

Caracterización de los pacientes hospitalizados por úlceras flebostáticas

Characterization of the patients hospitalized due to phlebostatic ulcers

Onerys Ramón Sosa Vázquez.^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-1469-6179>

Lázaro Chirino Díaz¹ <http://orcid.org/0000-0002-2856-5184>

María Eugenia Triana Mantilla¹ <http://orcid.org/0000-0002-9089-4823>

Luis Enríquez Rodríguez Villalonga¹ <https://orcid.org/0000-0002-3047-8545>

¹Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular (INACV). La Habana, Cuba

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: onerysosa@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las úlceras en los miembros inferiores se relacionan desde los tiempos antiguos con las venas varicosas; es aceptado que dichas úlceras son una enfermedad frecuente y un grave problema de salud pública en todo el mundo y que la gran mayoría es el resultado de una insuficiencia venosa crónica.

Objetivo: Caracterizar a los a los pacientes hospitalizados por úlceras flebostáticas.

Métodos: Se realizó un estudio ambispectivo en 81 pacientes ingresados con el diagnóstico de úlceras flebostáticas. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, cantidad de ingresos y estadía hospitalaria.

Resultados: Se encontró un predominio del sexo femenino y de los mayores de 60 años en los 121 ingresos realizados. El 72,8 % ingresó una sola vez y el 18,2 % en más de una ocasión. La estadía hospitalaria fue de más de 21 días en el 55,4 %.

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados con úlceras flebostáticas son predominantemente adultos mayores del sexo femenino, presentan una baja frecuencia de reingresos y una estadía hospitalaria prolongada.

Palabras claves: úlceras flebostáticas; úlceras venosas; úlceras varicosas; insuficiencia venosa crónica.

ABSTRACT

Introduction: The ulcers in the lower limbs are related from the old times with the varicose veins; it is accepted that the same ones are a frequent illness and a serious problem of public health in the world, and the great majority is the result of chronic venous insufficiency.

Objective: To characterize the patients hospitalized due to phlebostatic ulcers.

Methods: It was carried out an ambispective study in 81 patients admitted with the diagnosis of phlebostatic ulcers. The study variables were: age, sex, quantity of hospital admissions and hospital stay.

Results: It was predominant in the 121 of the hospital admission: the female sex and people older than 60 years. 72.8% of the patients were admitted one time and 18.2% in more than one occasion. The hospital demurrage was of more than 21 days in 55.4% of the cases.

Conclusions: The patients hospitalized due to phlebostatic ulcers are predominantly female elder people. It was possible to characterize the patients hospitalized with a low frequency of hospital re-admission and hospital demurrage.

Keywords: phlebostatic ulcers; venous ulcers; varicose ulcers; chronicle venous insufficiency.

Recibido: 14/12/2018

Aceptado:28/05/2019

INTRODUCCIÓN

.Se estima a nivel mundial que las úlceras venosas afectan aproximadamente de 1 a 3 % de la población adulta,^(1,2,3) sin embargo, este porcentaje desciende entre 0,1-0,5 % cuando se refiere solamente a la prevalencia de pacientes que se encuentran con úlceras abiertas.^(4,5,6)

Son más frecuentes en pacientes mayores de 60 años ^(7,8,9) y más comunes en el sexo femenino en una proporción de 1:5.^(10,11,12)

En Europa y Australia la incidencia varía entre 0, y 1% de la población total, además, si las investigaciones incluyen las úlceras activas y curadas, estas cifras ascienden de 1 a 1,3 %.⁽¹³⁾

En el Reino Unido se estima una prevalencia de úlceras crónicas en las piernas entre el 1-3 %^(14,15) y en el momento de la consulta entre el 0,12 y el 0,32 % de los pacientes presenta una úlcera abierta⁽¹⁴⁾. Esta enfermedad afecta a cerca de 30 millones de personas en Estados Unidos.⁽¹⁶⁾

Los datos estadísticos sobre el tema en Latinoamérica son muy variables. Sin embargo, entre los más fiables se estima una prevalencia superior en esta región, con valores entre el 3 y 6 %. Esto se ha documentado por algunos hospitales, clínicas o servicios de atención médica.⁽¹⁷⁾ Algunos estudios estiman que en Brasil aproximadamente el 3 de la población presenta úlceras venosas.^(18,19)

