

**FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS CLINICAS EN PACIENTES  
CON ULCERA VASCULAR EN MIEMBROS INFERIORES CARTAGENA 2015**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Martha Osorio Lambis

**COINVESTIGADORES**

Julieth Peña Chacón

Katty Suarez Mercado

Universidad de Cartagena  
Facultad de enfermería  
Cartagena, Bolívar  
2016

**FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS CLINICAS EN PACIENTES  
CON ULCERA VASCULAR EN MIEMBROS INFERIORES CARTAGENA 2015**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Martha Osorio Lambis

**COINVESTIGADORES**

Julieth Peña Chacón

Katty Suarez Mercado

**Proyecto presentado como requisito para obtener Título de Enfermera**

## CONTENIDO

	Pág.
Lista de Tablas	1
Lista de Anexos	4
Resumen	5
1. Introducción	7
2. Marco teórico	11
3. Marco metodológico	16
4. Resultados	20
5. Discusión	22
6. Conclusiones	26
7. Bibliografía	28
Anexos	32

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1 Sexo de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	36
TABLA N° 2. Edad de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	36
TABLA N° 3 Estado civil de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	36
TABLA N° 4. Escolaridad de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	37
TABLA N° 5. Ocupación de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	37
TABLA N° 6. Estrato de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	37
TABLA N° 7. Antecedentes Personales de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	38
TABLA N° 8. Antecedentes ginecostétricos de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	38
TABLA N° 9. Uso de anticonceptivos orales de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	38
TABLA N° 10. Recidiva de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	39
TABLA N° 11. Etiología de la lesión de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	39
TABLA N° 12. Antigüedad de lesión de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	39

TABLA N° 13. Safenectomía en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	39
TABLA N° 14. Tratamiento Esclerosante en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	40
TABLA N° 15. Actividad física de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	40
TABLA N° 16. Tabaquismo en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	40
TABLA N° 17. Obesidad en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	40
TABLA N° 18. Estreñimiento en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015	41
TABLA N° 19. Antecedentes personales de úlceras en los participantes del estudio Cartagena 2015	41
TABLA N° 20. Antecedentes familiares de úlceras en los participantes del estudio Cartagena 2015	41
TABLA N° 21. Localización de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	42
TABLA N° 22. Superficie de la lesión de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	42
TABLA N° 23. Tejido lesionado de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	43
TABLA N° 24. Profundidad de la lesión por grados de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	43
TABLA N° 25. Bordes de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	43
TABLA N° 26. Tejido en el lecho de la herida de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	44

TABLA N° 27. Exudado de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	44
TABLA N° 28. Numero de lesiones en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015	44
TABLA N° 29. Signos de infección de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015	44
TABLA N° 30. Dolor en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015	45
TABLA N° 31. Intensidad de dolor en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015	45
TABLA N° 32. Presencia de edema en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015	45
TABLA N° 33. Grado de edema en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015	45

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1.	32
Anexo 2.	35
Anexo 3.	36

## 1. RESUMEN DEL PROYECTO

### **Introducción**

Las úlceras vasculares venosas son una patología de difícil manejo que constituye un problema de salud pública con gran repercusión socioeconómica y sanitaria debido a su elevada incidencia y prevalencia en la población a nivel mundial. El conocimiento de las características sociodemográficas, clínicas y factores de riesgos de los pacientes con úlcera vascular venosa en miembros inferiores en Cartagena, orientara alternativas encaminadas a la prevención y el cuidado de personas con úlceras en miembros inferiores, por los profesionales de la salud y entidades públicas y privadas que participan en el sistema de seguridad social en salud.

### **Objetivo**

Determinar los factores de riesgo y las características clínicas de los pacientes adultos con úlcera vascular venosas atendidos ambulatoriamente en una institución prestadoras de salud en Cartagena 2015.

### **Metodología:**

Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Participaron 106 pacientes adultos, con úlceras en miembros inferiores (UMI) de etiología venosa atendidos en el programa de heridas complejas de la Institución prestadora de servicios de salud SIME SAS, en Cartagena. Se aplicó una encuesta para las características sociodemográficas, clínica y los factores de riesgos, elaborada por los investigadores acorde a la literatura, previo diligenciamiento del consentimiento informado. Los datos fueron tabulados en una matriz Excel 2010.

### **Resultados:**

Se observo, predominio del género femenino (82%), mayores de 60 años (65,7%), con escolaridad básica primaria (45,3%), amas de casa (49,1%), estrato socioeconómico 1 (40,6%). Con factores de riesgos patológicos con predominio de hipertensión arterial (46,2%); (75,5%) antecedentes personales de úlceras varicosas previa y recidivantes, aparición espontanea, crónicas. Lesiones grado II, con predominio del tejido de granulación (83%), con lesiones múltiples, exudado moderado.

### **Conclusiones:**

Mujeres mayores de 60, amas de casa, escolaridad básica primaria, estrato socioeconómico 1. Antecedente personales de hipertensión arterial e insuficiencia vascular venosa, lesiones de más de 6 meses de antigüedad, recidivantes, con compromiso de dermis-epidermis, bordes delimitados, tejido de granulación en el lecho de la herida y compatible con biofilm, sin signos de infección, dolorosas, con exudado moderado, y sin evidencia de edema.

**Palabras claves:** Insuficiencia venosa, Úlcera varicosa, Factores de riesgo.



## ABSTRAC

### **Introduction**

Venous leg ulcers are difficult to manage a disease constitutes a public health problem with major socio-economic and health impact because of its high incidence and prevalence in the population worldwide. Knowledge of sociodemographic and clinical characteristics and risk factors of patients with vascular venous ulcers of the lower limbs in Cartagena, orient alternatives aimed at the prevention and care of people with leg ulcers, by health professionals and entities public and private involved in the social security system in health.

### **Objective**

Determine the risk factors and clinical characteristics of adult patients with venous vascular ulcer treated as outpatients at a health facility providers in Cartagena 2015.

### **Methodology:**

Descriptive study with a quantitative approach. Involved 106 adult patients with leg ulcers (UMI) venous ulcers treated in the program of complex wounds of the lending institution SAS SIME health services in Cartagena. A survey for sociodemographic characteristics and clinical risk factors, made by researchers according to the literature, processing of the prior informed consent was applied. Data were tabulated in an Excel 2010 matrix.

### **Results:**

Predominance of females (82%), over 60 (65.7%), basic primary education (45.3%), housewives (49.1%), socioeconomic stratum 1 (40,6%). Pathological risk factors prevalence of arterial hypertension (46.2%); (75.5%) personal history of recurrent varicose ulcers, spontaneous appearance, chronic. Grade II injuries, with predominance of granulation tissue (83%), with multiple injuries, moderate exudate.

### **Conclusions:**

Women over 60, housewives, basic primary education, socioeconomic 1. Personal history of hypertension and venous vascular disease, injury of more than 6 months old, recurrent, with involvement of dermis-epidermis, defined edges, tissue granulation in the wound bed and biofilm support, without signs of infection, painful, with moderate exudate, without evidence of edema.

**Keywords:** Venous insufficiency, varicose ulcer, risk factors.

## 1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras venosas son heridas crónicas localizadas habitualmente en las piernas, constituyen un grupo de lesiones de especial relevancia tanto desde el punto de vista clínico como del epidemiológico. Afectan del 1 al 2% de la población adulta y al 3,6% de los mayores de 65 años (1,2), aparecen como consecuencia de un deterioro de la microcirculación cutánea, debida a la hipertensión venosa, esta induce al infarto tisular, ocasionando las alteraciones periulcerosas y posteriormente la úlcera por la incompetencia valvular del sistema de retorno venoso (3), se presentan como una complicación que puede aparecer en la evolución de la insuficiencia venosa crónica (IVC) (3). A su vez constituyen una patología de difícil manejo, y un problema de salud pública con gran repercusión socioeconómica y sanitaria debido a su elevada incidencia y prevalencia en la población a nivel mundial (4), sin importar la clase social ni el nivel asistencial (5).

Su origen puede estar determinado en un trastorno de la irrigación, del drenaje venoso o en un sin número de otras causas menos frecuentes, neoplasias, alteraciones hematológicas, metabólicas, endocrinas o dermatológicas (6).

Fowkes et al (7), describe un estudio realizado en Edimburgo- Escocia, donde se evalúa la presencia de reflujo venoso y su posible relación con el estilo de vida, con una muestra de 1.566 hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 64 años, no se logró identificar en forma concluyente, entre las variables estudiadas (historia obstétrica, índice de masa corporal, ocupación laboral, clase social, postura y movilidad en el trabajo, ingesta de fibra, hábito tabáquico y hábito intestinal), la asociación con el desarrollo de venas varicosas, pero sí los factores como el embarazo previo, el uso de anticonceptivos orales, la obesidad y la movilidad en el trabajo, en el caso de las mujeres, y la altura y el estreñimiento en los hombres (7).

