

Centre adscrit a:



**EL REGISTRO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS Y DE CICATRIZACIÓN
COMPLEJA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA. ¿ UNA
ASIGNATURA PENDIENTE?**

Treball Final de Màster presentat per

CRISTINA BERGILLOS FLORES
HOSPITAL SANT ANDREU DE MANRESA. SANT ANDREU SALUT

Dirigit per:
DRA. ESTHER CABRERA TORRES

Màster Universitari en Atenció Integrada en la Cronicitat i l'Envelliment
Escola Superior de Ciències de la Salut Tecnocampus

4 de Setembre de 2023

Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Escola Superior en Ciències de la Salut (UPF)

RESUMEN

Introducción y objetivos: Las heridas crónicas (HC) suponen un problema al mismo tiempo que un reto para los profesionales y los sistemas sanitarios. El objetivo de estudio fue conocer las características de los pacientes con HC, que ingresan en un centro de atención intermedia de salud, los registros utilizados para la valoración inicial, seguimiento y monitorización de las heridas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal realizado en un hospital comarcal en el año 2021.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 114 pacientes, con una media de edad de 83,1 años. El 65,5 % procedía del hospital de agudos, el 33,3 % del domicilio y el 0,9% de residencias asistidas. El diagnóstico principal fueron patologías relacionadas con el sistema tegumentario (24,6%) seguidos del sistema nervioso (21,1%), cardiovasculares (21,3%) y endocrino metabólicas (19,1%). La etiología de las HC fue: lesiones por presión (LPP) 40,6%; úlceras de extremidad inferior 18,2%; heridas por desgarro 31,0%; por fricción 7,0%; por humedad 1,6%; neoplásicas 1,1% y quemaduras 0,5%. Un 93,9% de las HC tuvieron una valoración inicial con una frecuencia de seguimiento quincenal de 28,9% y un 26,3 % no tuvieron seguimiento. De las 187 HC estudiadas, se cicatrizaron un total de 50, con una media de 26,2 días.

Conclusiones: Las HC continúan teniendo una alta prevalencia. No se utilizan de manera sistemática registros estandarizados que permitan realizar un adecuado seguimiento de las HC. Sería recomendable fomentar el uso de guías de práctica clínica.

Palabras clave: herida crónica, registros, valoración, seguimiento, enfermería

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Chronic wounds (CW) are a problem as well as a challenge for professionals and healthcare systems. The objective of the study was to know the characteristics of patients with HC, who are admitted to an intermediate health care center, the records used for the initial assessment, follow-up and monitoring of wounds.

Method: Cross-sectional descriptive observational study carried out in a regional hospital in 2021

Results: A sample of 114 patients was obtained, with a mean age of 83.1 years. 65.5% came from the acute care hospital, 33.3% from home and 0.9% from assisted residences. The main diagnosis was pathologies related to the integumentary system (24.6%) followed by the nervous system (21.1%), cardiovascular (21.3%) and endocrine-metabolic (19.1%). The etiology of the HC was: pressure injuries (LPP) 40.6%; lower extremity ulcers 18.2%; tearing wounds 31.0%; by friction 7.0%; by humidity 1.6%; neoplastic 1.1% and burns 0.5%. 93.9% of the CHs had an initial assessment with a biweekly follow-up frequency of 28.9% and 26.3% had no follow-up. Of the 187 HC studied, a total of 50 healed, with a mean of 26.2 days.

Conclusions: CWs continues to have a high prevalence. Standardized registries are not used systematically to allow adequate follow-up of CWs. It would be recommendable to promote the use of clinical practice guidelines.

Keywords: chronic wound, records, assessment and nursing follow-up

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Tabla de contenido

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE DE CONTENIDOS	III
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	IV
LISTADO DE ABREVIATURAS	V
AGRADECIMIENTOS	VI
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación y antecedentes.....	2
1.2. Epidemiología:	3
1.3. Costes	4
1.4. Definición de conceptos:.....	5
1.4.1. Herida	5
1.4.2. Herida Crónica (HC).....	5
1.4.3. Herida de cicatrización compleja (HCC)	5
1.5. Proceso de cicatrización	6
1.5.1. Factores que influyen en el proceso de cicatrización	6
1.6. Tipos de HC	7
1.7. Criterios de valoración de las HC.....	8
1.8. Trabajo interdisciplinar y Atención Integrada.....	9
1.9. Registros de enfermería.....	11
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo principal	14
2.2 Objetivos secundarios	14
3. METODOLOGÍA.....	15
4. DISCUSIÓN	30
4.1 Implicaciones para la práctica clínica.....	33
5. CONCLUSIONES.....	36
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

Tabla 2. Características relacionadas con las heridas y el proceso de cicatrización

Tabla 3. Características de los registros

Figura 1. Procedencia de los pacientes al ingreso

LISTADO DE ABREVIATURAS

HC	Herida crónica
HCC	Herida de cicatrización compleja
LRCD	Lesiones relacionadas con la dependencia
ENP	Estudio Nacional de Prevalencia
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
UPP	Úlcera por presión
LPP	Lesión por presión
SNS	Sistema Nacional de Salud
GBD	Global Burden of Disease
ACP	Atención centrada en el paciente
UFISS	Unidad funcional interdisciplinar socio sanitaria
PADES	Programa de atención a domicilio equipo soporte
HC3	Historia Clínica Compartida de Cataluña
SIRE	Sistema integrado de receta electrónica
IS3	Integrador de Servicios de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CIM-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-Versión 10
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Esther Cabrera por estar presente a lo largo del Máster, que con su ayuda, sus aportaciones para mejorar en cada revisión y sus palabras de ánimo cuando las cosas se han podido poner difíciles, ha colaborado a tirar hacia delante este estudio.

A mi marido, mis hijos y las abuelas que me han acompañado durante cerca de dos años, a conseguir escribir hasta las últimas líneas de este trabajo.

A mi compañera de batallas Mireia, compartiendo momentos de incertidumbre y a la vez de éxito por haber llegado hasta aquí, y a la dirección del centro de estudio por permitirme realizar mis primeras incursiones en investigación.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación y antecedentes

Los registros de enfermería suponen una herramienta fundamental para documentar el proceso enfermero en todas sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación y ejecución de actividades y evaluación de los objetivos marcados en el plan de cuidados. Además, los registros suponen una metodología para estandarizar los planes de cuidado, pero permitiendo individualizarlos según las necesidades de cada paciente. El objetivo de los registros inhere también en establecer un proceso de comunicación entre los profesionales de enfermería que atienden al paciente y de interrelación con otros profesionales del equipo de salud, y permiten establecer una mejora en la coordinación de los pacientes entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, promoviendo la mejora en la calidad de la atención.

Las lesiones de la piel suponen un problema de salud importante, que puede afectar a distintos grupos de población, sin importar el sexo o la edad y otros factores sociodemográficos, que además conllevan un coste para el sistema sanitario, tanto por los recursos materiales como los recursos humanos que se hacen necesarios. Actualmente en nuestra población de estudio no existe un registro estandarizado para la valoración y seguimiento de las heridas, con lo cual la variabilidad de las valoraciones por parte de los profesionales de enfermería está a merced de los conocimientos, habilidades e implicación o motivación por parte de dichos profesionales, lo cual hace muy difícil cuantificar un problema de salud, tan importante como son las heridas crónicas en un centro socio sanitario o de atención intermedia, y consecuentemente poder realizar estudios de investigación con el objetivo de mejorar la práctica enfermera en relación a las heridas.

Unos déficits en referencia a la valoración, la detección precoz, las medidas de prevención y la optimización de tratamientos, por parte los profesionales de enfermería pueden agravar el problema¹.

1.2. Epidemiología

La prevalencia e incidencia de las heridas crónicas (HC), sobre todo las lesiones relacionadas con la dependencia (LRCD), son uno de los indicadores de calidad asistencial salud más estandarizados en los centros sanitarios a nivel nacional e internacional, lo cual permite conocer la magnitud del problema y los efectos producidos por dicho problema, así como promover prácticas mejoradas y nuevas intervenciones que ayuden a evitar y/o disminuir el problema, además de poder comparar los datos.

Torra i Bou, J.E et al. en 2001 desde el Grupo Nacional Español Ulceras por Presión (GNEAUPP), llevaron a cabo el primer estudio piloto para conocer la prevalencia de las heridas crónicas, en especial las denominadas úlceras por presión (UPP), conocido por Estudio Nacional de Prevalencia (ENP) que se ha ido realizando cada cuatro años desde entonces².

