar esta meta.

A mi esposo e hijas por siempre estar presentes, motivarme y apoyarme para no desfallecer ante las dificultades y brindarme las herramientas necesarias para alcanzar este logro.

A mi familia en general quien con sus palabras de motivación me impulsaron en todo momento.

A la profesora Estela Melguizo quien con sus conocimientos, paciencia y orientación fue un pilar fundamental en el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad de Cartagena quien a través de las docentes de la Maestría en Enfermería brindaron los conocimientos necesarios para la realización de esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez R, Saldarriaga J, Restrepo J. Factores asociados a la Cicatrización de Úlceras Venosas de Miembros Inferiores y Calidad de Vida en Adultos, Medellín 2014-2015. [Trabajo de grado Magister en Epidemiología] Medellín (Colombia). Universidad de Antioquia. Facultad de Nacional de Salud Pública; 2015. .
2. González R, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. Rev Gerokomos [Revista en Internet]. 2010 [Consultado: 06/09/17]; 21(3):131-139. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300007. .
3. Da Silva L, Trevisan J, Do Carmo M. Qualidade De Vida Dos Portadores De Ferida Em Membros Inferiores - Úlcera De Perna. Ciencia Y Enfermería. 2008; XIV (1): 43-52. .
4. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la Calidad de vida. Revista de salud pública. 2002; 44 (4): 96-102. .
5. Peterson S, Bredow T. Health-Related quality of life. En: Middle Range Theories. Application to Nursing Research. Lippincott William & Wilkins. New York. 2004. 274-287. .
6. Botero B, Pico María. Calidad de vida relacionada con la salud (CRVS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud. 2007; 12: 11-24.. .
7. Carmona M, Nogales I. Calidad de vida en pacientes con úlcera de extremidad inferior (UEI). Hygia de Enfermería: revista científica del colegio. 2011; (7): 47-51. .
8. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. Med. Chile. 2010; 138 (3): 358-365.. .
9. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería. 2003. .
10. González R. Gerencia del cuidado: liderazgo de la enfermera en el cuidado de la persona con alteración de los tejidos. Avances en Enfermería. 2007; XXV (1): 122-129.. .
11. González R, Gómez A. Contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural en personas con heridas en miembros inferiores. Avances en Enfermería. 2008. .

12. Ricardo D, Ferreira A, Dos Santos E, Maia N, Silveira T. Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crónica. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2013; III (10): 109-118.. .
13. Jiménez C. Curación avanzada de heridas. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2008; 23 (3): 146-155. .
14. Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica* 2005; 23: 79-90.. .
15. Urzúa A. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. *Terapia Psicológica*, 2008; 26 (2): 207-214. .
16. Sousa K, Kwok O. Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research*. 2006; 15 (4): 725-37. .
17. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan*, 2007; 7 (2): 161-173. .
18. Salem C, Pérez J, Henning E, Uherek F, Schultz C, Butte J, González P. Heridas. Conceptos generales. *Cuadernos de Cirugía*. 2000; 14 (1): 90-99.. .
19. Melguizo E, Díaz A, Osorio M. Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. [Revista en Internet] 2011 [Consultado: 29/08/17]; 13 (6): 942-952. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a07.pdf>. .
20. Torra i Bou J-E, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche ebollo E, Arboix i Perejamo M, et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP- UICF-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos*, 2004; 15(4). .
21. Lopes S, Andrade N, Roque M, Borges M. Vivendo uma Situação Difícil: a Compreensão da Experiência da Pessoa com Úlcera Venosa em Membro Inferior. *Rev Estima*. 2012; 10 (1): 12-19. .
22. Ribu L, Birkenland K, Hanestad B, Moum T, Rustoen T. A longitudinal study of patient with diabetes and foot ulcers and their health related quality of life. *Journal of Diabetes and its complications*. 2007; 22: 400-407... .