Igualmente se considera que el 75 y el 80% de la úlceras de extremidades inferiores (UEI) son de etiología venosa (3), con un predominio en mujeres mayores de 75 años (8, 9, 10). La prevalencia de úlceras oscila entre el 0,15 - 0,63% de la población general (1, 11, 12), con una relación úlcera activa/úlcera previa de 1:2 (1, 13). La prevalencia aumenta con la edad, llegando a ser hasta del 0,83% de la población en mayores de 80 años (13). Con una tasa de recurrencia significativamente alta 75% vs 45% de los pacientes (14)

La tasas de incidencia de las UEI se sitúan entre 3 y 5 casos nuevos por cada 1000 personas y año, con una relación mujer /varón que oscila entre el 1,5 a 3 (5).

Diversos estudios clínicos sobre la historia y evolución de estas lesiones han señalado que entre el 54 y el 76% de los casos son de origen venoso primario (11, 13), y el 20-30% son de origen mixto venoso y arterial (2, 13). En el 20% de los casos, los individuos sufren la primera úlcera antes de los 40 años, pero aproximadamente la mitad de los pacientes la

presentan antes de los 65 años, aumentando esta cifra al 61% en el caso de las úlceras venosas (12).

Las UEI son patologías que afectan de forma grave la calidad de vida de las personas que la desarrollan, su relativo bajo riesgo de mortalidad han permitido que, históricamente no se haya destinado la suficiente atención por parte de los profesionales ni de los gestores de sanidad (5).

En Cartagena en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Extramural (IPSE), SIME (Servicios Integrales de Medicina y Enfermería), el 90% de los pacientes que consultan, presentan lesiones de etiología venosa en extremidades inferiores, cuyos costos de atención son parcialmente reconocidos por algunas entidades aseguradoras del régimen subsidiado de salud, y por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), siendo en muchos casos el costo del tratamiento médico asumido por el paciente en su afán de mejorarse.

Las úlceras vasculares venosas en miembro inferior resultan altamente incapacitantes, y que degradan en gran medida las condiciones físicas, estéticas, emocionales, sociales y laborales de quien las padece. Por otro lado el tratamiento de esta patología, requiere de seguimiento asistencial y de equipo médico especializado, cuyos costos son evidentemente considerables, por el carácter de cronicidad y del prolongado tiempo que se requiere para la cicatrización, que afectan no solo al paciente sino también a las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Estos costos están mediados por el tiempo de cicatrización, si esta es menor que 12 semanas aproximadamente cuesta alrededor de 400 a 500 euros, si el periodo es mayor a 12 semanas y menor a 6 meses el promedio es de 900 a 1000 euros (15).

La información que aporta la epidemiología, la tendencia al envejecimiento de la población y el desarrollo desde los centros de salud de nuevas actividades, junto con los elevados costes que comportan el cuidado de las UEI, justifican plenamente la necesidad de plantear nuevas políticas orientadas al abordaje de las UEI. Las cuáles deben tener como objetivos comunes, prevenir su aparición, disminuir su impacto y optimizar su tratamiento con el uso de nuevas tecnologías basadas en la evidencia científica, que tengan una buena relación coste/beneficio (15).

En Cartagena, no se reportan estudios que describan las características sociodemográficas, clínicas y factores de riesgos de personas con el fenómeno a estudiar.

Teniendo en cuenta que en su mayoría la población afectada con úlceras vasculares venosas, está representada por pacientes adultos, con alta incidencia, recidivas frecuentes y la presencia de patologías asociadas que influyen en la recuperación y sanación de las lesiones, amerita conocer las características sociodemográficas, clínicas y factores de riesgos de los pacientes con úlceras vascular venosas en miembros inferiores en Cartagena, que permita orientar alternativas encaminadas a la prevención y el cuidado de personas con UEI, por los profesionales de la salud y entidades públicas y privadas que participan en el sistema de seguridad social en salud.

Los conocimientos generados desde el quehacer del profesional de enfermería, contribuyeron ampliar y solidificar el cuerpo de conocimientos a la vez el enriquecimiento conceptual y teórico para futuras investigaciones.

A partir de los resultados obtenidos, promover que se lideren y se orienten alternativas encaminadas a la prevención, promoción y cuidado adecuado a las personas con UEI, por entidades públicas y privadas que participen en el sistema de seguridad social en salud.

Por otro lado las UEI, constituyen una importante pérdida de horas de trabajo teniendo en cuenta las características clínicas, además son altamente incapacitantes, y en muchos casos cursan con procesos infecciosos y dolorosos asociados, que progresivamente van reduciendo las capacidades físicas del paciente, provocando la tendencia al aislamiento, pérdida de la vida social y laboral. Además de las evidentes consecuencias lesivas que causan en los diferentes sistemas corporales, haciendo que cada vez más se deteriore la calidad de vida del paciente; amerita se investigue el fenómeno en mención.

Los resultados obtenidos, permitieron desde la academia proporcionar conocimientos actualizados en la prevención de esta patología, contribuyendo así en el fortalecimiento del primer nivel de atención, teniendo en cuenta que el profesional de enfermería es una herramienta valiosa para el cuidado de estas personas. De igual forma, desde el escenario académico y a nivel de las instituciones de salud que brinden cuidados a estos pacientes, liderar jornadas educativas, e implementar estrategias para concientizar a los pacientes con úlceras vasculares de origen venoso, los aspectos relacionados con las características socio-demográficas y los factores de riesgos.

Para los pacientes portadores de úlceras venosas en miembros inferiores y para la institución en salud donde reciben cuidados, los resultados obtenidos, permitirían el acompañamiento del profesional de enfermería, reorientar y direccionar el cuidado de las lesiones y la prevención de recidivas, a la vez que el acompañamiento de los profesionales de enfermería.

Por lo anterior y por la evidente necesidad de emplear mediadas en cuanto a prevención y tratamiento basados en la evidencia científica, para así conseguir disminuir la aparición, el impacto y la prevalencia de esta patología, se ha planteado el siguiente interrogante:

***“¿Cuáles son los factores de riesgos y las características clínicas, de los pacientes adultos con úlceras vasculares venosas atendidos ambulatoriamente en una institución prestadoras de salud en Cartagena 2015?”***

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Determinar los factores de riesgos y las características clínicas de los pacientes adultos con ulcera vascular venosas en miembros inferiores atendidos ambulatoriamente en una institución prestadoras de salud en Cartagena

### **Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas, de los pacientes adultos con úlceras vasculares venosas atendidos ambulatoriamente en una institución prestadora de salud en la ciudad de Cartagena
- Identificar los factores de riesgos de los pacientes adultos con úlceras vasculares venosas atendidos ambulatoriamente en una institución prestadora de salud en la ciudad de Cartagena
- Identificar las características clínicas, de los pacientes adultos con úlceras vasculares venosas atendidos ambulatoriamente en una institución prestadora de salud en la ciudad de Cartagena.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Úlceras vasculares venosas

La úlcera vascular venosa, se define como una herida o pérdida de tejido, sin tendencia a la cicatrización espontánea o accidental. Su origen puede estar determinado en un trastorno de la irrigación, del drenaje venoso o en un sin número de otras causas menos frecuentes, neoplasias, alteraciones hematológicas, metabólicas, endocrinas o dermatológicas (4, 6).

En el 45% de los casos presenta recidiva, su causa puede ser secundaria a otros procesos que causen destrucción de la pared o de las válvulas venosas (2).

La prevalencia de la úlcera vascular venosa, se estima entre el 0,8% y el 0,5%. En el Reino Unido (RU), un reciente estudio, mostró una prevalencia anual de 1,69% en la población mayor de 65 años, con una incidencia de 0,76 en hombres y de 1,42 en mujeres por 1000 personas/año, respectivamente. En Europa se ha calculado que afecta entre el 0,15% y el 1% de la población. En EU llega afectar a 2,5 millones de personas. Afecta aproximadamente al 1-2% de la población en los países desarrollados (16). En los países desarrollados las venas varicosas afectan al 30% de la población, pero su etiología no está aún bien identificada (17). Además de su alta prevalencia, estas úlceras muestran una gran tendencia a la cronicidad (40 % de estas úlceras estará presente por más de 10 años) y recurrencia (más del 65% de las heridas cicatrizadas se repetirá en los próximos dos años). (18).

Las alteraciones venosas producen úlceras venosas que como ya se ha mencionado representan de 70 a 90% de presencia de úlceras crónicas en las piernas, y su tratamiento ha sido estimado de muy alto costo debido a la cronicidad de la enfermedad (4).

Desde la perspectiva biológica la úlcera es una lesión cutánea en la que las fases del proceso de cicatrización, coagulación, inflamación, crecimiento celular, epitelización y remodelación se encuentran de forma parcial o en su totalidad alterada o modificada con respecto al proceso biológico normal (19).