En Cuba los datos sobre prevalencia de esta afección son escasos, y se limitan fundamentalmente a informes orales en eventos científicos sobre las experiencias de la práctica diaria. Además, su recurrencia es alta, plantean estudios que ocurre entre el 33 y 56 % de los casos y que una de cada tres úlceras venosas recidiva en un período inferior a los nueve meses,^(20,21, 22) con una tasa anual que supera el 70 % para aquellas úlceras de larga evolución^(4,5,6,23) y oscila entre el 55-60 % a los cinco años.⁽²³⁾ Así como la duración de las úlceras es de ocho meses en promedio, 30 a 50 % de los pacientes la padecen durante 12 meses o más.^(24,25)

Este carácter de cronicidad y recurrencia es el que confiere a la úlcera venosa una especial gravedad desde el punto de vista socio-sanitario, económico y psicológico para el paciente.^(11,16,26)

Esta misma cronicidad, unido a la factibilidad del tratamiento ambulatorio, motiva que los ingresos hospitalarios requieran en ocasiones ser puntuales. Existe unanimidad en que el tratamiento de estas úlceras se realice de forma ambulatoria, y se reserve la internación para los pacientes con úlceras de tendencia a no curar y las complicadas, las úlceras circunferenciales que llevan un tratamiento insuficiente si es ambulatorio, los pacientes en los que se decide hacer cirugía de inicio y los pacientes con úlceras muy grandes cuando van a necesitar injertos múltiples de piel.⁽⁶⁾

Estas mismas características influyen negativamente sobre el indicador estadía hospitalaria, el cual es el más utilizado como indicador de eficiencia en un mundo

donde la evaluación del desempeño hospitalario emerge como necesidad en cualquier sistema de salud.

Pero, a pesar de todo lo anteriormente expuesto no se encuentra variedad de estudios en pacientes ingresados en los servicios de angiología y cirugía vascular por úlceras flebostáticas y en Cuba no existe información suficiente sobre las características de los pacientes hospitalizados. Por estas, razones nos motivamos para realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes hospitalizados por úlceras flebostáticas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y ambispectivo en 81 pacientes ingresados en el Servicio de Flebolinfología del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular (INACV) con diagnóstico de úlceras flebostáticas. El período de estudio osciló entre enero de 2013 y diciembre de 2017. En la componente retrospectiva se revisaron las historias clínicas de los 78 ingresos efectuados entre enero de 2013 y junio de 2016; mientras que en la prospectiva (julio de 2016 a diciembre de 2017) se realizaron 43 ingresos.

Todos los pacientes dieron su consentimiento para que sus datos fueran utilizados en este estudio u en otros con fines investigativos.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que presentaron un componente arterial en la formación de las úlceras (úlceras mixtas) y los pacientes diabéticos.

Se le solicitó al Departamento de Archivo y Estadística del INACV el total de pacientes ingresados en el Servicio de Flebolinfología en el período en estudio, así como todas las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico de úlceras flebostáticas. Se extrajeron de ellas las siguientes variables: edad, sexo, cantidad de ingresos y estadía hospitalaria (días).

Debido a que los pacientes podían presentar varios ingresos por esta enfermedad, para recoger la variable edad, se tomó la edad del primer ingreso y se llenó una planilla por cada ingreso que tuvo el paciente.

Se creó una base de datos en una computadora Core i3 para el procesamiento estadístico de la información recogida. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas como medida de resumen para las variables cualitativas.

La prevalencia de úlceras flebostáticas se calculó teniendo en cuenta el total de pacientes ingresados en el Servicio de Flebolinfología durante el período en estudio expresándola por 100 pacientes. Se trabajó con 95 % de confiabilidad ($\alpha = 0,05$).

RESULTADOS

Se encontró un predominio del sexo femenino (n= 52; 64,2 %); del grupo de edades de 60 años y más (n= 66; 81,5 %) con independencia del sexo (tabla 1).

Tabla 1- Distribución de los pacientes según edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n	%	n	%	n	%
Menos 20	0	0,0	0	0,0	0	0
20-39	0	0,0	2	2,5	2	2,5
40-59	8	9,9	5	6,2	13	16,1
60 y más	21	25,9	45	55,6	66	81,5
Total	29	35,8	52	64,2	81	100,0

Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra (n= 81).

Se constató que la prevalencia porcentual de las úlceras flebostáticas en el Servicio de Flebolinfología respecto al resto de las enfermedades veno-linfáticas, fue de 8 % (Fig.1).