23. Araújo T, Fernandes I, Medeiros M, Gomes S, Chaves E, De Vasconcelos G. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con y sin úlcera venosa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(4):576-581. .
24. Linares J, Monteso P, Verdú J, Canalda E. El dolor en las heridas crónicas de las extremidades inferiores *AgInf*. 2014; 72 (18): 175-177. .
25. Ribu L, Rustoen T, Birkenland K, Hanestad B, Paul S, Miaskowski Ch. The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain its impact on health related quality of life. *The Journal of Pain*. 2006; 7 (4): 290-299. .
26. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Páz* 2014; 20 (1): 53-57. .
27. Fernandez A, Hernandez E. Eficacia de terapia de presión negativa portátil en el abordaje de lesiones de pie diabético en Atención Primaria (tesis de master). Cantabria: Universidad de Cantabria, Facultad de Enfermería; 2015. .
28. Restrepo J. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida (tesis doctoral). Alicante: Universidad de Alicante, Fac. .
29. González R, Verdú J. Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. *Gerokomos*. 2010; 21 (2): 80-87.. .
30. Osorio M, Alcalá M, Ortiz E, Villazón I. Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire “CCVUQ” versión española para personas con úlceras venosas en Cartagena de indias, 2015. [Trabajo de grado Enfermero (a)] Cartagena (Colombia): Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería; 2016. .
31. Greiner W, Weijnen T, Nieuwenhuizen M, Oppe S, Badia X, Busschbach J, et al. A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six-country study. *Rev Eur J Health Econ*. [Revista en Internet] 2003 [Consultado: 06/09/17]; 16(1):222-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15609189>. .
32. Zarate V, Kind P, Hsiang L. Hispanic Valuation of the EQ-5D Health States:A Social Value: Set for Latin Americans. *Rev Value Health*. [Revista en Internet] 2008 [Consultado: 06/09/17]; 11(7): 1170–1177. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18>. .

33. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria* 2001; 28 (6): 425-429. .
34. Salazar J. Guerrero J. Colunga C. Figueroa N. Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-2007. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, Jalisco.Estados Unidos Mexicanos. 2009; 13(3). .
35. Hellström A, Nilsson C, Nilsson A, Fagerström C. Leg ulcers in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *Rev BMC Geriatrics*. [Revista en Internet] 2016 [Consultado: 29/08/17]; 16 (25): 1-9. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0198-1>. .
36. Colombia. Ministerio de salud. Resolucion nº 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio; 1993. .
37. Asamblea medica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 1964 1979 [Sitio en Internet]. Consultado en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> (19-03-2015). .
38. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio dela profesión de Enfermería en Colombia;. se establece elrégimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio; 2004. Consultado en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf (19-03-15). .
39. Renó M, Blanes L, Da Silva F, Gragnani A, Masako L. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con úlceras arteriales. *Rev Av Enferm*. [Revista en Internet] 2016 [Consultado: 04/04/17]; 34(2):170-180. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es. .
40. Otero G, Agorio C, Martínez M. Úlceras de miembros inferiores: Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínica. *Rev Méd Urug* [Revista en Internet] 2012 [Consultado: 29/08/17]; 28(3): 182-189. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902012000300004&script=sci_abstract&tlng=en. .

41. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Segunda edición. Sevilla: AEEVH, 2014. .
42. Persoon A, Heinen M, van der Vleuten C, de Rooij M, van de Kerkhof P, van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. Rev J Clin Nurs [Revista en Internet] 2004 [Consultado: 29/08/17]; 13(3):341-54. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00859.x/pdf>. .
43. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Colombia: Censo General 2005. Boletín informativo [Sitio en Internet]. [Consultado: 14/08/2017]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>. .
44. Oliveira R; Da Silva C, Queiroga R, Pergola A, Fernandes I, De Vasconcelos G. Impacto de úlceras varicosas en la calidad de vida de individuos atendidos en atención primaria. Rev Aquichan. [Revista en Internet] 2016 [Consultado: 04/04/17]; 16(1):56-66. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5574/html>. .
45. Souza E, Santos M, Casado E. Cuerpos heridos, vida alterada: representaciones sociales de mujeres y hombres. Index Enferm [Internet]. [Revista en Internet] 2011 [Consultado: 05/09/17] ; 20(1-2): 31-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100007&lng=es. .
46. Souza E, Santos M, Casado E. El sexo es bueno, pero no puedo: representaciones de mujeres y hombres con heridas crónicas. Index Enferm [Revista en Internet] 2013 [Consultado: 05/09/17]; 22(3): 137-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200005&lng=es. .
47. Osorio M, Carballo K, Kevis M, Parnina B, Pitalúa E. Ansiedad y depresión en adultos con heridas crónicas. Cartagena, 2015. [Trabajo de grado Enfermero (a)] Cartagena (Colombia): Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería; 2016. .
48. Fernández J. Heridas de difícil cicatrización. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. [Revista en Internet] 2012 [Consultado: 05/09/17]; 13(1):1-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubangcirvas/cac-2012/cac121i.pdf>. .

49. Carrero J, Chipia J, Castillo D. Cicatrización cutánea: factores que influyen en su efectividad. Rev. Index Enferm [Revista en Internet] 2016 [Consultado: 05/09/17];1(3):34-60. Disponible en: http://www.ula.ve/medicina/images/MedicinaPreventiva/comunitaria/gicos/Articulo_3c.pdf. .
50. Melguizo E, Acosta A, Castellano B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Rev Salud Uninorte. [Revista en Internet] 2012 [Consultado: 05/09/17]; 28(2): 251-263. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957008>. .
51. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Colombia: Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH- Mercado Laboral [Sitio en internet]. [Consultado: 14/08/2017]. .
52. Cartagena como vamos. Informe de Calidad de Vida de Cartagena 2015. [Sitio en internet]. [Consultado: 14/08/2017]. Disponible en:<http://www.cartagenacomovamos.org/nuevo/wp-content/uploads/2016/07/Presentaci%C3%B3n-ICV-2015-Cartagena-C%C3%B3mo-Vamos.pdf>. .
53. Brenes G. Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. Rev Cienc Econ (San Jose). [Revista en Internet] 2013 [Consultado: 06/09/17]; 31(1): 153–167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4210949/>. .
54. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Colombia: encuesta de ingresos y gastos 2006/2007. Boletín informativo [Sitio en internet]. [Consultado: 02/09/2017]. .
55. Marin C, Castro S. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. Rev Memorias [Revista en Internet]. 2011 [Consultado: 06/09/17]; 9(16):120-12. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/141>. .
56. Ministerio de Salud. Colombia: En 2015 aumentó en 990.385 personas el número de afiliados al sistema de salud. Boletín de Prensa N° 069 de 2016 [Sitio en internet]. [Consultado: 02/09/2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-2015-aumento-en-990.385-personas-el-numero-de-afiliados-al-sistema-de-salud.aspx>. .

57. Colombia. Congreso de Colombia. LEY 100 DE 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio;1993. .
58. Colombia. Congreso de Colombia. LEY 1122 DE 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio;2007. .
59. Colombia. Congreso de Colombia. DECRETO 1683 DE 2013. Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio;2013. .
60. Colombia. Congreso de Colombia. LEY 1438 DE 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio;2011. .
61. De Azevedo A, Lopes M. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. Rev Millenium. [Revista en Internet] 2011 [Consultado: 06/09/17]; 40(16): 185-199. Disponible en: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227/5842>. .
62. Suárez E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud. [Trabajo de grado Magister en Psicología] Santiago (Chile): Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales; 2013. .
63. Saiz J, Casado V, Santamarta N, Gonzalez T. Prevalencia de caídas, consumo de fármacos, presencia de enfermedades y calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad. Rev Fisioterapia. [Revista en Internet] 2014 [Consultado: 06/09/17]. 36(4): 153-159. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-prevalencia-caidas-consumo-farmacos-presencia-S0211563813001144>. .
64. González J, García J, Prado M, Pardo L, Pariente E. La Escala de Norton como predictor de la calidad de vida relacionada con la salud en el anciano institucionalizado. Rev Enferm. Clin. [Revista en Internet] 2015 [Consultado: 29/08/17]; 534: 1-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-escala-norton-como-predictor-S1130862115001096>. .
65. Bullón C. Percepción del adulto mayor respecto a la muerte, Albergue Central “Ignacia Rodulfo Vda de Canevaro”, Octubre – Noviembre 2003. [Trabajo de grado Enfermero (a)] Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humano; 2005. .