Se caracteriza por ser una lesión cutánea espontánea o secundaria a un traumatismo que se localiza en el pie y/o la pierna y que no presenta signos clínicos de curación mediante el proceso fisiológico denominado cicatrización por primera intención. Desde el punto de vista evolutivo y en este contexto clínico es aquella lesión que no cicatriza en el intervalo de tiempo esperado, y que por tanto se vuelve crónica, (2, 16, 19)

El sistema venoso contiene aproximadamente las 2/3 partes de la volemia. Tiene como función primordial transportar la sangre desde los capilares hacia la aurícula derecha, aunque también intervienen en el equilibrio del volumen sanguíneo, gracias a la capacidad

de distensión de sus paredes. Este lo podemos dividir en sistema venoso superficial, profundo y perforante. Esta división es de aplicación práctica, únicamente en muslo y pierna, ya que en el pie, las venas superficiales y profundas tienen una rica red de anastomosis que hace perder la relativa independencia de estos sectores (6).

Cuando el sujeto está en posición de pie, existen una serie de factores que se oponen al retorno venoso, representado fundamentalmente por la fuerza de la gravedad, por lo cual el caudal circulatorio debe vencer la presión del peso de la columna líquida (6).

Cuando este proceso no se da, es posible encontrar síntomas generados por la insuficiencia venosa, llevando al aumento de la presión hidrostática, y por consiguiente a originar lesiones benignas de la piel, generalmente crónicas y característicamente poco dolorosas o indoloras, salvo que estén infectadas (6).

Diversas teorías han surgido en torno a la génesis de la IVC. Una de las más aceptadas hoy en día es aquella que atribuye el problema a un debilitamiento progresivo de la pared venosa llevando así a dilatación e insuficiencia valvular. El estado de IVC implica que la sangre en las extremidades inferiores presenta reflujo hacia el tobillo debido a incompetencia valvular de los sistemas venosos profundo, superficial o perforante. De esta forma, hay un aumento en la presión venosa ambulatoria, lo cual provoca edema, depósito de proteínas tisulares, extravasación de glóbulos rojos a nivel del tobillo e inflamación crónica, pudiendo llegar incluso a la ulceración (20).

La presencia de reflujo en el sistema venoso superficial se debe principalmente a un debilitamiento de la pared y dilatación progresiva, lo que lleva a incompetencia valvular. Estudios revelan que en la mayoría de los pacientes con insuficiencia crónica severa (C5, C6), ésta se debe a insuficiencia superficial y sólo 8% presenta insuficiencia del sistema profundo. En el sistema venoso profundo, la insuficiencia valvular primaria es más rara, siendo habitualmente la causa de la misma, la secuela de una trombosis venosa profunda previa. Es así como el daño post-trombótico se asocia a incompetencia valvular combinado con obstrucción venosa. (20).

En cuanto al mecanismo patogénico de la úlcera de etiología venosa, Vázquez refiere que existen dos mecanismos que actúan aisladamente o en combinación; el reflujo venoso y la alteración del bombeo de los músculos de la pierna, fundamentalmente de los gemelos, que en condiciones normales al contraerse impulsan a la sangre, creando una corriente antigravitatoria desde los tobillos hasta la ingle y desde el sistema venoso superficial hacia el profundo. Si las válvulas unidireccionales del sistema venoso profundo y de las venas perforantes son incompetentes y/o la contracción de los gemelos no produce el vaciamiento del sistema venoso profundo ni la disminución de la presión sanguínea en su interior, la sangre circulara entonces desde el sistema profundo (presión más alta), hacia el sistema superficial (presión más baja) a través de las perforantes, siendo esto lo que conocemos como insuficiencia venosa (21).

El mecanismo más aceptado para explicar la aparición de las úlceras venosas es mediante un aumento de la presión dentro de los capilares que produciría una separación de las células endoteliales, creando una polarización de la pared capilar, a través de la cual ocurrirá la fuga de fibrinógeno formándose unos manguitos de fibrina alrededor de los capilares, impidiendo una buena oxigenación y nutrición del tejido. Falanga y Eaglstein plantearon que además del fibrinógeno otras moléculas fugadas como la albumina y la alfa-2-macroglobulina atraparían los factores de crecimiento impidiéndoles realizar la reparación de la úlcera. Todo esto ha sido completado por Coleridge-Smith y colaboradores en 1988 y por Gourdin y Smith en 1993 donde además postularon que existe un atrapamiento de leucocitos por el endotelio vascular que produce isquemia local, aumento de la permeabilidad vascular y liberación pericapilar de fibrinógeno. (21).

Sin embargo, no todos los enfermos con insuficiencia venosa crónica llegan a desarrollar úlceras, sino que éstas se consideran una complicación debida al mantenimiento de una situación de hipertensión venosa y capilar (10), este factor no ha sido totalmente comprobado (1, 2) parece que dicha hipertensión aumenta la permeabilidad vascular y produce edema y depósito perivascular de fibrina, lo que altera la difusión de oxígeno y otros metabolitos esenciales y tiene como consecuencia el desarrollo de necrosis tisular y la formación de una úlcera (22).

Otra teoría planteada por Coleridge PD, es la de neuropatía periférica en la que la hipertensión venosa se asocia con un aumento de la presión transcapilar y genera edema perineural, el cual da como resultado una disminución en el flujo sanguíneo neural. Esta disminución en el flujo sanguíneo neural produce alteración en los controles de la microcirculación y disminuye la respuesta a los requerimientos termorreguladores de la piel. Se ha observado que, en la presencia de lesiones, la hipertermia es necesaria para el manejo de las altas demandas metabólicas para reparar el tejido; una respuesta reducida lleva a la cicatrización alterada de heridas. Lo que explicaría el carácter de cronicidad evolutiva de este tipo de lesiones (23).

## **2.2 Factores de Riesgos:**

En la década de los setenta varios autores postularon que ciertas características del estilo de vida occidental, como el tipo de ocupación laboral, una dieta pobre en fibra, el hábito intestinal y el uso de ropa ajustada, aumentaban el riesgo de varicosidades. Sin embargo, estas hipótesis no han sido demostradas científicamente, como tampoco lo ha sido su supuesto origen hereditario, sobre el que la información disponible es muy limitada, y poco concluyente (17).

Fowkes et al, en un estudio realizado con la participaron 1.566 hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 64 años, no se logró identificar, factores como: historia obstétrica, índice de masa corporal, ocupación laboral, clase social, postura y movilidad en el trabajo, ingesta de fibra, hábito tabáquico y hábito intestinal, concluyente de asociación con el desarrollo de venas varicosas y de lesiones en la piel, aunque el embarazo previo (7, 24, 25, 26), el uso de anticonceptivos orales, la obesidad (7, 24, 25, 26), y la movilidad



en el trabajo, en el caso de las mujeres, y la altura y el estreñimiento en los hombres si aparecen como factores relacionados (7).

Otros autores reportan factores para el desarrollo de varices población mayor de 65 años, con mayor incidencia en mujeres, lesiones traumáticas, desnutrición, higiene inadecuada, temperaturas extremas, hipertensión, diabetes, anemia, dislipidemias, tabaquismo e inmovilización prolongada (27). Siendo estos los principales factores de riesgo asociados con la aparición de úlceras vasculares venosas en miembros inferiores (28).

Vázquez, afirma que la causa más frecuente es la insuficiencia venosa, que aparece en el 80-90% de los casos. Refiere además que el 85% de los pacientes sobrepasan los 64 años, incidiendo por igual en hombres que en mujeres, aunque es más frecuente en obesos, y se asocia con flebitis, tromboflebitis superficiales o trombosis venosa profunda y con traumatismo de diversos grados. (21)

### **2.3 Características Clínicas Úlceras:**

Las características clínicas que sugieren que una úlcera es de etiología venosa usualmente son; edema en la región inferior de la pierna, molestias de la pierna como dolor, pesadez, calambres y prurito, siempre de predominio vespertino, que se acrecienta al estar de pie y cede con la elevación del miembro (6, 21, 29).

Si bien existía una presunción de que las úlceras venosas no son dolorosas, nuevos estudios demuestran que hasta 75% de los pacientes acusa dolor, lo que influye negativamente en su calidad de vida (29). La localización de la úlcera venosa predominantemente es en la cara interna y en la mitad inferior de la pierna (6, 21, 29). Son de tamaños variables, aunque suelen ser más grandes que otras úlceras de pierna (21), de poca profundidad, pueden ser única o múltiple, sus bordes son irregulares, es superficial, de fondo eritematoso, tejido necrótico y esfacelado. En ocasiones en los cuadros de úlceras recidivantes pueden apreciarse lipodermatoesclerosis o fibrosis del tejido celular que se traduce en piel indura, leñosa al tacto, seca y escamosa, con dermatitis crónica, y en ocasiones liquenificación, debido a la dermatitis venosa crónica, muchas veces asociado a un eczema de contacto (21). Otras características reportadas incluyen eritema, prurito intenso, hiperpigmentada en sus alrededores, con coloración parda, en el área del tobillo. (6, 21, 29)

El lecho de la úlcera suele estar cubierto de fibrina, que cuanto más abundante sea peor será el pronóstico de la úlcera. Al retirar la fibrina se aprecia un tejido de granulación rojizo y de aspecto sano. La úlcera suele estar contaminada y en ocasiones infectarse. Los signos de la infección en la úlcera venosa se observan en el borde, donde habrá mayor eritema, mayor edema, aumento local de la temperatura y dolor perilesional. (21).