El análisis del número de ingresos reveló que el 72,8 % (n= 59) lo hizo solo una vez, más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (48,2 % vs. 24,7 %); el 27,2 % (n= 22) tuvo más de un ingreso, de ellos el 19,8 % (n= 16) ingresaron dos veces. Se encontró una menor frecuencia de pacientes con tres ingresos o más (n= 6; 7,4 %) (tabla 2).

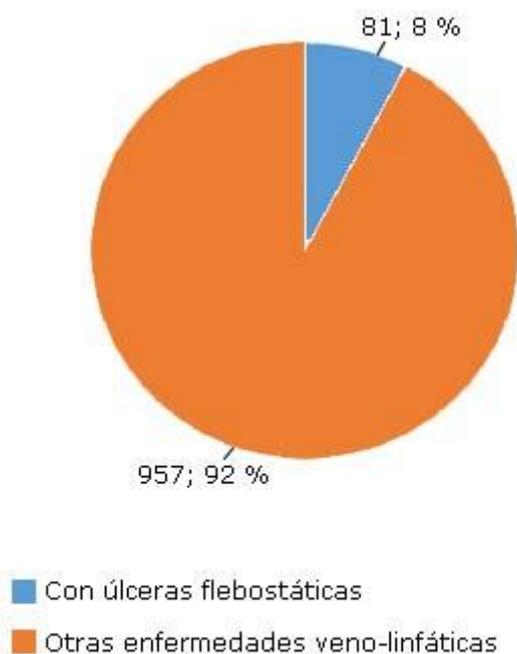


Fig. 1 - Prevalencia de las úlceras flebotáticas.

Tabla 2 - Números de ingresos hospitalarios por sexo

Número de ingresos (veces)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n	%	n	%	n	%
Una	20	24,7	39	48,2	59	72,8
Dos	7	8,6	9	11,1	16	19,8
Tres	1	1,2	2	2,5	3	3,7
Cuatro o más	1	1,2	2	2,5	3	3,7
Total	29	35,8	52	64,2	81	100,0

Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra (n= 81).

A partir del hecho de que los pacientes pudieron tener más de un ingreso durante el período de estudio se analizó la estadía hospitalaria según el total de ingresos y el sexo. Se observó que el sexo femenino mostró mayor frecuencia de ingresos (66,1 %). El grupo con estadía hospitalaria entre 11 y 20 días incluyó la mayor cantidad de pacientes (n= 40; 33,1 %) independientemente del sexo. Sin embargo, la mayor cantidad de ingresos realizados (n= 67; 55,4 %) se apreció en los grupos de pacientes con estadías hospitalarias entre 21 y 30 días y de 31 y más días, donde fue el sexo femenino quien contribuyó a estos resultados (n = 51; 42,2 %) (tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de la estadía hospitalaria por ingreso según sexo

Estadía hospitalaria de cada ingreso (días)	Sexo				Total de ingresos	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
1 a 10	4	3,3	10	8,3	14	11,6
11 a 20	21	17,4	19	15,7	40	33,1
21 a 30	6	5,0	26	21,5	32	26,5
31 o más	10	8,3	25	20,7	35	28,9
Total	41	33,9	80	66,1	121	100,0

Los porcentajes se calcularon sobre el total de ingresos (n= 121).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio se encuentran en correspondencia con los estudios revisados que plantean que esta entidad es más frecuente en el sexo femenino,^(18,19) en pacientes de mayor edad^(11,12,18) y que la gran mayoría se vuelven portadoras de su primera úlcera después de los 60 años, con muy baja incidencia antes de los 40 años.^(24,26)

En la bibliografía consultada no se encontraron estudios que determinen la prevalencia de las úlceras flebostáticas en pacientes hospitalizados, es por ello que no se pudo contrastar el resultado obtenido con publicaciones nacionales o de otros países. Cabe agregar, que con frecuencia, las úlceras flebostáticas son atendidas o tratadas de forma ambulatoria, pero en este estudio solo se tuvo en cuenta su presencia en los pacientes ingresados en el Servicio de Flebología del INACV. Además, las úlceras venosas presentan una alta recurrencia, que según estudios tiene una tasa anual de 60-70 % para las úlceras de larga evolución^(4,5,6) y oscila entre el 55-60 % a los cinco años.⁽²²⁾