ANEXOS

ANEXOS 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON HERIDAS COMPLEJAS EN MIEMBROS INFERIORES, CARTAGENA 2017

Fecha:

INTRODUCCIÓN

A usted se le pide el favor que participe en este estudio de investigación debido a que es un adulto con condición de heridas complejas en miembros inferiores. Este estudio es realizado por la investigadora y estudiante de la maestría en enfermería de la Universidad de Cartagena, Joselina Sierra Medina. Las enfermeras a cargo del estudio de investigación son: Estela Melguizo Herrera y Amparo Montalvo Prieto.

Antes de que usted decida si quiere participar de este estudio, nosotros queremos que usted conozca acerca del estudio.

La presente es un formato de consentimiento informado, el cual le brinda información acerca de esta investigación; el personal del estudio hablará con usted acerca de esta información. Usted es libre de hacer preguntas sobre este estudio en cualquier momento, si está de acuerdo en participar de este estudio, le pedirá que firme este formulario de consentimiento. Se le dará una copia para que usted la guarde.

*** ¿POR QUÉ SE ESTÁ REALIZANDO ESTE PROYECTO?**

Se realiza este proyecto de investigación con la finalidad de conocer factores asociados a la calidad de vida de las personas con heridas complejas en miembros inferiores.

*** ¿QUÉ TENGO QUE HACER SI ESTOY EN ESTE ESTUDIO?**

Lo principal para hacer parte de este proyecto de investigación es tener voluntad y brindarnos información verdadera y única.

* Ingreso al Estudio: Después de aceptar participar en el estudio, deberá responder una encuesta socio demográfico y el EQ-5D.

*** ¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN ESTE ESTUDIO?**

(En este estudio participaron 120 personas con heridas complejas en miembros inferiores.)

*** ¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÉ EN ESTE ESTUDIO?**

Alrededor de 11 y 15 minutos (según lo arrojado por la validación de la escala)

*** ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DEL ESTUDIO?**

El presente estudio no presenta riesgos. RESOLUCIÓN 8430 DE 1993

*** ¿HAY BENEFICIOS AL PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO?**

Los aportes brindados por usted en esta investigación servirán para brindar un mejor cuidado a las personas con heridas complejas en miembros inferiores de la ciudad de Cartagena.

*** ¿QUÉ HAY ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD?**

En el presente estudio se guardará completa seguridad sobre su privacidad, su nombre y su buena honra. La resolución 8430 de 1993 sustenta las normas y las técnicas sobre la investigación con fines en la salud.

*** ¿CUÁLES SON MIS COSTOS?**

El presente estudio no representa ningún costo para usted, sus familiares o sus más allegados.

*** ¿RECIBIRÉ ALGÚN PAGO?**

Usted no recibirá ningún pago por estar en esta investigación.

*** ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria; usted puede elegir no participar en este estudio o dejar el estudio en cualquier momento que lo decida.

Si usted quiere los resultados del estudio, le serán proporcionados solicitándoselos a las investigadoras responsables del proyecto, al teléfono: 3004619895. Dejando constancia que recibo los datos para ubicarlas y resolver cualquier duda.

*** ¿QUÉ HAGO SI TENGO PREGUNTAS O PROBLEMAS?**

Para preguntas acerca del proyecto de investigación contacte a:

* Joselina Sierra Medina al teléfono celular 3004619895 en Cartagena.