En la mayoría de los casos el diagnóstico de una úlcera de origen venoso se realiza por la clínica. (29). La clínica que suele acompañar a las úlceras venosas es:

- Síntomas: pesadez, hormigueo, picor, hinchazón en bipedestación (16, 29)
- Localización: cara lateral interna, 1/3 inferior pierna, maléolos
- Número: únicas o múltiples
- Bordes: irregulares, angulares.
- Fondo: tejido de granulación con fibrina; profundidad: escasa, poco profundas.
- Alteraciones vasculares: varices, hemosiderosis, edema (sin fovea o generalizado en todo el miembro y su aspecto visual nos recuerda a una botella de cava invertida, linfedema).
- Alteraciones neurológicas: no
- Periferia: pigmentación secundaria, eczema de contacto/dermatitis venosa, lipodermatoesclerosis. (21)
- Drenaje: exudativo y maloliente en las primeras fases (30)
- Edema: Generalizado en todo el miembro y su aspecto visual nos recuerda a una botella de cava invertida (21, 30)
- Dolor: Moderado pero muy molesto, hasta el punto de producir cambios de carácter, insomnio, delirios nocturnos, gritos, enuresis nocturna, etc... (30)
- Dermatitis ocre en el miembro que presenta la úlcera, induraciones características del déficit circulatorio venoso (30).

Existe, sin embargo, un grupo de pacientes que presentan úlceras con características mixtas, en quienes se debe echar mano a procedimientos idealmente no invasivos para esclarecer su etiología. El examen de elección para el estudio más específico de una úlcera venosa es el eco doppler. (26).

Las úlceras en miembros inferiores se pueden clasificar en 4 grados, de acuerdo a las características que presentan y a la profundidad: (31, 32)

- Grado I. La úlcera afecta sólo a la epidermis. Es una mácula eritematosa, delimitada y de color rojo brillante, acompañada de dolor intenso.
- Grado II. La lesión afecta a la epidermis y la dermis. La úlcera se caracteriza porque la zona eritematosa se acompaña de edema, vesículas y flictenas. La base de la úlcera es de color rosado y la base se encuentra húmeda.
- Grado III. El daño tisular llega hasta el tejido subcutáneo y se presenta en forma de escara necrótica, gruesa y de color negrozco. La base normalmente no es dolorosa.
- Grado IV. La destrucción del espesor de la piel es total y la úlcera se extiende hasta la fascia, músculo, el hueso, etc. Presenta lesiones que asemejan cavernas o adoptan trayectos sinuosos. El dolor es nulo y la zona puede, incluso, estar insensible. (15, 31, 32).

### **3. MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, a través del cual se describen las características sociodemográficas, clínicas y los factores de riesgos de los pacientes adultos con ulcera vascular venosas en miembros inferiores atendidos ambulatoriamente en una institución de salud de la ciudad de Cartagena.

#### **3.2 Población**

La población estuvo constituida por personas adultas con úlceras venosas que recibían cuidados en una institución prestadora de servicios de salud en Cartagena (SIME SAS), los cuales correspondían a 106 personas en el mes de enero de 2015.

#### **3.3 Muestra**

Debido a la evidente baja incidencia de esta patología, no se emplearon técnicas de muestreo u toma de muestra, por tanto la población y muestra del estudio estuvo constituida por todas las personas mayores de edad que presentaban úlceras venosas en miembros inferiores y que recibían cuidados de salud por parte del programa de Heridas Complejas de SIME SAS (106 personas) durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2015 (tiempo de recolección de la información).

#### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personas adultas residentes en la ciudad de Cartagena que desearon participar en el estudio.
- Personas adultas con úlceras venosas en miembros inferiores que recibían cuidados ambulatorios en la clínica de heridas SIME.
- Que presentaron ulcera vascular venosa en cualquier estadio, ubicación anatómica en pierna o etapa de cicatrización.

#### **3.5 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Persona con cualquier limitación mental que le impidiera proporcionar los datos requeridos en los instrumentos de recolección.

### **3.6 TECNICAS PROCEDIMIENTOS Y ANALISIS ESTADISTICO**

La investigación se llevó a cabo en una IPS privada de la ciudad de Cartagena, se tomaron todas las personas que ingresaron con heridas complejas y fueron admitidas al programa durante los meses febrero, marzo y abril del 2015. Se contó con la participación de los investigadores previamente capacitados para el diligenciamiento de los instrumentos.

Se elaboró un listado de las personas con úlceras en miembros inferiores de etiología venosa que se encontraban recibiendo cuidados de sus heridas y que reunieron los requisitos consignados en los criterios de inclusión. De igual manera a todas la personas que ingresaron a la IPS y que fueron admitidas al programa durante los meses de recolección de la información.

- Se dio a conocer la investigación con sus objetivos, posteriormente se diligencio el consentimiento informado. Se aplicó un cuestionario para recolectar datos sobre las características socio-demográficas, clínicas y factores de riesgos de los participantes (ver anexo No. 2).
- El diligenciamiento del cuestionario relacionado con las características sociodemográficas y factores de riesgos se aplicó antes de que los pacientes recibieran los cuidados a sus heridas en un sitio aislado de los demás pacientes (consultorio de enfermería).
- Los datos relacionados con la caracterización clínica, se diligenciaron con el acompañamiento de las enfermeras jefes que brindan cuidados de enfermería a los pacientes (previa capacitación y conocimiento del cuestionario)

A las personas seleccionadas para el estudio, inicialmente se les dio a conocer el tema, los objetivos, los integrantes de la investigación, los beneficios para las personas con úlceras venosas, para la clínica, los investigadores y la academia. Quienes desearon participar en el estudio diligenciaron el consentimiento informado (ver anexo No. 1). Posteriormente se hizo entrega de la encuesta Factores de riesgos y características clínicas de las personas con úlceras venosas en miembros inferiores.

#### **Instrumentos**

Para la recolección de la información de los factores de riesgos y características sociodemográficas, clínicas en pacientes con úlceras vasculares en miembros inferiores se aplicó una encuesta diseñada por los investigadores debido a que en la literatura no se evidencian instrumentos validados y confiables para tal fin. Esta contempló los siguientes aspectos:

- Características Sociales y demográficas: Contempla el nombre, edad, sexo, procedencia, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato de vivienda. (ver anexo

No. 1).

- Características Clínicas: síntomas, localización, superficie, profundidad de los tejidos, bordes de la herida, tejidos lesionados, dolor, número de lesiones, signos de infección (exudado, calor, eritema, rubor), presencia de edema en miembros inferiores. ( ver anexo no. 1)
- Factores de riesgos: Antecedentes Ginecológicos, etiología (causa), antecedentes familiares de úlceras, antecedentes de úlceras previas (recidivas), obesidad, tabaquismo, insuficiencia venosa, factor genético antecedentes de úlceras vasculares, uso anticonceptivos orales, estado nutricional y/o obesidad, trombosis venosa profunda, artrosis, fracturas, tratamientos quirúrgicos previos (safenectomía), cirugías ortopédicas en miembros inferiores, tratamientos esclerosantes (escleroterapia), reposo prolongado, antecedentes estreñimiento crónico, movilidad del paciente, antigüedad de la lesión, antecedentes patológicos (Anemia, Diabetes, Hipertensión, Dislipidemias, Alteraciones hemodinámicas) ( ver anexo No. 1)

Los datos fueron tabulados en una matriz de Excel 2010. Se estimaron las medidas de tendencia central, estadísticas de dispersión, estadísticas de frecuencia y se obtuvo la consistencia interna de la aplicación del instrumento en la población de estudio.

### **3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con los principios establecidos en el Reporte Belmont, en las Pautas CIOMS y en concordancia con los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería; estipulados en el Capítulo I, Artículos 1 y 2 de la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia (33), y con la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; debido a que esta investigación se consideró como una investigación sin riesgo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 de esta misma y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6, de la presente resolución, este estudio se desarrollara conforme a los siguientes criterios: (34).

a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

b) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

c) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

d) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

e) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Características sociodemográficas**

El presente estudio conto con la participación de 106 pacientes con úlceras en miembros inferiores atendidos ambulatoriamente en el programa de heridas complejas de la institución SIME SAS de la ciudad de Cartagena, en quienes se observó el 82% (87 pacientes) corresponden al sexo femenino (Ver Anexo 3, tabla N° 1), , con edades mayores de 60 años el 65,7% (69 pacientes), (Ver Anexo 3, tabla N° 2), estado civil solteros, separados y/o viudos el 52,8% (56 pacientes) (Ver Anexo 3, tabla N° 3).

Con relación al nivel de escolaridad, el 45,3% (48 pacientes) reportaron un grado de formación básica primaria, seguido de un 30,2% (32) con nivel básico secundaria. (Ver Anexo 3, tabla N° 4). Con respecto a la ocupación el 49,1% (52) de la población se desempeñaba en la labores del hogar. (Ver Anexo 3, tabla N° 5). En cuanto al estrato socioeconómico se encontró que el 40,6% (43), viven en estrato 1 (Ver Anexo 3, tabla N° 6).