Dicho estudio se realizó en 3 niveles de atención: atención primaria, hospital de agudos y centros socio sanitarios, donde se obtuvo una prevalencia para cada uno del 8,34 %, del 8,81 % (con valores mínimos del 0% y máximos del 45,45 % según la unidad asistencial) y del 7.6 % respectivamente².

Pancorbo-Hidalgo, P.L et al. el último ENP realizado³ entre finales del año 2017 e inicios del año 2018 el cual se realizó entre diferentes unidades hospitalarias, tanto de hospitalización de agudos como de centros socio sanitarios, se estimó que la prevalencia total fue de un 8.7 %, donde ya se pudo observar que de éstas cifras, el 7 % fueron lesiones por presión (LPP).

Los ENP nos sirven como referencia para la comparación de datos entre las diferentes unidades hospitalarias y los tipos de HC con mayor prevalencia, sirviendo de punto de partida como estándar de información para el Sistema Nacional de Salud (SNS)³

Es importante destacar que durante décadas la prevalencia de heridas se reflejaba básicamente en las UPP, pero a partir del año 2013 y del cuarto ENP realizado en España, García-Fernández. FP et al. redactaron el documento técnico de la GNEAUPP, determinando otro tipo de lesiones relacionadas con el mecanismo que las provoca: fricción, laceración, humedad y combinadas, lo que ha adquirido la nueva nomenclatura de lesiones relacionadas con la dependencia (LRCD)⁴.

A nivel europeo, se cifran prevalencias de entre el 22% y 28 % en algunos países como Noruega, Suecia o Italia, y cifras aún más alarmantes del 40 % en Brasil⁵.

Si España en aquellos momentos la prevalencia se situaba en el 7,8%, el país con más semejanza era el Reino Unido con un 8,9%.

En Estados Unidos y Australia, las cifras se encontraban muy por debajo de las españolas, oscilando entre el 2,68% y el 3%⁶

El (IHME) Institute for Health Metrics and Evaluation dirige el Global Burden of Disease Study (GBD Study)⁶ , considerado como el estudio epidemiológico observacional más completo a nivel mundial, las LPP están incluidas desde el año 2019 en la categoría de Enfermedades de la piel y tejido subcutáneos (*Skin and Subcutaneous Diseases*), como factores causantes del aumento de la morbilidad y mortalidad. En otro estudio sobre prevalencia de Skin and Subcutaneous diseases que se llevó a cabo entre 195 países y territorios reportados por el GBD⁶ se concluyó que en una década la prevalencia ascendió de 492.883.00 en 2005 a 605.036.000 en 2015.

1.3. Costes

Ramos-Sánchez, J.A incluye en su tesis doctoral sobre el Coste de enfermedad de las úlceras por presión en el contexto socio sanitario que el gasto e impacto económico y de los recursos humanos empleados para la gestión de las HC aumenta en función de la categoría o grado⁸ ya que a mayor grado, aumentan el riesgo de padecer complicaciones, alarga el tiempo de cicatrización y de las estancias hospitalarias y aumentan el tiempo de dedicación de los profesionales de enfermería.

El coste global anual para el SNS de las HC en España en el año 2003 fue de 1.687 millones de euros, lo que supuso un 5,2 % del gasto total sanitario⁹

Algunos estudios realizados en regiones de España¹⁰ ponen de manifiesto que las unidades con enfermera de práctica avanzada (EPA) en HCC disminuye los costes totales (tiempo de cicatrización, tiempo de dedicación profesionales de enfermería y estancias hospitalarias).

Se debe tener en cuenta que, las HC no sólo suponen un impacto económico, sino también impacto en la calidad de vida percibida por los pacientes que las padecen, es por ello que el diagnóstico precoz, prevención de posibles comorbilidades y tratamiento son imperativos¹¹. Järbrink, K et al, en una revisión sistemática realizada en 2017 sobre estudios que analizaban el coste tanto a nivel económico como humano, concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud por parte de los pacientes era baja y que el coste aumentaba en pacientes con amputaciones, heridas relacionadas con la Diabetes Mellitus y heridas de extremidades inferiores por afectación venosa o arterial ¹², añadiendo que las heridas de extremidad inferior son las segundas más prevalentes después de las LPP ¹³. También apuntaban que las HC se tratan más como efecto de

comorbilidad de otras patologías, cuando la realidad es que el impacto que generan es importante, y se mencionan como "*silent epidemia*"

En Estados Unidos, las HC afectan a 5.7 millones de personas, lo que supone un 2 % de la población aproximadamente, con un coste anual de 20 billones de dólares. En el Reino Unido el cuidado de las HC tiene una prevalencia del 6 % y los costes suponen un 5.5% del total del NHS ¹².

1.4. Definición de conceptos

Para poder enmarcar el estudio se hace necesario definir los conceptos de herida, herida de cicatrización compleja, herida crónica, proceso de cicatrización, los factores que influyen en su aparición y posible empeoramiento, la importancia del trabajo multidisciplinar, el enfoque holístico del paciente y la atención integrada.

1.4.1. Herida

Una herida se define como la pérdida de la continuidad cutánea o pérdida de la solución de la piel, producida por agentes físicos o químicos, y que en el momento de su aparición, se desencadenan distintos procesos biológicos para restaurar la integridad de la piel de nuevo, produciéndose el proceso de cicatrización o reparación tisular¹⁴.

1.4.2. Herida Crónica (HC)

Bielsa-Marsol, I. Doctora en Medicina y especialista en Dermatología, acunó su tesis doctoral en las lesiones cutáneas, y define una HC como aquella que sufre una alteración en algunas de las fases del proceso de cicatrización, sobretodo en la fase inflamatoria y fase de proliferación porque los tiempos se ven alargados ¹⁵.

1.4.3. Herida de cicatrización compleja (HCC)

Según el documento de posicionamiento de la European Wound Management Association (EWMA) sobre el enfoque integral de las heridas de difícil cicatrización, la definen como una lesión que su cicatrización se ve prolongada o en algunos casos no llega a producirse nunca. Por este motivo una valoración global de todos los factores que afectan no sólo a la herida sino al paciente, nos ayudan a determinar e identificar las heridas que pueden ser susceptibles de tener un retraso en la cicatrización. Es clave la identificación precoz

del enlentecimiento de la cicatrización y su gestión radica en intervenciones que para controlar y reducir todos los factores que obstaculizan la cicatrización ¹⁶.

1.5. Proceso de cicatrización

Evidenciando que para conseguir un mejor manejo y resultados sobre la cicatrización de las heridas, debemos tener en cuenta las fases por las que pasa el proceso de cicatrización, componiéndose de cuatro fases: Hemostásica-Inflamatoria-Proliferativa-Maduración¹¹⁻¹⁵.

Existen algunas características propias de la herida que nos pueden ayudar a pronosticar si ésta será de difícil cicatrización, o bien será tardía, como la medición de la aproximación de bordes de forma frecuente, la presencia de escaras, dermatitis o tejido potencialmente desvitalizado en la zona perilesional, las características del lecho de la herida o la correcta gestión del exudado.

Pero además, debemos tener en cuenta que no sólo los factores relacionados con la herida intervienen en el pronóstico y evolución de la cicatrización¹⁶, sino que también hay implicados los factores relacionados con el paciente, los relacionados con los recursos y opciones de tratamiento, y los factores relacionados con los conocimientos, habilidades y formación de los profesionales.

Es así, que se hace necesario un enfoque holístico del paciente, ser conocedores de los recursos sanitarios que tenemos a nuestro alcance y seguir progresando en la búsqueda de tratamientos que sean más coste eficaces.

1.5.1. Factores que influyen en el proceso de cicatrización

Para poder entender las barreras que podemos encontrar los profesionales de enfermería en el proceso de cicatrización, resulta indispensable conocer los factores que pueden propiciar no alcanzar la epitelización total de la HC, con el objetivo de identificar si existen dichos factores de riesgo que podrían conducirnos a mejorar los cuidados de las heridas. Dichos factores no sólo están estrechamente relacionados con la lesión, sino que debemos seguir con el enfoque integral de la persona, su entorno, sus recursos y de los profesionales que prestan los cuidados.

Factores relacionados con el paciente:

- Físicos: enfermedades concomitantes, tratamiento farmacológico, alergias

- Psicosociales: edad, sexo, situación socioeconómica, estrés, depresión, dolor, alteraciones del sueño, alteraciones de la autoimagen por el exudado y/o olor, aislamiento social.
- Afrontamiento: habilidades, creencias del pacientes, experiencias previas, nivel de empoderamiento o alfabetización en salud. Esto repercutirá en la postura que adoptan para afrontar el manejo de la situación.
- Concordancia entre lo que reciben y perciben por parte del sistema y los profesionales sanitarios para satisfacer sus necesidades.