Si usted ha leído este formulario de consentimiento (o le ha sido explicado), todas sus preguntas han sido contestadas y usted está de acuerdo en continuar siendo parte de este estudio, por favor firme con su nombre a continuación:

Nombre del Participante (Imprenta)

Firma del Participante y Fecha

Personal del Estudio que Conduce

Firma del Personal del Estudio

ANEXOS 2. CUESTIONARIO CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

Nombre: _____

Nº de identificación: _____

Fecha: _____

1. Edad: () Años.

2. Género: Masculino (), Femenino ()

3. Estado civil: Casado (), Soltero (), Unión libre (), Divorciado (), Viudo ()

4. Nivel educativo: Sin escolaridad (), Primaria (), Secundaria (), Técnico (), Universitario ()

5. Condición laboral: Empleado (), Pensionado (), Trabajador independiente (), Desempleado ()

6. Estrato socioeconómico: Estrato 1 (), Estrato 2 (), Estrato 3 (), Estrato 4 (), Estrato 5 (), Estrato 6 ().

7. Ingresos económicos: Menos de 1 SMLV (), 1 SMLV (), 2 SMLV (), 3 SMLV (), Más de 4 SMLV ().

8. Afiliación a la Seguridad Social en Salud: Subsidiado (), Contributivo (), Prepagada ()

ANEXO 3. CUESTIONARIO EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad	
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
Cuidado personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	
Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor/Malestar	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo moderado dolor o malestar	
Tengo mucho dolor o malestar	
Ansiedad/Depresión	
No estoy ansioso ni deprimido	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	

Estoy muy ansioso o deprimido	
-------------------------------	--

TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de salud imaginable

ANEXO 4. CUESTIONARIO CHARING CROSS PARA ULCERAS VENOSAS (CCVUQ)

Este cuestionario pretende permitirnos llegar a comprender mejor como su úlcera afecta su vida. Por favor, intente contestar a todas las preguntas de la manera más exacta posible. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, escoja la opción más apropiada (la que mejor se ajuste a su situación). Al comprender el cuestionario, lea las preguntas y, primero de todo, decida si el problema le afecta. **En caso afirmativo, marque el mínimo que corresponda.**

Pregunta	Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
1. La úlcera me duele					
2. Tener úlceras en la pierna me impide:					
2.a. Quedar con amigos y familiares					
2.b. Ir de vacaciones					
2.c. Practicar mis hobbies-aficiones					
2.d. Utilizar el transporte público (autobús, metro, taxi)					
3. Indique su grado de acuerdo o de desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la úlcera:					
Pregunta	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	No lo sé (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
3.a. La úlcera me ha vuelto más torpe o me ha vuelto más inútil					
3.b. La úlcera afecta negativamente a mis relaciones personales					
3.c. Que la úlcera supure-exude es un problema para mí					
3.d. Paso mucho tiempo pensando en mi úlcera					
3.e. Me preocupa que la úlcera no se cure nunca					
3.f. Estoy harto/a de la cantidad de tiempo que supone tratar la úlcera					
4. Me incomoda la apariencia de mis piernas debido a la úlcera y/o los apósitos-vendajes	Por supuesto que no (1)	En algunas ocasiones (2)	A menudo (3)	Siempre (4)	

5. Mi úlcera me impide realizar (llevar a cabo) las siguientes tareas domésticas o cotidianas		Nunca (1)	Pocas veces (2)	En algunas ocasiones (3)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)
5.a. Cocinar						
5.b. Limpiar						
5.c. Hacer las compras						
5.d. Arreglar el jardín						
6. Me encuentro deprimido debido a la/s úlcera/s de mi/s pierna/s:	Nunca (1)	En algunas ocasiones (2)	En bastantes ocasiones (4)	Siempre (5)		
7. Por favor, indique en qué medida le resultan problemáticos los siguientes factores relacionados con los apósitos-vendajes de su pierna:						
Pregunta	Un problema enorme (5)	Un gran problema (4)	Un problema moderado (3)	Un pequeño problema (2)	Ningún problema (1)	
7.a. Lo aparatoso/s que es/son (en términos de grosos, volumen, etc.)						
7.b. Su apariencia						
7.c. Su influencia en la ropa que llevo o en mi forma de vestir						
8. La úlcera hace que me resulte difícil caminar	Nunca (1)	En algunas ocasiones (2)	A menudo (3)	Siempre (4)		