En otras investigaciones se plantea que la recurrencia ocurre entre 33 y 42 % de los casos; observándose que una de cada tres úlceras venosas presentaba recidivas en un período inferior a los nueve meses. En un estudio nacional realizado en España sobre esta enfermedad resultó destacable el hecho de que el 56 % de las úlceras venosas eran recurrentes.⁽²⁰⁾

A pesar de estos datos, existe el consenso de que las úlceras venosas deben tratarse principalmente de forma ambulatoria y que solo una minoría de los pacientes requieren ser hospitalizados para evitar las complicaciones.⁽⁶⁾ Además, hemos planteado que el ingreso hospitalario es reservado para aquellos pacientes con úlceras de tendencia a no

curar, las úlceras complicadas, las úlceras circunferenciales que llevan un tratamiento insuficiente si es ambulatorio y las tributarias de cirugía.⁽⁶⁾

En este trabajo se constató que a pesar de que las úlceras flebostáticas presentan una alta recurrencia, los pacientes no reingresan con frecuencia. Estos resultados son similares a los obtenidos en estudio realizado en Fortaleza Brasil, donde 66,7 % del total de pacientes presenta recidivas en el período de estudio, que 51 % requirió ingreso, de ellos 7,7 % ingresó cuatro veces o más y el resto de 1 a 3 veces.⁽¹⁹⁾ No se encontró otro estudio en la bibliografía consultada que determinara la cantidad de ingresos hospitalarios que pueden presentar estos pacientes en un período determinado.

En este estudio se encontró además que 55,4 % de los pacientes con úlceras flebostáticas estuvo ingresado por más de 21 días, lo que está en correspondencia con lo observado en la revisión bibliográfica realizada. Pardo y otros,⁽²²⁾ en su metaanálisis informan una estancia media hospitalaria de estos pacientes entre 44 y 49 días, por otra parte el estudio *Ulcer recurrence after in-hospital treatment for recalcitrant venous leg ulceration*” realizado en 107 pacientes informó que los pacientes ingresados tuvieron una estadía hospitalaria media de 30 días.⁽⁶⁾

Una de las limitaciones del estudio fue que se estudiaron los pacientes durante su ingreso, pero no se llevó a cabo su seguimiento ambulatorio, por lo que se desconoce su estado luego del alta médica.

Podemos concluir que los pacientes hospitalizados con úlceras flebostáticas son predominantemente adultos mayores del sexo femenino, presentan una baja frecuencia de reingresos y una estadía hospitalaria prolongada.

Recomendamos realizar estudio en pacientes hospitalizados donde se determine las causas que motivan los reingresos por concepto de recidivas y las posibles causas que extienden el tiempo de estadía hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Issue 9. Art. No.: CD002303. Acceso: 2015/09/17. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002303.pub3/epdf>

2. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Issue 1. Art. No.: CD003557. Acceso: 14/09/2015. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003557.pub5/full>
3. Gethin G, Cowman S, Kolbach D. Desbridamiento para la úlcera venosa de la pierna. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Issue 9. Art. No.: CD008599. Acceso: 25/01/2019. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008599/desbridamiento-para-la-ulcera-venosa-de-la-pierna>
4. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014;60:3-59.
5. Samuel N, Carradice D, Wallace T, Smith GE, Chetter IC. Endovenous thermal ablation for healing venous ulcers and preventing recurrence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Issue 10. Art. No.: CD009494. Acceso: 14/09/2015. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009494.pub2/full>
6. Reeder S, Roos KP, Maeseneer M, Sommer A, Neumann HA. Ulcer recurrence after in-hospital treatment for recalcitrant venous leg ulceration. *Brit J Dermat.* 2013;168:999–1002.
7. Tejada A. Tratamiento de las úlceras vasculares mediante la terapia de presión negativa [tesis]. España: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén; 2014. Acceso: 17/09/2015. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11227/AgurtzaneTejadaOsegui.pdf?sequence=1>
8. Prado MR, de Oliveira L, Sanches JP, de Fátima M, Verdú J, Castanho R. Prevalencia de las úlceras de pierna en la región sur de Brasil. *Rev Gerokomos.* 2013;24(4):179-83.
9. Sellmer D, Gaspar CM, Ribeiro D, Malucelli A. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):154-62.
10. Folchini AC, Martins N, Ura TR, Aparecida C, Maraliz I, Scudeler P, et al. Manifestações Dermatológicas da Insuficiência Venosa Crônica. *Cad Bras Med.* 2014;27(3):1-58.