Factores relacionados con la herida:

- Antigüedad de la herida, tamaño, profundidad, localización anatómica
- Características del tejido y del lecho de la herida
- Presencia de infección, inflamación, isquemia, dolor
- Respuesta al tratamiento

Factores relacionados con los profesionales:

- Habilidades
- Conocimientos
- Actitudes

Las HCC pueden acabar desarrollando sentimientos de frustración, algunas veces optando por una postura defensiva por parte de los profesionales, lo que acaba teniendo un efecto negativo en el paciente.

Se hace importante pues, trabajar en estrategias para mejorar las habilidades y actitudes de los profesionales para así, centrarse en las necesidades del paciente¹⁴.

Factores relacionados con los recursos y tratamiento:

- Conocer los recursos disponibles y su accesibilidad
- Formar a los profesionales para que elijan el tratamiento adecuado.
- Elaborar guías de práctica clínica y protocolos de actuación basados en la evidencia, huyendo de los tratamientos que se aplican por desconocimiento o por tradición porque esto les ayudará a elegir las opciones terapéuticas más coste-efectivas para alcanzar la cicatrización¹⁶.

1.6. Tipos de HC

Entre las diferentes HC encontramos las lesiones de extremidades inferiores, neuropatías y pie diabético, neoplásicas y las lesiones relacionadas con la dependencia. A partir del 5º

ENP es donde se incorpora en su estructura el nuevo modelo teórico de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LRCD)⁴.

Según el Documento Técnico de la GNEAUPP ⁴ se propone definir la siguiente clasificación:

Lesiones por presión (LPP) y cizalla

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad

Lesiones por roce y/o fricción

Desgarros cutáneos

Lesiones mixtas y combinadas

Este nuevo marco teórico para clasificar las diferentes heridas según la causa que las produce, nos lleva a los profesionales a ser mucho más exhaustivos en el proceso de valoración, diagnóstico, monitorización y tratamiento, mejorando así la gestión de los cuidados y de los recursos necesarios. Roca Biosca et al. en el estudio sobre el nuevo marco teórico de las LRCD concluyen su apoyo al nuevo paradigma, puesto que solo el 48% de las lesiones la presión se producía por causa directa , y al resto se añadían otros mecanismos, por lo que trabajar bajo el nuevo modelo permitiría mejorar la prevención en función de los mecanismos causales¹⁷.

1.7. Criterios de valoración de las HC

La valoración y seguimiento de la evolución de las HC son claves para el manejo adecuado de las mismas.

Para realizar una exhaustiva valoración se deben tener en cuenta las características de la herida y la globalidad del paciente y su entorno¹⁸. El primer paso es identificar la etiología, la monitorización continua y mantener los registros informatizados de las valoraciones sistemáticas realizadas.

Los diferentes factores que influyen en el proceso de cicatrización deben tenerse en cuenta en el momento de la valoración, así como otros factores de riesgo como la edad, el nivel educativo, estado nutricional, capacidad funcional, alteraciones sensoriales, temperatura, humedad, deformidades, morbilidad de patologías como la diabetes, nefropatías, neuropatías o enfermedades vasculares. No existen estudios que puedan

relacionar la valoración de las HC con las intervenciones y resultados que son inciertos, por lo que resultaría fundamental seguir investigando en el tema, formar más a los profesionales en éste ámbito e involucrar más al paciente y familia o cuidadores en el proceso¹⁸.

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica¹⁹ confiere un reto que los profesionales de enfermería no debemos obviar, siendo clave mejorar las competencias de éstos y primer eslabón de la cadena, donde con la adquisición de todas las competencias necesarias basadas en la evidencia, los profesionales partiríamos de unos estándares para el manejo de los pacientes con heridas.

Para que la evaluación sea eficaz, debemos dejar atrás la valoración única de la lesión y partir hacia el modelo holístico. En el transcurso de las últimas décadas se han creado herramientas orientadas a la valoración y registros de la evolución de las heridas.

La World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) en su documento de consenso sobre las estrategias para reducir la variabilidad de manejo de las HC, define el concepto T.I.M.E como herramienta más utilizada para evaluar herida crónicas ¹⁹, que fue descrito por primera vez en 2033 y desde sus inicios se ha ido ampliando el conocimiento para asentar las bases biológicas del proceso de cicatrización, además, se han añadido componentes adicionales T.I.M.E CDST que optimizan el manejo de las heridas, convirtiéndose en una herramienta consolidada.

1.8. Trabajo interdisciplinar y Atención Integrada

La dificultad de comunicación que existe entre los diferentes niveles asistenciales, el no tener establecido un canal formal, más allá de los informes de alta y que no siempre se realizan, que la dotación de recursos que se otorgan son mayores a nivel de Atención Especializada que en la Atención Primaria y Atención Intermedia, haciendo mimbar las actividades dirigidas a la prevención, educación sanitaria y promoción, dejan entrever que hay todavía mucho trabajo que hacer para unificar criterios, intervenciones y desarrollar la atención integrada de los pacientes con HC.

Resulta una prioridad para el Sistema de Salud en Cataluña, dada la elevada cronicidad, establecer un proceso de transformación. Por este motivo, en el marco del nuevo *Pla de Salut de Catalunya 2021-2025*, se proponen promover políticas de participación de la

ciudadanía a partir de sus experiencias y expectativas con los servicios de salud, y así, seguir avanzando en el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)²⁰.

Los ciudadanos y los profesionales son los actores clave para dicha transformación del sistema, lo que nos ha de conducir una disminución de la fragmentación en la atención²⁰.

Dentro del *Pla de Salut de Catalunya 2021-2025*, el Eje 7. Hace referencia a las diferentes líneas estratégicas para dar una respuesta efectiva a los problemas de salud, para ello, proponer la creación de redes territoriales integradas para garantizar una mejora en la accesibilidad y resolución de problemas, donde los profesionales tengan un mayor liderazgo y habilidades de gestión, apostando por las alianzas y el trabajo colaborativo.

Algunas de las acciones principales que proponen son:

- Elaborar y actualizar el Mapa sanitario, socio sanitario, de Salud Pública e Investigación.
- Reactivar y actualizar las Rutas asistenciales (en el ámbito que nos per toca, la Ruta Asistencial de la Cronicidad)
- Promover la elaboración de vías clínicas integradas entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

Stern A. et al, en un estudio que llevaron a cabo en Ontario, Canadá²¹ de tipo mixto (ensayo clínico aleatorizado, etnográfico, observacional, entrevistas y evaluación económica) para conocer si la incorporación de un equipo multidisciplinar con enfermeras de práctica avanzada, expertas en el manejo de heridas, como consultoras a través de telemedicina, se explicaban diferencias en cuanto a la reducción del área de superficie de las úlceras por presión, el tiempo hasta la cicatrización, la probabilidad de cicatrización, incidencia de úlceras por presión, prevalencia de úlceras por presión, dolor de heridas, hospitalización, visitas a urgencias, utilidad y costo.

La intervención consistía en la visita de las EPA a diferentes centros de larga estancia "*Long Term Care*", y una formación sobre prevención y tratamiento de las LPP para el grupo experimental y sin la intervención del equipo multidisciplinar experto en el grupo control, y se concluyó que no existían diferencias significativas en cuanto a la variable independientes, ni beneficios significativos para las variables dependientes, excepto que fueron rentables a nivel coste beneficio, pero no para el tratamiento de las LPP.

Aunque cada vez más se objetiva como necesario un modelo organizativo para la atención de personas con HC, en España, no existen muchos datos sobre las unidades especializadas en HC²². González de la Torre H, et al. en 2017, censaron por primera vez en España, mediante un estudio transversal, el número de unidades de HC existentes, obteniéndose un total de 42 unidades en todo el territorio español, cifra que no permite una comparación pues fueron los primeros datos obtenidos. Lo que si se constata es que la mayor parte de estas unidades (76,2%) se localizaban en hospitales y organizaciones sanitarias integradas, como también se referenció que muchos servicios, centros o unidades que dedicaban sus recursos y profesionales al cuidado de HC, al no ser unidades formalizadas legalmente, quedaron excluidas de la muestra.

1.9. Registros de enfermería

Tarruella-Farré, M. define un registro como el instrumento más relevante para la recolección de información y facilitar el intercambio de la misma entre organizaciones de la salud, así como un elemento un elemento imprescindible para avalar la continuidad y gestión de los cuidados, ofreciendo con dichos registros, la prueba más veraz de la calidad de los cuidados ofrecidos²³.