**ANEXO 5. INDICE RESVECH 2.0 “RESULTADOS ESPERADOS DE LA
VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS
CRONICAS”**

Ítems		Medida Fecha
1. Dimensiones de la lesión	0. Superficie = 0 cm^2 1. Superficie < 4 cm^2 2. Superficie = 4 - < 16 cm^2 3. Superficie = 16 - < 36 cm^2 4. Superficie = 36 - < 64 cm^2 5. Superficie = 64 - < 100 cm^2 6. Superficie = \geq 100 cm^2	
2. Profundidad/Tejidos afectados	0. Piel intacta cicatrizada. 1. Afectación de la dermis-epidermis. 2. Afectación del tejido subcutáneo ligamentos, capsula articular o (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo). 3. Afectación del músculo. 4. Afectación del hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, capsula articular o escara negro que no permite ver los tejidos debajo de ella).	
3. Bordes	0. No distinguibles (No hay bordes de herida). 1. Difusos 2. Delimitados 3. Dañados 4. Engrosados (“Envejecidos, evertidos”)	
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida	4. Necrótico (Escara negra seca o humedad) 3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho 2. Tejido de Granulación 1. Tejido epitelial 0. Cerrada/Cicatrización	
5. Exudado	3. Seco 3. Con fuga de Exudado 2. Saturado 1. Mojado 0. Húmedo	

6. Infección/ Inflamación (Signos de biofilm)	SIGNOS - BIOFILM		SI	NO
		(1)	(0)	
	6.1. Dolor que va en aumentando			
	6.2. Eritema en la perilesión			
	6.3. Edema en la perilesión			
	6.4. Aumento de la temperatura			
	6.5. Exudado que va en aumento			
	6.6. Exudado purulento			
	6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad			
	6.8. Herida estancada, que no progresa			
	6.9. Tejido compatible con Biofilm			
	6.10. Olor			
	6.11. Hipergranulación			
	6.12. Aumento del tamaño de la herida			
	6.13. Lesiones satélite			
	6.14. Palidez del tejido			
SUME LA PUNTUACION DE CADA SUB-ITEM				
TOTAL				
Puntuación total (Máx. =35, MÍn = 0)				

ANEXO 6. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					
<p>Interpretación del puntaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos. - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9 					

ANEXOS 7.

RESULTADOS

1. Características individuales de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Tabla 4. Distribución por sexo de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Sexo	N	%
Femenino	80	66,7
Masculino	40	33,3
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 5. Distribución por estado civil de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Estado civil	N	%
Casado	26	21,7
Soltero	44	36,7
Unión libre	24	20,0
Divorciado	4	3,3
Viudo	22	18,3
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 6. Distribución según el nivel educativo de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Nivel educativo	N	%
Sin escolaridad	35	29,2
Primaria	49	40,8
Secundaria	33	27,5
Técnico	2	1,7
Universitario	1	0,8
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 7. Distribución según la condición laboral de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Condición laboral	N	%
Empleado	4	3,3
Pensionado	18	15,0
Trabajador independiente	96	80,0
Desempleado	2	1,7
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 8. Distribución según estrato socioeconómico de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Estrato socioeconómico	N	%
Estrato 1	85	70,8
Estrato 2	33	27,5
Estrato 3	2	1,7
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 9. Distribución según ingresos socioeconómicos de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Ingresos socioeconómico	N	%
Menos de 1 SMLV	115	95,8
1 SMLV	5	4,2
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 10. Distribución según afiliación a la Seguridad Social en Salud de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Afiliación a la Seguridad Social en Salud	N	%
Subsidiado	118	98,3
Contributivo	2	1,6
Total	120	100,0

FUENTE: Encuestas aplicadas.