11. de Vasconcelos G, Fernandes IK, da Silva RK, Almeida AK, Gomes AJ. Caracterización de las personas con úlcera venosa en Brasil y Portugal: estudio comparativo. *Rev Trimest Enferm.* 2013;12(32):62-74.
12. de Franciscis S, de Sarro G, Longo P, Buffone G, Molinari V, Domenico DM. Hyperhomocysteinaemia and chronic venous ulcers. *Int Wound J.* 2015;12:22–6.
13. Soria P. La terapia compresiva en las úlceras venosas y en la insuficiencia venosa crónica: revisión narrativa[tesis]. España: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén, 2015. Acceso: 18/09/2015. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1727/1/TFGPabloSoriaVilchez.pdf>
14. White J, Ivins N, Wilkes A, Carolan-Rees G, Harding KG. Non-contact low frequency ultrasound therapy compared with UK standard of care for venous leg ulcers: A single-centre, assessor-blinded, randomized controlled trial. *Int Wound J.* 2016; 13(5):833-42. Acceso: 17/09/2015. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12389/pdf>
15. Xie T, Ye J, Rerkasem K, Mani R. The venous ulcer continues to be a clinical challenge: an update. *J. Burns Trauma.* 2018;6:18.
16. Attaran R. Latest Innovations in the Treatment of Venous Disease. Review. *J. Clin. Med.* 2018; 7:77.
17. Nettel F, Rodríguez N, Nigro J, González M, Conde A, Muñoa A, et al. Primer Consenso Latinoamericano de Úlceras Venosas. *Rev Mex Angiol.* 2013;41(3):95-126.
18. Formentini M, Amante H, Fernandes LP. Factors that influence healing of chronic venous leg ulcers: a retrospective cohort. *An Bras Dermatol.* 2014;89(3):414-22.
19. Diógenes CK, Cardoso I, Fonseca VJ, Sousa SM, Gomes M, Esteves H. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. *Rev Rene.* 2013;14(3):470-80.
20. Shenoy M. Prevention of venous leg ulcer recurrence. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5(3):386-9.
21. Pardo R, González E, Lombera A. Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa en miembros inferiores. *Rev Nuber Científ.* 2013;2(9):12-20.
22. Chapman S. Venous leg ulcers: evidence review. Evidently Cochrane Systematic Reviews. 2017;22(9). Acceso: 03/02/2018. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/toc/bjcn/22/Sup9>

23. Jiménez F, Pérez R, Morales MA, Peralta ML. Tratamiento de úlceras venosas en las extremidades inferiores con auto-injertos en sacabocado más compresión contra compresión elástica. *Dermatol Rev Mex.* 2014;58:501-7.
24. Terrie YC. Recognizing and treating venous stasis ulcers. *US Pharmacist.* 2017;42(2):36-39.
25. Foy E, Conner-Kerr TA. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: A US perspective. (Review). *J Multidiscip Healthcare.* 2014;7:111-7.
26. Conceição CA, da Costa R, Lopes F, Drielle Louredo D, Martins I, Araújo E. Estudo comparativo sobre a capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. *Rev Pesq Cuidado é Fund.* 2015;7(1):1954-66.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses económicos, laborales, étnicos ni personales, relacionados con este artículo.

Declaración de contribución autorial

Onerys Ramón Sosa Vázquez: ha hecho aportaciones importantes al tema, idea y diseño del estudio, recogida de datos, análisis e interpretación de los datos, redacción del borrador del artículo y aprueba la versión final que va a publicarse.

Lázaro Chirino Díaz: ha hecho aportaciones importantes al tema, idea y diseño del estudio, ha hecho aportaciones importantes en el análisis de los datos, ha participado en la redacción del borrador del artículo y en la revisión crítica de su contenido intelectual sustancial, y aprueba la versión final que va a publicarse.

María Eugenia Triana Mantilla: ha hecho aportaciones importantes a la idea y diseño del estudio, ha participado en la revisión crítica de su contenido intelectual sustancial, y aprueba la versión final que va a publicarse.

Luis Enríquez Rodríguez Villalonga: ha hecho aportaciones importantes a la idea y diseño del estudio, ha participado en la revisión crítica de su contenido intelectual sustancial, y aprueba la versión final que va a publicarse.