Patricia A. Potter et al. en el libro *Fundamentals of Nursing*, y desde el punto de vista teórico, afirman que los registros de enfermería de calidad favorecen una atención individualizada, mejorando así la eficiencia de la atención proporcionada, siempre y cuando dichos registros se caractericen por ser objetivos, precisos, con información fidedigna, actuales, organizados y compartidos entre el equipo de salud²⁴.

Desde la incorporación del profesional de enfermería se consolidó en el equipo de salud y con el rol autónomo que desempeña, se hizo necesario disponer de registros de enfermería propios que forman parte del expediente clínico del paciente.

Los registros de enfermería²⁵ nacen de la mano de Florence Nightingale como una herramienta de enfermería para la atención de los pacientes, inicialmente conocida como *dosier de enfermería*, que inicialmente recogía la cumplimentación de las órdenes médicas. Posteriormente Virginia Henderson promovió la incorporación de los planes de cuidado con el objetivo de comunicar la información relativa a la persona. Dichos registros han ido evolucionando para convertirse en un elemento indispensable para el desarrollo del ejercicio de la profesión, abarcando así las finalidades de los mismos: sistematización

de los cuidados, elaboración de indicadores de calidad, docencia e investigación y la trascendencia legal de los cuales se deriva.

En el expediente o historia clínica de la persona, los registros utilizados deben cumplir con un lenguaje común para la elaboración del plan de cuidados y así mejorar la continuidad asistencial en beneficio del paciente.

Por lo tanto, los registros que se utilizan en la profesión enfermera son muy necesarios para adecuar cualquier proceso de enfermería, desde la valoración a la evaluación.

En un estudio sobre el registro del rol autónomo, llevado a cabo en Cataluña²⁶, concretamente en hospitales desde primer a tercer nivel y tanto del ámbito comarcal como urbano, los resultados que se obtuvieron de los diferentes hospitales, explicaba que aproximadamente el 60 % de los profesionales conseguían reflejar mediante el uso de los registros, la formulación de las etapas del proceso enfermero, y que la media de actividades realizadas frente a las actividades registradas era superior. Dicha media era más homogénea en un hospital privado concertado de tercer nivel, probablemente por una mejor accesibilidad a las tecnologías y recursos.

Del mismo estudio se concluyó una futura línea de investigación, para justificar el objetivo del registro de enfermería entendido desde el rol autónomo, pudiendo identificar las causas que facilitan o dificultan la cumplimentación de dichos registros.

Coincidiendo con dicha línea de investigación, resulta muy necesario conocer qué barreras nos encontramos los profesionales de enfermería para mejorar la cumplimentación de los registros, pues por todos es sabido que la atención directa al paciente mimba cuando hay que compaginarla con el proceso documental, que como hemos podido comprobar resulta muy necesario, y por ello se debe hacer uso de registros de fácil accesibilidad, cumplimentación y posterior evaluación, mejorando así la gestión de los cuidados relativos al paciente, por ello es imprescindible que los profesionales de enfermería tengamos presente el compromiso profesional, institucional y personal, con nuestra participación e implicación, siendo éste uno de los objetivos de las competencias enfermeras²⁶.

Como en cualquier proceso enfermero, en el ámbito de las HC la valoración es la primera etapa para posteriormente monitorizar las actividades relacionadas, dejando toda la evaluación plasmada en un registro de enfermería, siendo el testigo de toda la información relativa al paciente y heridas²⁶.

El registro de una herida puede darse simultáneamente a nivel escrito y fotográfico, recogiendo siempre la valoración, los cambios que se van sucediendo y las intervenciones que se realizan. Partiendo de una primera valoración y registro, nos permitirá futuras comparaciones con los seguimientos posteriores durante todo el proceso evolutivo de la herida, por ello los registros de enfermería contienen observaciones, valoraciones, intervenciones, evolución e información relativa al paciente, por lo que son de gran importancia como documento legal, ayudan en la toma de decisiones y fomentan la coordinación entre miembros del equipo¹⁰. El registro manual o electrónico resulta fundamental para la valoración completa de una herida, documentando de manera precisa, legible y lo más estandarizada posible en el transcurso desde el ingreso del paciente, en cada cambio de apósito, ante cualquier cambio significativo de la herida y cuando el paciente sea dado de alta y/o la herida se encuentre cicatrizada, dejando constancia siempre de la fecha y del profesional que ha realizado la evaluación.

Samaniego-Ruiz M.J et al, en una revisión integrativa realizada en 2018 sobre la valoración de las heridas crónicas en el adulto, reflejó que la valoración y monitorización de la evolución de las HC son claves para el manejo adecuado de las mismas, debiendo tener en cuenta las características de la herida, y la globalidad del paciente y su entorno¹⁸, siendo el primer paso identificar la etiología, la monitorización continua y mantener los registros informatizados de las evaluaciones sistemáticas¹². La dificultad radica en la falta de estándares sobre la cantidad de información que un registro debe incluir, así como un documento oficial que se haya identificado como el más efectivo para realizar una monitorización, afirmando que los formatos de registros que son ágiles y fáciles de completar tienden a ser usados con mayor regularidad.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Estudiar las características de pacientes con HCC que ingresan en las unidades asistenciales del Hospital Sant Andreu (Sant Andreu Salut Fundació), centro de atención intermedia, durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2021.

2.2 Objetivos secundarios

- Conocer las características generales de los registros que se realizan para la valoración inicial, seguimientos y monitorización de las heridas por parte del profesional de enfermería
 - Conocer las variables relacionadas con el paciente (salud del paciente, sociodemográficas y procedencia)
 - Conocer el tiempo de cicatrización de las HC durante el ingreso hospitalario
 - Conocer las características de las HC

3. METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. A continuación para desarrollar el método de estudio, se adjunta el artículo trabajado que se presentará como publicación científica en la revista Enfermería Clínica.

El registro de las heridas crónicas y de cicatrización compleja en un centro de atención intermedia. ¿Una asignatura pendiente?

Bergillos C^{a,*}, Pesarrodonna M^b, Cabrera E^c

^{a-b} Hospital Sant Andreu de Manresa, Barcelona, España

^c TecnoCampus. Universitat Pompeu Fabra. Grupo de Investigación en Atención a la Cronicidad e Innovación en Salud (GRACIS)

RESUMEN

Introducción y objetivos: Las heridas crónicas (HC) suponen un problema al mismo tiempo que un reto para los profesionales y los sistemas sanitarios. El objetivo de estudio fue conocer las características de los pacientes con HC, que ingresan en un centro de atención intermedia de salud, los registros utilizado para la valoración inicial, seguimiento y monitorización de las heridas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal realizado en un hospital comarcal en el año 2021.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 114 pacientes, con una media de edad de 83,1 años. El 65,5 % procedía del hospital de agudos, el 33,3 % del domicilio y el 0,9% de residencias asistidas. El diagnóstico principal fueron patologías relacionadas con el sistema tegumentario (24,6%) seguidos del sistema nervioso (21,1%), cardiovasculares (21,3%) y endocrino metabólicas (19,1%). La etiología de las HC fue: lesiones por presión (LPP) 40,6%; úlceras de extremidad inferior 18,2%; heridas por desgarro 31,0%; por fricción 7,0%; por humedad 1,6%; neoplásicas 1,1% y quemaduras 0,5%. Un 93,9% de las HC tuvieron una valoración inicial con una frecuencia de seguimiento quincenal de 28,9% y un 26,3 % no tuvieron seguimiento. De las 187 HC estudiadas, se cicatrizaron un total de 50, con una media de 26,2 días.

Conclusiones: Las HC continúan teniendo una alta prevalencia. No se utilizan de manera sistemática registros estandarizados que permitan realizar un adecuado seguimiento de las HC. Sería recomendable fomentar el uso de guías de práctica clínica.

Palabras clave: herida crónica, registros, valoración, seguimiento, enfermería

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Chronic wounds (CW) are a problem as well as a challenge for professionals and healthcare systems. The objective of the study was to know the characteristics of patients with HC, who are admitted to an intermediate health care center, the records used for the initial assessment, follow-up and monitoring of wounds.

Method: Cross-sectional descriptive observational study carried out in a regional hospital in 2021

Results: A sample of 114 patients was obtained, with a mean age of 83.1 years. 65.5% came from the acute care hospital, 33.3% from home and 0.9% from assisted residences. The main diagnosis was pathologies related to the integumentary system (24.6%) followed by the nervous system (21.1%), cardiovascular (21.3%) and endocrine-metabolic (19.1%). The etiology of the HC was: pressure injuries (LPP) 40.6%; lower extremity ulcers 18.2%; tearing wounds 31.0%; by friction 7.0%; by humidity 1.6%; neoplastic 1.1% and burns 0.5%. 93.9% of the CHs had an initial assessment with a biweekly follow-up frequency of 28.9% and 26.3% had no follow-up. Of the 187 HC studied, a total of 50 healed, with a mean of 26.2 days.