II. Características ambientales de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Tabla 11. Grado de funcionalidad familiar de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Categoría APGAR Familiar	n	%
Disfunción severa	10	8,33
Disfunción leve	7	5,83
Normal	103	85,83
Total	120	100,00

FUENTE: Encuestas aplicadas.

III. Variables biológicas y fisiológicas de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Tabla 12. Estado de las heridas complejas en miembros inferiores de las personas que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017. (RESVECH 2.0)

Estado de las heridas complejas	Rango	n	%
Bueno	0 – 9	65	54,2
Malo	10 – 35	55	45,8

FUENTE: Encuestas aplicadas.

IV. Estado de los síntomas y estado funcional de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Primera parte de EUROQOL-5D: Nivel de gravedad del estado de salud por dimensiones.

Tabla 13. Distribución según nivel de gravedad del estado de salud por dimensiones de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

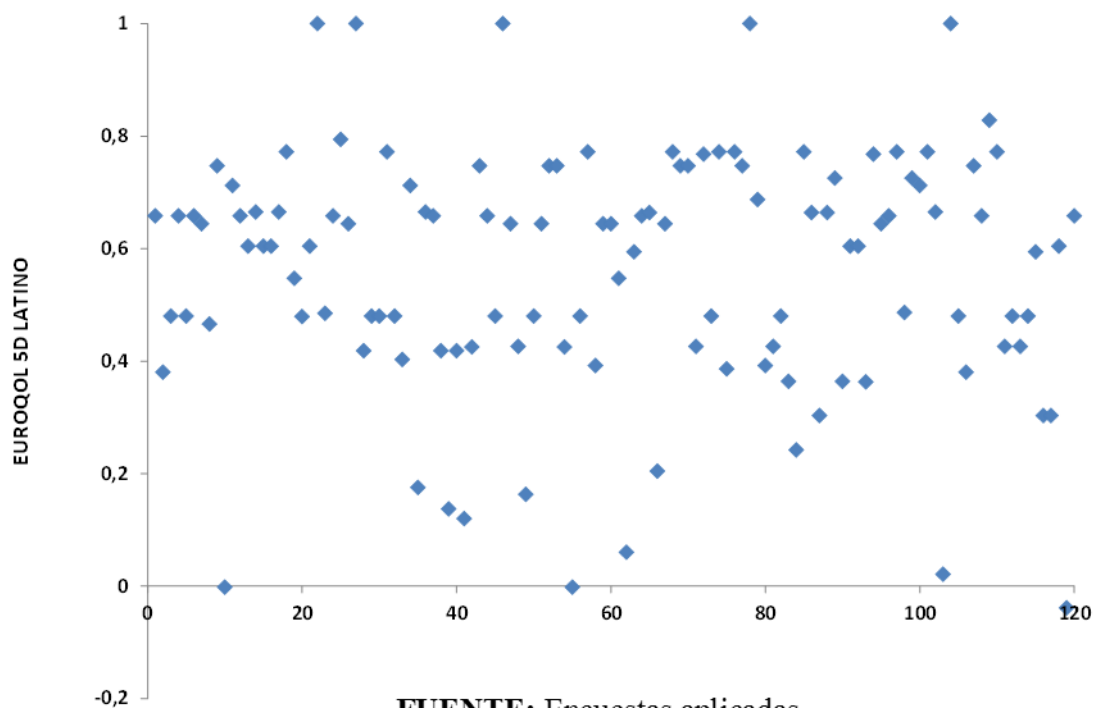
Dimensión de salud	1. No tiene problemas		2. Tiene algunos problemas o problemas moderados		3. Problemas graves	
	N	%	N	%	N	%
Movilidad	22	18,3	88	73,3	10	8,3

Cuidado personal	81	67,5	24	20,0	15	12,5
Actividades cotidianas	32	26,7	65	54,2	23	19,2
Dolor	22	18,3	61	59,8	37	30,8
Ansiedad	52	43,3	60	50,0	8	6,7

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tercera parte de EUROQOL-5D: Índice de valores sociales para cada estado de salud.