### **4.2 Factores de riesgos**

Los factores de riesgos de los pacientes con úlceras en miembros inferiores participantes del estudio se identificaron los siguientes datos:

El 60% (64) refirieron tener antecedentes patológicos personales; destacando patologías como hipertensión arterial el 46,2% (49) (Ver Anexo 3, tabla N° 7).

Historia obstétrica con embarazos menor o igual a cinco veces el 52,8% (56), y el 28,3% (30) pacientes igual o más de seis veces. En cuanto al uso de anticonceptivos orales u otro tratamiento hormonal el 75,5% (80) de los participantes negaron su uso (Ver Anexo 3, tabla N° 8 y 9).

Por otro lado el 75,5% (80) de los pacientes reportaron antecedentes de UV previas, mientras que un 24,5% (26) no lo reporto. Seguidamente, el 64,2% (68) del total de la población refirió menos de 4 recidivas, y el 8,5% (9) más de cinco (Ver Anexo 3, tabla N° 10).

Referente a la etiología de las lesiones, 58,5% (62) de los pacientes refirieron aparición espontánea y con antigüedad de más de 6 meses 71,7% (76). Cabe señalar que el 32,1% (34) refirieron tratamiento quirúrgico de Safenectomía y el 10,4% (11) tratamiento esclerosantes previos (Ver Anexo 3, tabla N° 11, 12, 13 y 14).

Dentro de los estilos de vida saludable el 90,6% (96) pacientes refirieron no ejecutar ningún tipo de actividad física (Ver Anexo 3, tabla N° 15).

Igualmente se identificaron factores adicionales como tabaquismo el 42,5% (45), un 11,3% (12) obesidad y 29,2% (31) estreñimiento (Ver Anexo 3, tabla N° 16, 17 y 18).

Finalmente, el 73,6% reporta antecedentes personales de úlceras previas y el 32,1% (34) de los pacientes antecedentes familiares de UV (Ver Anexo 3, tabla N° 19 y 20).

### **4.3 Características clínicas**

Dentro de las características clínicas de las úlceras vasculares venosas de los pacientes adultos participantes del estudio, se evidenció que en su mayoría, el 54,7% (58) estaban localizadas en miembro inferior izquierdo, con predominio en cara lateral interna zona maleolar 11,32% (12), y el 45,3% (48) ubicadas en miembro inferior derecho, con predominio en cara lateral interna zona maleolar 13,2% (14) (Ver Anexo 3, tabla N° 21).

Las lesiones presentaron superficie  $< 4 \text{ cm}^2$  en un 32% (34), seguido de un 26,42% (28) con superficie igual al  $4 \leq 16 \text{ cm}^2$ . Por otra parte se evidenció lesiones con compromiso de dermis y epidermis el 96,23% (102), clasificados de acuerdo al grado de profundidad en grado II el 79,25% (84), con bordes delimitados el 81,13% (86). El lecho de la herida con tejido de granulación 83% (88), y 40,57% (43) de las lesiones compatibles biofilm (Ver Anexo 3, tabla N° 22, 23, 24, 25 y 26).

El 64,15% (68) de los participantes presentaron heridas múltiples, con exudado moderado 54,72% (58), solo el 2,83% (3) de las lesiones evidenciaron signos de infección. (Ver Anexo 3, tabla N° 27, 28 y 29).

Otros aspectos observados al momento de la valoración clínica de las heridas son, edema grado II el 9,43% (10), presencia de dolor el 74,53% (79) con intensidad igual o mayor a cinco el 66% (70) según la escala análoga del dolor (NRS) (Ver Anexo 3, tabla N° 30, 31, 32 y 33).



## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 Características sociodemográficas

Los hallazgos de este estudio con relación a las características sociodemográficas muestra la prevalencia del género femenino, comportamiento similar a lo reportado por González (16), por el consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la asociación española de enfermería vascular (A.E.E.V) (27) y Gómez y col (35), quienes reportaron en sus estudios predominio en mujeres, y difiere de Vázquez (21) quien describe incidencia igual en hombres y mujeres.

La condición de ser mayor de 60 años de los participantes del estudio, coincide con Vasconcelos (36), quien refiere incidencia a partir de los 60 años y difiere de Nelzen (1), London (2, 10), Lazarus (8), Risjswijk (9), Lees (12), Baker (13), A.E.E.V (27) y Gómez y col (38), el cual describe predominio en personas menores de 59 años.

Referente al estado civil, se evidenció un porcentaje más alto de pacientes solteros, separados y/o viudos, esta condición se podría considerar como un factor negativo, teniendo en cuenta que la condición de salud, las limitaciones secundarias a la existencia de la lesión y el envejecimiento. El contar con el apoyo de un compañero sería de mucha ayuda para la realización de actividades cotidianas. Estos datos difieren de lo reportado por Vasconcelos (36), Pereira (37), Gómez y col (35), los cuales describen un mayor número de encuestados casados/unión estable.

El nivel de escolaridad en su mayoría básica primaria, seguido de básico secundario, dato que concuerda con lo reportado por Vasconcelos (36), Gómez y col (35); contrario de lo descrito por Pereira R (37) en su artículo sobre caracterización sociodemográficas, el cual describe que la mayoría de la población de estudio eran analfabetas. La escolaridad es un aspecto importante en la asimilación y comprensión de los cuidados en este tipo de pacientes; ya que el bajo nivel educativo podría llevar al incumplimiento de las indicaciones y tratamiento médicos.

En lo que respecta a la ocupación la mayoría de los encuestados eran amas de casa dedicadas a las labores del hogar y no contaban con un trabajo u ocupación formal, información similar a la obtenida otros estudios desarrollados Gómez A (4), Vasconcelos (36), Pereira R (37), en donde los participantes del estudio no desempeñaban ocupación alguna, y que se relacionaban con aquellas actividades que requerían de largos periodos en pie o sentado, tales como empleada doméstica, lavandera, agricultora, y cocinera, lo que contribuía significativamente al desarrollo y mantenimiento de la ulcera venosa

El estrato socioeconómico 1 evidenciado en el presente estudio guarda relación con lo reportado por González (4), quien describe que a mayor estrato socioeconómico menor incidencia de úlceras venosas.

## **5.2 Factores de riesgos**

### **Antecedentes Patológicos personales y familiares**

Se identificó la Hipertensión Arterial en un alto porcentaje, resultados que coinciden con lo aportado por González (4) la A.E.E.V (27), Vasconcelos (36), autores que reportan este antecedente como factor predisponente para el desarrollo de úlcera venosa.

El porcentaje elevado de recidiva observado en esta investigación guarda relación con lo planteado en la literatura por London (2), González (4 y 16), Delgado (14), Henneberg (18) y Pereira (37), quienes describen una alta posibilidad de nuevas apariciones.

Con relación a la etiología y tiempo de evolución de las lesiones, el estudio reporta la aparición espontánea, lo cual difiere de lo reportado por Cadillo (38), quien describe como causa de las lesiones el traumatismo previo. Con respecto a la cronicidad de las lesiones concuerda con González (4), Henneberg (18), Pereira (37) y difiere de Vasconcelos (36), quien encontró una prevalencia menor de seis meses.

Fowkes (7) asocia el estreñimiento como factor de riesgo para que se desarrolle la úlcera venosa, este aspecto difiere con lo encontrado en este estudio.

El antecedente familiar de úlceras en los participantes del estudio es bajo, dato que difiere de lo descrito por CornuThenard A (17).

### **Antecedentes Obstétricos**

Los resultados obtenidos con relación al número de embarazos previos (menor o igual a cinco veces) a desarrollar la úlcera, evidenciado concuerdan con el estudio realizado por Fowkes (7).

Fowkes et al (7), describe la asociación del uso de anticonceptivos orales como factor predisponente para desarrollar una úlcera venosa; este aspecto difiere de lo encontrado en este estudio, ya que en un alto porcentaje de la población en estudio negaron el uso de los mismo.

## **Estilos de vida no saludables**

El consumo de sustancias como el tabaco, no se evidencia en el estudio dentro de los factores de riesgo, dato que concuerda con lo reportado por Vasconcelos (36) y Fowkes et al (7), Gómez (39).

Los antecedentes como sedentarismo marcado de los participantes de este estudio, tratamiento quirúrgico y esclerosantes previo a la úlcera no se encontraron reportes disponibles en la literatura.

## **5.3 Características clínicas**

Dentro de las características clínicas de las úlceras vasculares venosas de los pacientes adultos participantes del estudio, se encontraron localizadas en su mayoría en miembro inferior izquierdo con predominio en cara lateral interna en zona maleolar; estos resultados coinciden con lo reportado por A.E.E.V (27), Cadillo (38) y difiere de Nettel (40).

Teniendo en cuenta la extensión de la lesión, la presencia de tejido de granulación, seguido de la compatibilidad con biofilm, y la ausencia de signos de infección concuerdan con lo reportado por Pereira (37).