Conclusions: CWs continues to have a high prevalence. Standardized registries are not used systematically to allow adequate follow-up of CWs. It would be recommendable to promote the use of clinical practice guidelines.

Keywords: chronic wound, records, assessment and nursing follow-up

INTRODUCCIÓN

Una herida crónica (HC) se define como aquella herida que sufre una alteración en algunas de las fases del proceso de cicatrización, sobretodo en la fase inflamatoria y fase de proliferación porque los tiempos se ven alargados ¹. Por otro lado, una herida de cicatrización compleja (HCC) se define como una lesión que su cicatrización se ve prolongada o en algunos casos no llega a producirse nunca. Por este motivo una valoración global de todos los factores que afectan no sólo a la herida sino al paciente, nos ayudan a determinar e identificar las heridas que pueden ser susceptibles de tener un retraso en la cicatrización. Por lo tanto es clave la identificación precoz del enlentecimiento de la cicatrización y su gestión radica en intervenciones dirigidas a controlar y reducir todos los factores que obstaculizan la cicatrización².

Entre los factores que influyen en el proceso de cicatrización, están las condiciones fisiopatológicas que deben tenerse en cuenta en el momento de la valoración, además de factores de riesgo como la edad, el nivel educativo, estado nutricional, capacidad funcional, alteraciones sensoriales, temperatura, humedad, deformidades, morbilidad de patologías como la diabetes, neuropatías o enfermedades vasculares²

Las HC más prevalentes son las lesiones por presión (LPP) y las úlceras de extremidad inferior, y todas las incluidas dentro del grupo de lesiones relacionadas con la dependencia (LRCD). En el 5º Estudio Nacional de Prevalencia del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)³ es donde se incorpora el nuevo modelo teórico de dichas lesiones. En el primer estudio nacional ⁴, la prevalencia media fue del 8,25 %, y en el último estudio⁴, la prevalencia total fue del 8,7 %.

El gasto e impacto económico y de los recursos humanos empleados para la gestión de las HC, aumenta en función de la categoría o grado de la herida⁵, puesto que a mayor grado, se ve aumentado el riesgo de padecer complicaciones, alargando tiempos de cicatrización, estancias hospitalarias, y el tiempo de dedicación de los profesionales de enfermería. El coste total de LPP en España está cerca del 5% del gasto sanitario anual ⁶, y en Europa puede llegar a ser de entre el 2% y el 4%. Al margen del impacto económico, las HC afectan en la calidad de vida percibida por los pacientes que las padecen, y es por ello que el diagnóstico precoz, la prevención de posibles comorbilidades y el tratamiento aplicado resultan imperativos⁷.

La valoración y monitorización de la evolución de las HC son claves para el manejo adecuado de las mismas, debiendo tener en cuenta las características de la herida, y la globalidad del paciente y su entorno⁸, siendo el primer paso identificar la etiología, la monitorización continua y mantener los registros informatizados de las evaluaciones sistemáticas. Los registros de enfermería contienen observaciones, valoraciones, intervenciones, evolución e información relativa al paciente, por lo que son de gran importancia como documento legal, ayudan en la toma de decisiones y fomentan la coordinación entre miembros del equipo⁹. El registro manual o electrónico resulta fundamental para la valoración completa de una herida, documentando de manera precisa, legible y lo más estandarizada posible en el transcurso desde el ingreso del paciente, en cada cambio de apósito, ante cualquier cambio significativo de la herida y cuando el paciente sea dado de alta¹⁰. La dificultad radica en la falta de estándares sobre la cantidad de información que un registro debe incluir, así como un documento oficial que se haya identificado como el más efectivo para realizar una monitorización, afirmando que los formatos de registros que son ágiles y fáciles de completar tienden a ser usados con mayor regularidad.

Por tanto, el objetivo general del presente estudio fue conocer las características de los pacientes con HC que ingresan en un centro de atención intermedia de salud, los registros utilizados para la valoración inicial, seguimiento y monitorización de las heridas, las variables relacionadas con el paciente, su procedencia, del proceso de cicatrización y las características de las HC.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio

La población de estudio fueron todas las personas que ingresaron durante el año 2021 en las diferentes unidades asistenciales del Hospital Sant Andreu de Manresa, y que en el momento del ingreso presentaban algún tipo de HC.

El Hospital Sant Andreu es un centro referente de la Atención Intermedia de Salud y especialización en geriatría en el territorio. Está situado en Manresa, la comarca del Bages y ofrece servicios de hospitalización de convalecencia, larga estancia, curas paliativas,

psicogeriatría y subagudos. Servicio de cuidados domiciliarios, UFISS, PADES, Unidades Ambulatorias y Hospital de Día.

Criterios de inclusión

Personas que presentaran HC con las siguientes características: Lesiones relacionadas con la dependencia, úlceras de extremidad inferior, quemaduras y lesiones neoplásicas y su estadio de gravedad fuera superior a Grado II.

Criterios de exclusión

- 1) Personas que presentaron HC de grado inferior a Grado II
- 2) Personas que presentaron HC que se desarrollaron después del ingreso
- 3) Personas cuya estancia hospitalaria fue inferior a 16 días

Recogida de datos

La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de marzo y mayo de 2023

Los datos de la población de estudio fueron extraídos a partir de la Historia Clínica de Salud de las personas ingresadas, mediante el aplicativo informático que el centro de estudio utilizaba, QBED, se trata de un software para la gestión integral de centros sanitarios y socio sanitarios, integrando la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3), Receta Electrónica (SIRE), Integrador de Servicios de Salud (IS3), CMBD-RSS, y que cumple con los estándares del CatSalut.

Variables de estudio

Se recogieron variables a) sociodemográficas (edad, sexo, núcleo de convivencia, ámbito de procedencia y diagnóstico principal según la clasificación *CIM-10*, donde se policotomizaron según fueran patologías del sistema respiratorio, circulatorio, endocrino metabólico, digestivo, músculo esquelético, tegumentario, del sistema nervioso, genitourinario, procesos infecciosos, neoplásicos y hematológicos), b) relacionadas con el paciente (estado nutricional según la *Escala Braden* para la valoración del riesgo de padecer lesiones por presión, el grado de dependencia para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria según el *Índice de Barthel*, incontinencia mediante la valoración enfermera por necesidades y patologías asociadas, donde se utilizaron los mismos criterios de clasificación que el diagnóstico principal), c) relacionadas con la herida (número de heridas, localización, etiología, categoría o grado y cicatrización, cuyos

datos se extrajeron del curso clínico de enfermería donde se anotaba la valoración inicial de las HC), d) relacionadas con el registro según las anotaciones de los profesionales de enfermería en el curso clínico de cada sujeto

Análisis de datos

Todos los datos fueron introducidos a una base de datos en formato electrónico para su posterior análisis estadístico, que se realizó con el paquete estadístico *Jamovi*, V2.3. El análisis descriptivo se presenta mediante la media para las variables cuantitativas, y las variables cualitativas se presentan por frecuencias. Se fijó el valor del coeficiente estadístico en un p-valor < 0,05 y con un intervalo de confianza del 95 %.

Consideraciones éticas

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals (código CEI23/12), y siguiendo las recomendaciones nacionales de conformidad a la Ley 14/2007, del 3 de Julio, de Investigación Biomédica, atendiendo a los principios de la integridad, protección de la dignidad e identidad de las personas.

La base de datos que se generó, se trató como datos anonimizados y sólo el autor principal tenía acceso a una base de datos pseudoanonimizada con un código asignado a cada sujeto de estudio.

RESULTADOS

Durante el año de estudio que comprendía del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2021, hubo un total de 1.957 ingresos en las unidades asistenciales de convalecencia, larga estancia, cuidados paliativos, psicogeriatría y subagudos.

Se encontraron 1270 entradas por lesiones de la piel, en los planes de cuidados de enfermería, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 114 pacientes.

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

De los 114 pacientes identificados, 46 fueron hombres (40,4%) y 68 mujeres (59,6%), con una media de edad de 83,1 años (DE +/- 9.85), con valores máximos de 99 y mínimos de 44 años.

Los diagnósticos principales de ingreso fueron por problemas tegumentarios (24,6%), seguidos de patologías de sistema nervioso (21,1%). Un 86% presentaba algún tipo de incontinencia. Respecto al grado de dependencia, no se hallaron pacientes autónomos y con dependencia leve, y el 91,2% padecían dependencia severa y total.