Figura 3. Distribución de los puntajes del Euroqol-5D de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.



FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 14. Interpretación del grafico de dispersión

Medidas de tendencia central y de varianza	Valor
Promedio	0,52
Mediana	0,60
Desviación estándar	0,21
Coeficiente de Variación	38,0%

FUENTE: Encuestas aplicadas.

V. Percepción general salud de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Segunda parte de EUROQOL-5D: Valoración del estado de salud global en el día de la aplicación del instrumento.

Tabla 15. Interpretación de la escala visual análoga.

Medidas de tendencia central y de varianza	Valor
Promedio	57,5
Mediana	60
Moda	70
Desviación estándar	19,2
Mínima	10
Máxima	100

FUENTE: Encuestas aplicadas.

VI. Calidad general de vida de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

Tabla 16. Percepción de la Calidad de vida de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017. (CCVUQ)

CVRS	Buena		Mala	
	n	%	n	%
	21	17,5	99	82,5

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 17. Percepción de la Calidad de vida según dimensiones de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

CVRS	Buena		Mala	
	n	%	n	%
Interacción social	32	26,6	88	73,3
Actividades domesticas	40	33,3	80	66,6
Aspecto estético	56	46,6	64	53,3
Estado emocional	4	3,3	116	96,6

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 18. Factores asociados a la CVRS de las personas con heridas complejas en miembros inferiores que asisten a dos instituciones prestadoras de servicios de salud domiciliarios. Cartagena, 2017.

SEXO	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Femenino	0,52785	0,3
Masculino	0,631325	
ESTADO CIVIL	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Sin pareja	0,52	0,53
Con pareja	0,62	
ESCOLARIDAD	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Hasta secundaria incompleta	0,524988095	0,103
Secundaria en adelante	0,6495	
CONDICION LABORAL	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
No trabaja	0,534875	0,52
Trabaja	0,672208333	
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Estrato diferente al 1	0,619428571	0,085
Ser de estrato 1	0,538835294	
CCVUQ	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Mala salud	0,511808081	0,000
Buena salud	0,800571429	
RESVECH	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Mala evolución	0,5652	0,845
Buena evolución	0,559923077	
EDAD	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
60 o más años	0,5031	0,000
Menor de 60 años	0,64528	
APGAR	Promedio CVRS	p valor U mann Whitney
Disfunción	0,502470588	0,283
Normal	0,572223301	

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 19. Modelo de Regresión multivariada entre las variables.

Variables	Coeficientes ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p valor
	B	Error típ.	Beta		
Coeficiente	1,348	,213		6,313	,000
Edad	-,004	,002	-,296	-2,115	,056
Sexo (ser hombre)	,164	,058	,350	2,813	,016
Estado civil (tener pareja)	-,105	,048	-,288	-2,192	,049
Escolaridad (secundaria en adelante)	,201	,050	,493	4,015	,002
Condición laboral (trabajar)	-,085	,044	-,218	-1,914	,080
Estrato socioeconómico (diferente a estrato 1)	-,009	,052	-,026	-,178	,861
CCVUQ	-,009	,002	-,837	-5,839	,000
RESVECH	,001	,007	,014	,112	,913
APGAR (Familia funcional)	,152	,062	,287	2,441	,031
a. Variables predictoras: (Constante), APGAR, escolaridad, RESVECH, estado civil, condición laboral, estrato socioeconómico, edad, sexo, CCVUQ.					
b. Variable dependiente: Valor.					

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Tabla 20. Resumen de Modelo de Regresión multivariada entre las variables

Resumen del modelo ^b				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,938 ^a	,889	,790	,0850609
b. Variable dependiente: Estado de salud				

FUENTE: Encuestas aplicadas.