Las características relacionadas con la profundidad grado II, difiere de Pereira (37), quien describe en su estudio la presencia de grado III/IV; bordes delimitados semejante a lo reportado A.E.E. V. (27); exudado moderado difiere de Vasconcelos (36) y Pereira (37), presencia de dolor dato que difiere de A.E.E. V. (27).

Estos resultados podrían guardar relación teniendo en cuenta que la mujer por excelencia realiza actividades en el hogar con periodos cortos de descanso y jornadas muy extensas.

La condición de ser mayor de 60 años de los participantes del estudio y los cambios propios de la edad como la incompetencia vascular venosa, aumento de la resistencia periférica y el deterioro de la microcirculación serían otro factor a considerar pertinente a su aparición. Por otro lado el bajo nivel de escolaridad propiciaría la falta de conocimientos y práctica de cuidados y estilos de vida saludables que permitan controlar su incidencia.

Este aspecto a pesar de ser reportado en la literatura como un factor predisponente en la aparición de las úlceras vasculares, en el estudio no guarda relación con el alto número de recidivas.

El sedentarismo reportado constituye un factor predisponente a la aparición de edema linfático y alteraciones en la circulación venosa de las personas, esta condición podría llevar a la cronicidad de las lesiones y alteraciones en los procesos de cicatrización.

Dentro de las características clínicas de las lesiones la profundidad y la ausencia de signos de infección se podrían atribuir a que los cuidados recibidos son brindados por profesionales de enfermería en una institución de salud con las técnicas asépticas adecuadas y productos biotecnológicos avanzados como la terapia compresiva multicapas.

## 6. CONCLUSIONES

Las personas con úlceras vasculares venosas atendidas en la clínica de heridas SIME SAS de la ciudad de Cartagena, se caracterizan sociodemográficamente por pertenecer al género femenino en su mayoría, con edades mayores de 60 años, estado civil soltero, separados y viudos, nivel de escolaridad básico primaria, amas de casas, estrato socioeconómico 1.

Con relación a los factores de riesgos, se caracteriza por presentar en los antecedentes personales Hipertensión Arterial, úlceras vasculares previas, con recidivas previas más de cinco (5) veces, de aparición espontánea y antigüedad más de seis (6) meses, con tratamiento quirúrgico de safenectomía y/o esclerosantes previos. Antecedentes obstétricos de embarazos menos o igual a 5 veces, igualmente con tratamientos con anticonceptivos orales u hormonales previos. Estilos de vida no saludables como el sedentarismo y el tabaquismo. Y bajo antecedentes familiares de úlceras venosas.

Dentro de las características clínicas de las lesiones se destacó, localización en miembro inferior izquierdo con predominio en cara lateral interna en zona maleolar, con superficie  $<4 \text{ cm}^2$ , con compromiso de la dermis y epidermis grado II, bordes delimitados, tejido de granulación y compatibles con biofilm, heridas múltiples, exudado moderado, con dolor, sin signos de infección y de edema.

## RECOMENDACIONES

Para próximos estudios se recomienda tener en cuenta:

- Contemplar dentro de las características socio-demográficas, el antecedente de la ocupación previa a la aparición de la úlcera de los pacientes, teniendo en cuenta que el número de horas en bipedestación, es un factor que podría incidir en que se desarrolle una úlcera. Igualmente antecedentes como sobrepeso, cumplimiento del régimen terapéutico.
- Continuar investigando sobre el tema dado que existe poca literatura al respecto, lo que se constituyó en una limitación para este estudio.
- Los factores de riesgo y las características clínicas en pacientes con úlcera vascular en miembros inferiores, son factores fundamentales para brindar cuidados adecuados a quien las padecen, es necesario la divulgación de los resultados obtenidos a nivel de los entes directivos e instituciones prestadoras de salud que propicien la implementación de estrategias que contribuyan en controlar y minimizar los factores de riesgos existentes.
- Considerar pertinente dentro de los antecedentes patológicos el control de cada una de las patologías encontradas, dato que no se contempló en este estudio.
- Diseñar instrumentos validados y confiables que permitan valorar los factores de riesgos de las personas con úlceras vasculares venosas aplicables a futuras investigaciones.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Nelzen O., Bergqvist D. , Lindhagen A. The prevalence of chronic lower-limb ulceration has been underestimated: Results of a validated population questionnaire. 1996. Febrero; 83(2).
2. London NJM. , Donnelly R. Unicartagena. [Online]. [Citado el 26 de Octubre del 2013. Disponible en: <http://ezproxy.unicartagena.edu.co:2895/ehost/detail?vid=15&sid=850f1b66-55ca-4722-a923de2ec788184b%40sessionmgr12&hid=124&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11aG9zdC1saXZI>
3. Anónimo. Ulceras de extremidad inferior. AMF: Actualización en medicina de familia. 2011; vol. 7: p. 562-576.
4. Gonzales R., Gómez A. Contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural en personas con heridas en miembros inferiores. 2008 Junio; 26(1).
5. Restrepo J., Verdú J. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UUP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI).desarrollo y validación de un índice de medida. Departamento de enfermería comunitaria, medicina preventiva, salud pública e historia de la ciencia 2010. [Online]. [Citado el 31 de Enero del 2013. Disponible en: <http://gneaupp.info/instrumentos-de-monitorizacion-clinica-y-medida-de-la-cicatrizacion-en-ulceras-por-presion-y-ulceras-de-la-extremidad-inferior-desarrollo-y-validacion-de-un-indice-de-medida/>
6. Brahin A., Muñiz E. Semiología venosa de los miembros inferiores. II cátedra de patología y clínica quirúrgica. Practico nº 8. Facultad de medicina, Universidad de Tucumán. [Online]. [Citado el 31 de Enero del 2013. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/SegundaCatedraCirugia/Muniz/SEMIOLOGIA%20VENOSA%20MIEMBROS%20INFERIO>.
7. Fowkes F., Lee AJ. , Evans CJ. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh vein study. 2001. Agosto; 30(4).
8. Lazarus G., Cooper Mn., Knighton Dr. Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. Wound repair and regeneration. 1994; 2(3): p. 165-70.
9. Risjswijk V., I and the multi-center leg ulcer study group. Full-thickness leg ulcers: patient demographics and predictors of healing. 1993. Junio; 36(6).
10. London Njm., Nash R. ABC of arterial and venous disease: Varicose veins. 2000. Mayo; 320(7243).

11. Callam Mj., Harper Dr., Dale J. Chronic ulcer of the leg: clinical history. 1987. Mayo; 294(6584).
12. Lees T., Lambert D. Prevalence of lower limb ulceration in an urban health district. 1992. Octubre; 79(10).
13. Baker Sr., Stacey Mc., Jopp-mckay Ag. Epidemiology of chronic venous ulcers. 1991. Julio; 78(7).
14. Delgado S. al et. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, España; 2001. [Online]. [citado el 31 de Enero del 2013. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2012-bd953649d6>
15. Verdú J., Y sus colaboradores. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior (CONUED). 2009; Barcelona. p. Documento de consenso.
16. González R., Verdú J. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa: Adaptación transcultural y validación del “charing cross venous ulcer questionnaire (CCVUQ)” y del “pressure ulcer scale for healing (PUSH)”. 2011. Marzo.
17. CornuThenard A., Boivin P. Importance of the familial factor in varicose disease. Clinical study of 134 families. 1994. Mayo; 20(5).
18. Henneberg A. , y colaboradores. Heridas vasculares: úlceras de origen venoso. In 24º Congreso del European Wound Management Association y del X Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, EWMA-GNEAUPP 2014; 2014; Madrid. p. 14-16.
19. 25. Marinello Roura J. Úlceras de las extremidades inferiores Barcelona: Glosa; 2005.
20. Corvalán F. Tratamiento médico de la insuficiencia venosa crónica. Revista chilena de heridas & ostomias. 2011 Septiembre; 2
21. Vázquez H. Úlceras de miembros inferiores. In Tratado de Dermatología Tomo II.: Oceano; 2012. p. Cap 55.
22. Vascular surgical society of Great Britain, and Ireland. Critical limb ischemia management and outcome. Report of a national survey. 1995 Julio; 10(1).
23. Dr. Bastias W. Úlcera venosa cronica de las extremidades inferiores. Rev. Med. Clin. – 2008; 19; 61 – 65.
24. Osorio M. In. Colombia: Empresa Servicios Integrales de Medicina y Enfermería (SIME) Cartagena.
25. Brand F., Dannenberg A., Abbott R. The epidemiology of varicose veins: The Framingham study. 1988. Marzo-Abril; 4 (2).