El núcleo de convivencia mayoritario fue de 37 (32,5%) para los que vivían con el cónyuge, de 32 (28,1%) que vivían con hijo/a, 21 (18,4%) vivían solos y de 14 (12,3%) que vivían institucionalizados en residencias. (Tabla 1)

La procedencia de los pacientes que ingresaban, el 65,8% lo hacían desde el hospital de agudos, un 33,3% del domicilio (derivados por atención primaria) y un 0,9% de residencias asistidas.

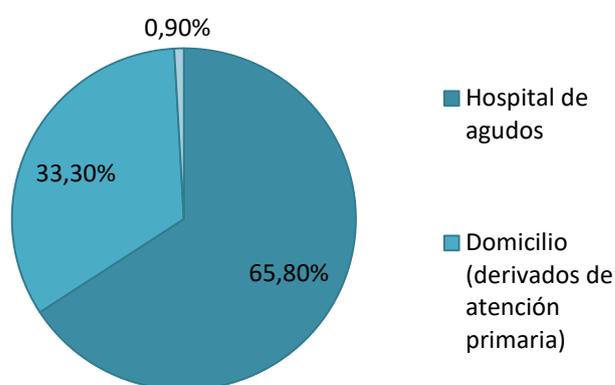


Tabla 1. Procedencia de los pacientes al ingreso

Características de las heridas

Los resultados obtenidos en relación a las heridas agrupan información sobre el número de HCC que presenta cada sujeto, localización, grado de severidad y etiología, hallando una media de 1,64 HCC, con una (DE +/- 0.997) y con valores máximos de 5 y mínimos de 1.

El 57,2% fueron lesiones de grado II, 20,9% de grado III y el 6,4% de grado IV, el 15,5% restante eran heridas sin categorizar.

Las localizaciones de las HCC se policotomizaron por áreas, siendo 107 en extremidades inferiores (57,2%), 44 en zona lumbar y sacra (23,5%) y 23 en extremidades superiores (12,3%).

La etiología de las heridas se clasificó por: causa vascular, arteriovenosa, neuropatías y neuroisquémicas, siendo un total de 34 (18,2%), 89 (47,6%) causadas por presión y un total de 58 (31%) causadas por desgarros y traumatismos.

Características del proceso de cicatrización

Los resultados obtenidos sobre las variables relacionadas con el proceso de cicatrización se muestran en la tabla 2. Sobre una muestra total de HCC (n= 187), de las cuales, según el registro de los profesionales de enfermería, cicatrizaron 50 HC, con una media de 26,2 días, una DE 23.6 y valores mínimos de 3 y máximos de 141 días. El resto de HC (n=137) fueron heridas que según el registro de enfermería fueron dados de alta sin cicatrizar las lesiones (n=83, 60,6%) y heridas donde no constaba ninguna información relativa al proceso de cicatrización (n=54, 39,4%). (Tabla 2).

Características de los registros

El 93,9% de los sujetos tenía una valoración inicial de las heridas al ingreso, siendo 1,83 días la media que los profesionales registraban las características de las lesiones. La periodicidad de los registros de seguimiento fue en mayor medida quincenal (28,9%) y cada 72 horas (25,4%), y un 26,3% de las heridas no presentaba ningún seguimiento por parte de enfermería.

La valoración detallada que realizaron los profesionales de enfermería sobre las características de las heridas, se dicotomizó como SI/NO para cada una de las categorías. (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Con el presente estudio, se pretende conocer y analizar cuáles son las características de los pacientes que ingresan en un centro de atención intermedia de salud, que presentan algún tipo de herida crónica, pero al mismo tiempo analizar los registros que realizan los profesionales de enfermería en un centro de atención intermedia.

Ante una muestra de pacientes con una media de edad elevada, de 83 años y que con mucha probabilidad nos referimos a una muestra que presenta una asociación de varias patologías crónicas y otros factores concomitantes propios del envejecimiento, que hacen

más probable la aparición de complicaciones que aumentan el grado de morbi-mortalidad de los pacientes.

El diagnóstico principal que ocasiona el ingreso de la muestra, se encuentra principalmente relacionados con problemas tegumentarios y las patologías asociadas, con la presencia frecuente de múltiples afecciones recurrentes. Entre éstas, destacan por su alta prevalencia las patologías cardiovasculares y endocrino –metabólicas. Estos hallazgos, guardan similitud con los resultados obtenidos en un estudio previo llevado a cabo en unidades de rehabilitación funcional²⁸. Estudios de características similares¹⁰, concluyeron que las úlceras de extremidad inferior y las LPP fueron las más prevalentes, así como que afectaban en mayor proporción a las mujeres y con una media de edad de 72 y 74 años, por lo que se podrían implementar programas preventivos entre los grupos poblacionales con dichas características.

Una de las limitaciones del estudio ha sido no disponer de datos recogidos por instrumentos validados, es el caso del estado nutricional donde los resultados se han obtenido a partir de la dimensión nutricional de la escala Braden. Este factor puede reflejar datos subjetivos y poco concluyentes. En lo que respecta al índice de dependencia funcional, se observan proporciones significativamente más altas de pacientes con una dependencia severa y total en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, tal como indica el índice de Barthel. Además, se identifica la presencia de incontinencia, un factor adicional de riesgo vinculado a la aparición de LPP, especialmente en aquellas que se clasifican como lesiones relacionadas con la dependencia (LRCD)⁴.

Las lesiones por presión son las de mayor prevalencia (40.2%), seguidas de las lesiones por heridas de extremidad inferior (18.2%), por fricción (7%) y lesiones por humedad (1.6%) similares al 5º estudio nacional de prevalencia³, donde se recogen datos sobre la prevalencia de los diferentes tipos de lesiones relacionadas con la dependencia. El 31% de las heridas fueron las llamadas heridas por desgarro. Observando un elevado número de éste tipo de heridas, podríamos pensar que nos encontramos ante unas heridas que habría que seguir explorando por su magnitud y dimensión, identificando los factores y mecanismos que las producen, pues en nuestro país no se dispone de suficientes datos, pero en diferentes estudios observacionales entre el 50 y el 75 % de estas heridas se hallaban en el tercio inferior de brazos y piernas¹⁶⁻²⁰ explicando que en nuestro estudio exista un número elevado de heridas situadas en extremidades inferiores y superiores.

Otra limitación del estudio, ha sido extraer el verdadero grado de severidad de las heridas, puesto que en el centro de estudio, todas las lesiones, indistintamente de la causa que las origina, se categorizan bajo la misma clasificación (clasificación para las lesiones por presión) existiendo en la práctica clínica y con evidencia científica clasificaciones específicas para los diferentes tipos de heridas¹⁷ obteniendo así resultados no concluyentes en cuanto al grado de severidad.

Los resultados de nuestro estudio, muestran que para que la valoración de los pacientes con algún tipo de HC sea la adecuada, resulta clave tener en cuenta varios factores asociados, además de la presencia de lesión. Al realizar una valoración de la persona que presenta algún tipo de HC, se hace necesario hacerla de forma exhaustiva, con el fin de obtener información que sea lo más completa y detallada acerca del paciente y de la herida ¹⁰, dejando constancia mediante el registro de enfermería del testimonio documental de las intervenciones llevadas a cabo por enfermería.

En un alto porcentaje de pacientes se halló una valoración inicial de las HC con una media inferior a 2 días que transcurren desde el ingreso hasta dicha valoración, evidenciando que la valoración inicial es una intervención fuertemente implementada por los profesionales de enfermería del centro. Sin embargo, no existe un protocolo de actuación consensuado o el uso de alguna guía de práctica clínica, podríamos concluir que en ello radica la variabilidad en cuanto a la periodicidad de los seguimientos, pues existen seguimientos cada 3 días (25.4%) con aproximadamente la misma frecuencia que los seguimientos quincenales (28.9%) y con la frecuencia de las HC de las cuales no existe un seguimiento clínico (26.3%), y que según la Guía de Práctica Clínica que recomienda la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)²⁹, quincenalmente sería el periodo recomendable para evaluar el proceso de cicatrización, incluso reducirlo a semanalmente ayudaría a los profesionales a detectar posibles complicaciones y adecuar mejor los tratamientos.

Diferentes factores nos pueden ayudar a predecir u orientar sobre los problemas que aparecen en el proceso de cicatrización, teniendo presente los relacionados con el paciente, los de la herida, con los recursos, el tratamiento y los relacionados con los profesionales, en cuanto a habilidades y conocimientos¹⁸. Según los resultados obtenidos del proceso de cicatrización de las HC, las que no cicatrizaron durante el ingreso es el doble de las que lo hicieron, pero el porcentaje alarmante deriva en las heridas en las que no consta información alguna acerca de su cicatrización, explicando la posible relación de

los datos con la capacidad de valoración de los profesionales en cuanto al tamaño y antigüedad de las HC, que son los factores predictivos más importantes para la cicatrización de las heridas¹⁹, y en nuestro estudio respecto a la senectud de la herida, no llegó al 1% de la muestra, pudiendo predecir la necesidad de disponer de la figura de una enfermera de práctica avanzada, especializada en HC, como eje para la coordinación entre niveles y como formadora de profesionales del mismo centro.

Conclusiones

1. La localización y etiología de las heridas es similar a la de otros estudios descriptivos de Atención Primaria y Hospitalización
2. El manejo de los pacientes y sus heridas precisa de una valoración desde un enfoque holístico teniendo en cuenta los factores que influyen en el proceso de cicatrización como el tamaño y senectud de las heridas, factores de riesgo como el estado nutricional, la presencia de incontinencia o el grado de dependencia funcional, la valoración propia de las heridas y aspectos psicosociales como el núcleo de convivencia
3. No se utiliza un registro estandarizado de las características a tener en cuenta en la valoración inicial, de seguimiento y frecuencia de la monitorización.
4. Se muestran hallazgos de una alta prevalencia de heridas por desgarro y traumatismos, por lo que se plantean futuros estudios dirigidos a explorar los factores relacionados e intervenciones preventivas con la aparición de dichas lesiones
5. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de trabajar bajo guías de práctica clínica con la finalidad de reducir la variabilidad en el manejo de HC bajo la mayor evidencia científica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bielsa – Marsol, I. Proceso de cicatrización de las heridas. (2006). (Piel.;21 (4):207-1)
2. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd, 2008.

3. Pancorbo-Hidalgo, P.L., García-Fernández. FP., Pérez-López, C., Soldevilla-Agreda, J.J. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. Gerokomos. (2019). (Vol 30, pp 76-86)
4. Torra i Bou, J.E.; Rueda-López, J.; Soldevilla-Agreda, J.J.; Martínez-Cuervo, F.; Verdú- Soriano, J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España. GNEAUPP. (2001)
5. Ramos-Sánchez, J.A. Coste de enfermedad de las úlceras por presión en el contexto socio sanitario. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería Escuela de Doctorado e Investigación. Universidad Europea de Madrid. (2017).
6. Soldevilla-Agreda, J.J., Torra i Bou, J.E., Verdú-Soriano, J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España. GNEAUPP. (2005-2006).
7. Bowers S, Franco E. Chronic wounds: Evaluation and management. Am Fam Physician. 2020; 101(3):159–66.
8. Samaniego-Ruiz M-J, Llatas FP, Jiménez OS. Valoración de las heridas crónicas en el adulto: una revisión integrativa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018;52(0). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016050903315>
9. Domic E. Importancia de los registros de enfermería. Medwave [Internet]. 2004;4(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2004.04.2793>
10. López Alayeto Cristina, Alexandre Lozano Sandra, Gimeno Pi Irida, Marquilles Bonet Carme, Bernis Domenech Mercè. Prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria de la provincia de Lleida en 2022. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 2023 Ago 14] ; 34(2): 134-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000200009&lng=es. Epub 24-Jul-2023.
11. Díaz-Herrera MÁ, Martínez-Riera JR, Verdú-Soriano J, Capillas-Pérez RM, Pont-García C, Tenllado-Pérez S, et al. Multicentre study of chronic wounds point prevalence in primary health care in the southern metropolitan area of Barcelona. J Clin Med [Internet]. 2021;10(4):797. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10040797>
12. Paniagua Asensio, M.L. Efectos de una intervención formativa a profesionales de enfermería de un hospital de agudos sobre las diferentes lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Tesis Doctoral. Universitat Rovira i Virgili. (2022)
13. Corrales Pérez JM, Águila Pollo M del C, Vázquez Aguilera M, Jayne Grantham S, Ramos Sánchez A, Fernandes Ribeiro AS. Repercusión de las heridas crónicas en las

- unidades de rehabilitación funcional. Gerokomos [Internet]. 2015;26(3):109–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2015000300008>
14. Chiquero Valenzuela, S., Rodríguez Palma, M., García Fernández, F. P., & López Franco, M. D. (2023). Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Gerokomos, 34(1).
 15. Soldevilla Agreda, J. J., García-Fernández, F. P., Rodríguez Palma, M., Torra i Bou, J. E., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2017. Gerokomos, 30(4), 192-199.
 16. Welsh L. Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: a semi-systematic literature review. Int Wound J [Internet]. 2018;15(1):53–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12822>
 17. Restrepo Medrano, J. C. (2016). ¿ Cómo valorar una herida crónica? Lo que debe saber el profesional de la salud.
 18. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beeckman D. Best practice recommendations for prevention and management of skin tears in aged skin: An overview: An overview. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2018;45(6):540–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000481>
 19. [National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and plan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler \(Ed.\). Cambridge Media, Perth, Australia; 2014. Versión Española.](#)

4. DISCUSIÓN

Con el presente estudio, se pretende conocer y analizar cuáles son las de los pacientes que ingresan en un centro de atención intermedia de salud, que presentan algún tipo de herida crónica, pero al mismo tiempo analizar los registros que realizan los profesionales de enfermería en un centro de atención intermedia.

Ante una muestra de pacientes con una media de edad elevada, de 83 años y que con mucha probabilidad nos referimos a una muestra que presenta una asociación de varias patologías crónicas y otros factores concomitantes propios del envejecimiento, que hacen más probable la aparición de complicaciones que aumentan el grado de morbilidad y mortalidad de los pacientes.

El diagnóstico principal que ocasiona el ingreso de la muestra, se encuentra principalmente relacionados con problemas tegumentarios y las patologías asociadas, con la presencia frecuente de múltiples afecciones recurrentes. Entre éstas, destacan por su alta prevalencia las patologías cardiovasculares y endocrino –metabólicas. Estos hallazgos, guardan similitud con los resultados obtenidos en un estudio previo llevado a cabo en unidades de rehabilitación funcional²⁴. Estudios de características similares²⁻²⁵, concluyeron que las úlceras de extremidad inferior y las LPP fueron las más prevalentes, así como que afectaban en mayor proporción a las mujeres y con una media de edad de 72 y 74 años, por lo que se podrían implementar programas preventivos entre los grupos poblacionales con dichas características.

Una de las limitaciones del estudio ha sido no disponer de datos recogidos por instrumentos validados, es el caso del estado nutricional donde los resultados se han obtenido a partir de la dimensión nutricional de la escala Braden. Este factor puede reflejar datos subjetivos y poco concluyentes. En lo que respecta al índice de dependencia funcional, se observan proporciones significativamente más altas de pacientes con una dependencia severa y total en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, tal como indica el índice de Barthel. Además, se identifica la presencia de incontinencia, un factor adicional de riesgo vinculado a la aparición de LPP, especialmente en aquellas que se clasifican como lesiones relacionadas con la dependencia (LRCD)²⁶.

Las lesiones por presión son las de mayor prevalencia (40.2%), seguidas de las lesiones por heridas de extremidad inferior (18.2%), por fricción (7%) y lesiones por humedad (1.6%) similares al 5º estudio nacional de prevalencia³, donde se recogen datos sobre la

prevalencia de los diferentes tipos de lesiones relacionadas con la dependencia. El 31% de las heridas fueron las llamadas heridas por desgarramiento. Observando un elevado número de éste tipo de heridas, podríamos pensar que nos encontramos ante unas heridas que habría que seguir explorando por su magnitud y dimensión, identificando los factores y mecanismos que las producen, pues en nuestro país no se dispone de suficientes datos, pero en diferentes estudios observacionales entre el 50 y el 75 % de estas heridas se hallaban en el tercio inferior de brazos y piernas²⁹⁻³⁰ explicando que en nuestro estudio exista un número elevado de heridas situadas en extremidades inferiores y superiores.

Otra limitación del estudio, ha sido extraer el verdadero grado de severidad de las heridas, puesto que en el centro de estudio, todas las lesiones, indistintamente de la causa que las origina, se categorizan bajo la misma clasificación (clasificación para las lesiones por presión) existiendo en la práctica clínica y con evidencia científica clasificaciones específicas para los diferentes tipos de heridas³¹ obteniendo así resultados no concluyentes en cuanto al grado de severidad.