26. Sisto T., Reunanen A., Laurika J. Prevalence and risk factors of varicose veins in lower extremities: Mini-Finland health survey. 1995 Junio; 161(6).
27. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la asociación española de enfermería vascular. Hospital universitario Ramón Cajal, Dirección Enfermera. Protocolo de cuidados. Úlceras vasculares. 2005. [Online]. [citado el 26 Octubre del 2013]. Disponible en [http://www.iqb.es/libros\\_online/pie\\_diabetico01.pdf](http://www.iqb.es/libros_online/pie_diabetico01.pdf).
28. Factores de Riesgo. Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/factores\\_de\\_riesgo](http://es.wikipedia.org/wiki/factores_de_riesgo). Consultado el 26 Octubre del 2013.
29. Salas C. Manejo actual de la ulcera venosa. Revista chilena de heridas & ostomias. 2010 Julio; 1(1).
30. Soriano L., Reig D. Estudio de la evolución de úlceras venosas a propósito de un caso clínico. 2005 Diciembre.
31. Departamento hospital general de valencia. Unidad de enfermería dermatológica. [Online]. [Citado el 03 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/AreasClinicas/Documents/AreaClinicaPiel/GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA%20EN%20ULCERAS%20DE%20MMII.pdf>.
32. Varela V. Generalidades de la úlcera por presión. Revista chilena de heridas & ostomias. 2010 Julio; 1.
33. El congreso de Colombia. Ley 911 del 2004. 2004 Octubre;(45.693)
34. Comité de ética para la investigación científica. Universidad industrial de Santander. [Online]. [Citado el 10 de Enero del 2014. Disponible en: <https://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/facultades/salud/comiteEtica/documentos/guias/consideracionesEticas.pdf>
35. Gómez da Nóbrega W; Martins Melo G; Fernández Costa Isabelle K; Vieira Dantas D; Araujo Becerra E; Torres Gilson de Vasconcelos; Parreira Méndez F. Cambios en la calidad de vida de pacientes con úlceras venosas atendidos en un ambulatorio de un hospital universitario. Rev enferm UFPE on line. 2011; 5(2):220-27
36. Vasconcelos G, Fernández I, et al. Caracterización de las personas con ulcera venosa en Brasil y Protugal: estudio comparativo. Enfermería Global. 2013 Octubre; N°32.

37. Pereira R, Almeida A, et al. Perfil sociodemográfico, saúde e clínico de pessoas com úlceras venosas atendidos em um Hospital Universitário. Rev. enferm UFPE on line. 2012 Jan; 6(1):62-8

38. Cadillo Ronald. Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera de Origen Venoso de Miembros Inferiores. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1998. Vol. 59

39. Gómez A. Adela. Úlceras Vasculares. Factores de riesgo, clínica y prevención. Farmacia comunitaria. Vol 22 #6. Junio 2008

40. Nettel. F. Primer consenso latinoamericano de úlceras venosas resumen. Flebología y Linfología - lecturas vasculares / año 8; septiembre - diciembre 2013; pág. 1284 a 1315; (21).

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### ENCUESTA: FACTORES DE RIESGOS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ULCERA VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES

##### 1. Características sociodemográficas

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años

a. **Sexo:** Masculino ( ) 1 Femenino ( ) 2 Peso: \_\_\_\_Kg Talla: \_\_\_\_cm IMC: \_\_\_\_\_

**1.1 Estado civil:** Casado ( ) 1 Soltero ( ) 2 Divorciado ( ) 3 Unión libre ( ) 4 Viudo ( ) 5

**1.2 Grado de Escolaridad:** Ninguno ( ) 1 Primaria ( ) 2 Secundaria ( ) 3  
Técnico ( ) 4 Tecnólogo ( ) 5 Profesional ( ) 6

**1.4 Ocupación:** Ama de casa ( ) 1 Empleado ( ) 2 Trabajo independiente ( ) 3  
No trabaja ( ) 4 Pensionado ( ) 5

**1.5 Estrato de la vivienda:** Estrato 1 ( ) 1 Estrato 2 ( ) 2 Estrato 3 ( ) 3 Estrato 4 ( ) 4  
Estrato 5 ( ) 5 Estrato 6 ( ) 6

##### 2. Factores de Riesgo

###### 2.1 Antecedentes:

**Patológicos:** Anemia ( ) 1 Diabetes ( ) 2 Hipertensión ( ) 3 Dislipidemias ( ) 4  
Alteraciones hemodinámicas (trombosis venosa profunda) ( ) 5 Niega ( ) 6

**Número de Gestaciones** Cero ( ) 1 Una. ( ) 2  
Dos. ( ) 3 Tres. ( ) 4 Cuatro. ( ) 5 Más de 5 ( ) 6

**Uso de anticonceptivos orales u otros tratamientos hormonales:** Si ( ) 1. No ( ) 2.

**Familiares de úlceras** si ( ) 1 No ( ) 2 ¿Quién? \_\_\_\_\_

**Personales de úlceras previas** si ( ) 1 No ( ) 2 No, de veces \_\_\_\_\_

**Tratamientos quirúrgicos previos** (Safenectomía) Si ( ) 1 No ( ) 2

**Tratamientos esclerosantes** Si ( ) 1 No ( ) 2

**Etiología de la lesión:** Trauma ( ) 1 Picadura de Insectos ( ) 2 Dermatitis ( ) 3 Otra ( ) 4  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Antigüedad de la lesión en meses** \_\_\_\_\_

## 2.2 Actividad Física

¿Realiza algún tipo de actividad física? Si ( ) 1. No ( ) 2.

Frecuencia con la que realiza actividad física: Una vez a la semana ( ) 1  
Dos veces por semana ( ) 2 Tres veces por semana ( ) 3 Más de tres veces por semanas ( ) 4

## 2.3 Tabaquismo

¿Alguna vez fumo cigarrillos? Si ( ) 1. No ( ) 2.

¿Actualmente fuma usted cigarrillos? Si ( ) 1. No ( ) 2.

¿Nº de cigarrillos? 1 por día ( ) 1 Entre 2 y 5 por día ( ) 2 Entre 6 y 10 por día ( ) 3  
Más de 11 por día ( ) 4

**2.4 Obesidad** Si ( ) 1 No ( ) 2

## 2.5 Estreñimiento:

Tiene dificultades para realizar deposiciones diariamente Si ( ) 1 No ( ) 2

## 3. Características Clínicas

### a. Localización:

Miembro inferior derecho

1. Área Maleolar cara lateral interna ( ), 2. Área Maleolar cara lateral externa ( ), 3.  
Cara lateral externa supra – maleolar ( ), 4. Cara lateral interna supra – maleolar ( ), 5.  
Cara lateral externa maleolar y supra – maleolar ( ).

Miembro inferior izquierdo

6. Área Maleolar cara lateral interna ( ), 7. Área Maleolar cara lateral externa ( ), 8.  
Cara lateral externa supra – maleolar ( ), 9. Cara lateral interna supra – maleolar ( ), 10.  
Cara lateral externa maleolar y supra – maleolar ( ).

Pierna

11. Cara lateral externa tercio medio inferior ( ), 12. Cara lateral interna tercio medio  
inferior ( ), 13. Cara lateral externa tercio inferior ( ), 14. Cara lateral interna tercio  
inferior ( ), 15. Cara anterior ( ), 16. Cara posterior ( )

Pie

17. Región dorsal del pie ( ).

**b. Dimensión de la lesión:** superficie = 0 cm<sup>2</sup> ( ) 1 superficie < 4 cm<sup>2</sup> ( ) 2  
 superficie = 4 - < 16 cm<sup>2</sup> ( ) 3 superficie = 16 - < 36 cm<sup>2</sup> ( ) 4  
 superficie = 36 - < 64 cm<sup>2</sup> ( ) 5 superficie = 64 - < 100 cm<sup>2</sup> ( ) 6 superficie ≥ 100 cm<sup>2</sup> ( ) 7

**c. Tejidos lesionados:** Afectación de la dermis-epidermis ( ) 1 Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo) ( ) 2 Afectación del músculo ( ) 3 Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella) ( ) 4

**3.4 Profundidad de la lesión (Clasificación por grados)**

Grado I ( ) 1 Grado II ( ) 2 Grado III ( ) 3 Grado IV ( ) 4

**3.5 Bordes** Difusos ( ) 1 Delimitados ( ) 2 Dañados ( )  
 Engrosados (“envejecidos”, “evertidos”) ( ) 4 Irregulares ( ) 5

**3.6 Tipo de tejido en el lecho de la herida** Granulación ( ) 1 Epitelización ( ) 2  
 Esfaselos ( ) 3 Necrótico ( ) 4 Biofilm ( ) 5 Hipergranulación ( ) 6

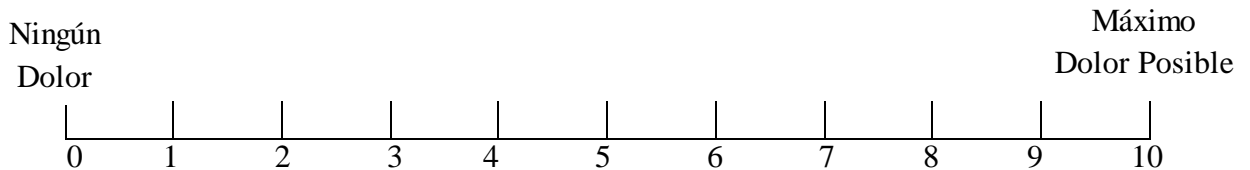
**3.7 Exudado** Abundante ( ) 1 Moderado ( ) 2 Escaso ( ) 3

**3.8 N<sup>a</sup> de lesiones:** Única ( ) 1 Múltiples ( ) 2

**3.9 Signos de infección** (Exudado, Rubor, Calor, Eritema) Si ( ) 1 No ( ) 2

**3.10 Dolor** Si ( ) 1 No ( ) 2

**3.11 Intensidad del dolor:** \_\_\_\_\_



**Escala numérica (NRS)**

**3.12 Presencia de edema en miembros inferiores** Si ( ) 1. No ( ) 2.

Grado I ( ) 1 II ( ) 2 III ( ) 3 IV ( ) 4

**3.13 ¿Qué cuidados está recibiendo?**

---



---



---

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
2014



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Yo \_\_\_\_\_ con C.C N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Caracterización sociodemográfica, clínica y factores de riesgo de los pacientes adultos con úlcera vascular venosas en miembros inferiores atendidos ambulatoriamente en una institución prestadoras de salud en Cartagena 2015” a personas con úlceras venosas en miembros inferiores de la IPS extramural SIME E.U., en Cartagena, 2015”; el cual es desarrollado por Julieth Peña Chacón, Katty Suarez Mercado, y el docente Martha Osorio Lambis; estudiantes de pregrado y docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, perteneciente al grupo de investigación “Cuidado y Vida”.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona que tiene una úlcera venosa en miembro inferior y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otras personas que tengan heridas complejas y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto, al teléfono: 6698181. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del participante ----- ó huella -----

Firma del investigador responsable-----

### ANEXO 3

#### CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRAFICA DE LOS PARTICIPANTES

**TABLA N° 1. Sexo de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	87	82,08
<b>Masculino</b>	19	17,92
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente : Datos del estudio

**TABLA N° 2. Edad de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Menor o igual 59</b>	37	34,3
<b>Mayor o igual 60</b>	69	65,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente : Datos del estudio

**TABLA N° 3. Estado civil de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Soltero</b>	22	20,8
<b>Casado</b>	39	36,8
<b>Separado</b>	8	7,5
<b>Unión libre</b>	11	10,4
<b>Viudo</b>	26	24,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente : Datos del estudio

**TABLA N° 4. Escolaridad de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguna	14	13,2
Primaria	48	45,3
Secundaria	32	30,2
Técnica	6	5,7
Tecnológica	1	0,9
Profesional	5	4,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente : Datos del estudio

**TABLA N° 5. Ocupación de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>OCUPACION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	52	49,1
Empleado	7	6,6
T. Independiente	25	23,6
No trabaja	12	11,3
Pensionado	10	9,4
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente : Datos del estudio

**TABLA N° 6. Estrato de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ESTRATO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	43	40,6
2	37	34,9
3	23	21,7
De 4 al 6	3	2,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente : Datos del estudio



### ANEXO 3

#### ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES O ESTADO DE SALUD DE LOS PARTICIPANTES

**TABLA N° 7. Antecedentes Personales de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ANT. PERSONALES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anemia	4	3,8
Diabetes	11	10,4
Hipertensión Arterial	49	46,2
Dislipidemias	0	0,0
Ninguna	45	42,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 8. Antecedentes ginecostetricos de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ANT. GINECOSTETRICOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menor o igual a 5	56	52,8
Mayor o igual a 6	30	28,3
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 9. Uso de anticonceptivos orales de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>USO DE ANT. ORALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	26	24,5
Ausente	80	75,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 10. Recidiva de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>RECIDIVAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguna	28	26,4
Menor de 4	68	64,2
5 o mas	9	8,5
No recuerda	1	0,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 11. Etiología de la lesión de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ETIOLOGIA DE LA LESION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Trauma	32	30,2
Picadura insecto	7	6,6
Dermatitis	5	4,7
Esponaneas	62	58,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 12. Antigüedad de lesión de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ANTIGUEDAD DE LESION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menor o igual a 5 meses	28	26,4
Mayor de 6 meses	76	71,7
No sabe/no responde	2	1,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 13. Safenectomía en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>SAFENECTOMIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	34	32,1
Ausente	72	67,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 14. Tratamiento Esclerosante en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>TTO. ESCLEROSANTE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	11	10,4
Ausente	95	89,6
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 15. Actividad física de los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Realiza	10	9,4
No realiza	96	90,6
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 16. Tabaquismo en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>TABAQUISMO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	45	42,5
No	61	57,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 17. Obesidad en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>OBESIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	12	11,3
No	94	88,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 18. Estreñimiento en los pacientes con ulcera vascular en miembros inferiores participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ESTREÑIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	31	29,2
No	75	70,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 19. Antecedentes personales de úlceras en los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ANT. PERSONALES DE ULCERAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	78	73,6
No	28	26,4
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 20. Antecedentes familiares de úlceras en los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>ANT. FLIARES DE UV</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente	34	32,1
Ausente	72	67,9
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

### ANEXO 3

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS HERIDAS DE LOS PARTICIPANTES

**TABLA N° 21. Localización de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

LOCALIZACIÓN	MID		MII	
	N	%	N	%
<b>AREA MALEOLAR</b>				
Cara lateral interna	14	13,2	12	11,32
Cara lateral externa	7	6,6	10	9,43
Cara lateral externa supra-maleolar	1	0,94	5	4,7
Cara lateral interna supra-maleolar	5	4,7	10	9,43
Cara lateral externa maleolar y supra-maleolar	1	0,94	3	2,83
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>26,38</b>	<b>40</b>	<b>37,71</b>
<b>PIERNA</b>				
Cara lateral externa tercio medio inferior	1	0,94	2	1,89
Cara lateral interna tercio medio inferior	3	2,83		
Cara lateral externa tercio inferior	3	2,83	5	4,7
Cara lateral interna tercio inferior	2	1,89	7	6,6
Cara anterior	1	0,94		
Cara posterior	2	1,89	1	0,94
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>11,32</b>	<b>15</b>	<b>14,13</b>
<b>DORSO DEL PIE</b>				
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7,55</b>	<b>3</b>	<b>2,83</b>
<b>Total General</b>	<b>48</b>	<b>45,3</b>	<b>58</b>	<b>54,7</b>

Fuente : Datos del estudio

**TABLA N° 22. Superficie de la lesión de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

SUPERFICIE DE LA LESIÓN	N	%
Superficie < 4 cm <sup>2</sup>	34	32,08
Superficie = 4 - < 16 cm <sup>2</sup>	28	26,42
Superficie = 16 - < 36 cm <sup>2</sup>	14	13,21
Superficie = 36 - < 64 cm <sup>2</sup>	6	5,66

Superficie = 64 - < 100 cm <sup>2</sup>	10	9,43
Superficie ≥ 100 cm <sup>2</sup>	14	13,21
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 23. Tejido lesionado de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>TEJIDOS LESIONADOS</b>		
Afectación de la dermis-epidermis	102	96,23
Afectación del músculo	2	1,89
Afectación del tejido subcutáneo	2	1,89
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 24. Profundidad de la lesión por grados de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>PROFUNDIDAD DE LA LESIÓN POR GRADOS</b>		
Grado I	17	16,04
Grado II	84	79,25
Grado III /grado IV	5	4,72
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 25. Bordes de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>BORDES</b>		
Difusos	12	11,32
Delimitados	86	81,13
Engrosados	1	0,94
Irregulares	36	33,96
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 26. Tejido en el lecho de la herida de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>TEJIDO EN EL LECHO DE LA HERIDA</b>		
Granulación	88	83
Epitelización	23	21,70
Biofilm	43	40,57
Esfacelo/necrótico	12	11,32
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 27. Exudado de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>EXUDADO</b>		
No tiene	8	7,55
Escaso	30	28,30
Moderado	58	54,72
Abundante	10	9,43
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 28. Numero de lesiones en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015**

<b>N° DE LESIONES</b>		
Afección con única lesión	38	35,85
Afección con múltiples lesiones	68	64,15
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 29. Signos de infección de las ulcera vascular en miembros inferiores de los participantes del estudio Cartagena 2015**

<b>SIGNOS DE INFECCIÓN</b>		
Si	3	2,83
No	103	97,17
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 30. Dolor en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015**

<b>DOLOR</b>		
Si	79	74,53
No	27	25,47
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 31. Intensidad de dolor en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015**

<b>INTENSIDAD DEL DOLOR</b>		
Menor o igual de 4	9	8,49
Igual o mayor a 5	70	66,04
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 32. Presencia de edema en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015**

<b>PRESENCIA DE EDEMA</b>		
Si	22	20,75
No	84	79,25
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**

**TABLA N° 33. Grado de edema en los participantes con ulcera vascular en miembros inferiores del estudio Cartagena 2015**

<b>GRADO DE EDEMA</b>		
Grado I	3	2,83
Grado II	10	9,43
Grado III	8	7,55
Grado IV	1	0,94
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

**Fuente : Datos del estudio**