Los resultados de nuestro estudio, muestran que para que la valoración de los pacientes con algún tipo de HC sea la adecuada, resulta clave tener en cuenta varios factores asociados, además de la presencia de lesión. Al realizar una valoración de la persona que presenta algún tipo de HC, se hace necesario hacerla de forma exhaustiva, con el fin de obtener información que sea lo más completa y detallada acerca del paciente y de la herida³², dejando constancia mediante el registro de enfermería del testimonio documental de las intervenciones llevadas a cabo por enfermería.

En un alto porcentaje de pacientes se halló una valoración inicial de las HC con una media inferior a 2 días que transcurren desde el ingreso hasta dicha valoración, evidenciando que la valoración inicial es una intervención fuertemente implementada por los profesionales de enfermería del centro. Sin embargo, no existe un protocolo de actuación consensuado o el uso de alguna guía de práctica clínica, podríamos concluir que en ello radica la variabilidad en cuanto a la periodicidad de los seguimientos, pues existen seguimientos cada 3 días (25.4%) con aproximadamente la misma frecuencia que los seguimientos quincenales (28.9%) y con la frecuencia de las HC de las cuales no existe un seguimiento clínico (26.3%), y que según la Guía de Práctica Clínica que recomienda la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)²⁹, quincenalmente sería el periodo recomendable para evaluar el proceso de cicatrización, incluso reducirlo a semanalmente

ayudaría a los profesionales a detectar posibles complicaciones y adecuar mejor los tratamientos.

Diferentes factores nos pueden ayudar a predecir u orientar sobre los problemas que aparecen en el proceso de cicatrización, teniendo presente los relacionados con el paciente, los de la herida, con los recursos, el tratamiento y los relacionados con los profesionales, en cuanto a habilidades y conocimientos³¹. Según los resultados obtenidos del proceso de cicatrización de las HC, las que no cicatrizaron durante el ingreso es el doble de las que lo hicieron, pero el porcentaje alarmante deriva en las heridas en las que no consta información alguna acerca de su cicatrización, explicando la posible relación de los datos con la capacidad de valoración de los profesionales en cuanto al tamaño y antigüedad de las HC, que son los factores predictivos más importantes para la cicatrización de las heridas³³, y en nuestro estudio respecto a la senectud de la herida, no llegó al 1% de la muestra, pudiendo predecir la necesidad de disponer de la figura de una enfermera de práctica avanzada, especializada en HC, como eje para la coordinación entre niveles y como formadora de profesionales del mismo centro.

Según los resultados del estudio, podemos afirmar que existen algunos obstáculos para implementar el uso de guías o procesos, como la falta de motivación, de concienciación, de conocimientos, aspectos prácticos y la aceptación por parte de los profesionales²⁸. A su vez estas barreras nos ofrecen el reto de mejorar la prestación de cuidados, y nos podríamos enfocar en intervenciones dirigidas a superar dichos obstáculos, mediante acciones que pivotan en los profesionales, como mejorar la formación en heridas, establecer sistemas de revisión y actualización en base a la evidencia científica, habilidades de liderazgo para aumentar la confianza y la comunicación entre profesionales que intervienen en el proceso de herida y del paciente, materiales de apoyo con fotografías de referencia, casos prácticos interactivos, plataformas de consulta y otras herramientas en línea. Concluyendo los resultados obtenidos de nuestro estudio en relación a la variabilidad y la tendencia a la no cumplimentación de registros rigurosos, con una sistemática definida o incluso aspecto que no se tienen presentes en la valoración y seguimientos de las heridas, podríamos afirmar que las barreras mencionadas son una de las causas que contribuyen a dichos resultados.

Creemos que elaborar estrategias centradas en reducir la variabilidad, así como implantar directrices con el manejo de las HC, podrían resultar no solo una mejora de los cuidados y

atención al paciente con HC, sino también contribuir a mejorar la satisfacción de los profesionales, además de beneficiar un equilibrio coste eficiencia para la institución.

En cuanto a la conclusión de adaptar guías de práctica clínica basadas en la evidencia, también tenemos que tener presente que la multiplicidad de herramientas que existen para la evaluación de las heridas²⁸ que radica en la falta de consenso de los factores que deben incluir las valoraciones, hay que añadir que los conocimientos y la comprensión que tenemos del proceso de cicatrización van cambiando a lo largo del tiempo, por lo que estamos ante un abordaje que debe ser dinámico y adaptativo. Sumado el hecho que existan varias herramientas de evaluación específicas para los diferentes tipos de heridas, que frecuentemente son infrautilizadas, en parte por la falta de conocimientos y habilidades de los profesionales para hacer un uso correcto de dichas herramientas, todos ellos son factores que contribuyen a la variabilidad que explicamos acerca del manejo de las heridas.

4.1 Implicaciones para la práctica clínica

El motivo inicial al plantearme el actual estudio, fue porque el ámbito de las heridas me apasiona y en el que creo firmemente que los profesionales de enfermería tenemos, sino todo, mucho que aportar, dejando ver como en esa parcela las enfermeras podemos trabajar con un rol autónomo, haciendo más visible la práctica clínica.

Nacen ideas que deseo ejecutar, como propuestas de futuro en el centro de estudio. Primero debo enmarcar el escenario actual, cómo nos encontramos y hacia dónde podemos orientar las mejoras.

Dado que las características de la población de estudio son semejantes a otros estudios en el ámbito de la atención intermedia, sobre todo por la complejidad de las personas que presentan situaciones de cronicidad y que podemos afirmar que la cronicidad es la característica principal, con lo que ésta conlleva, es inevitable como profesionales desde el lado más proactivo, no tomar las riendas para evitar o al menos mimbar las consecuencias que se prolongan debido a las múltiples complicaciones que se asocian a cronicidad. Es por ello, que las lesiones o heridas en la piel, constituye un indicador de calidad de los servicios y atención que prestamos a las personas y por el cual debemos tomar las riendas para mejorar la calidad de vida percibida y los cuidados.

La enfermera tiene a su disposición una metodología de trabajo exhaustiva, donde el proceso enfermero nos permite hacer las intervenciones necesarias de forma ordenada, lógica y rigurosa. Disponemos de instrumentos de valoración que nos ayudan a acercarnos a etiquetar diagnósticos y a partir de ahí poder ejecutar una toma de decisiones y consolidar un plan de cuidados.

A menudo consideramos los registros como un mero trámite burocrático que nos resta tiempo de dedicación asistencial, y es una errata que sólo nos dificulta la consecución de los propósitos que los registros no ofrecen, y es por ello, que para mejorar la cumplimentación de los mismos, es importante destacar la utilidad de dichos registros, intentando que la información que contienen los haga lo más sintéticos, esenciales, concisos, accesibles para evitar caer en la desidia de no realizarlos por obligación.

Por los datos que han resultado del estudio, puedo concluir que no existe metodología alguna en el abordaje de las heridas crónicas en el centro de estudio, por lo que se plantean algunas acciones que podrían ser propuestas de mejora en el futuro, para mejorar así la práctica clínica.

La primera acción a plantear sería la constitución de una comisión de lesiones cutáneas, dirigida por enfermeras expertas, existentes en el centro de trabajo, cuyos objetivos serían:

1. Consensuar el uso de una guía de práctica clínica
2. Diseñar un formulario de registro para la valoración inicial y la monitorización de las heridas, para estandarizar los conceptos que son necesarios y que debemos tener en cuenta, sea cual sea la causa que produce las heridas.
3. Organizar formaciones distintas formaciones, desde cursos integrados a píldoras formativas, para poder orientar al equipo de enfermería en el proceso de gestión de las heridas.
4. Ofrecer consultoría y asesoramiento en casos de difícil abordaje
5. Establecer unos indicadores de resultado que nos permitan fijar unos estándares y evolucionar en la mejora.

La segunda acción contemplada, sería diseñar una ruta de atención a la cronicidad en el territorio, para establecer un sistema de coordinación entre los profesionales de los

distintos niveles asistenciales, poniendo siempre en el eje central las necesidades de cada paciente, con la finalidad de mejorar la atención a la persona con heridas crónicas. Para ello, sería necesario disponer de las figuras de las enfermeras de práctica avanzada, con el objetivo de mejorar la comunicación y coordinación de la atención, bajo las competencias de una enfermera gestora.

Si conseguimos trabajar en red desde las instituciones sanitarias del territorio que abarca el ámbito de trabajo, podría suponer un cambio considerable que afectaría positivamente al paciente, a los cuidadores, a los equipos de enfermería y a las propias instituciones, para finalmente ofrecer calidad de cuidados y un manejo de los recursos de forma coste efectiva.

A partir de diseñar y ejecutar el trabajo en red y una ruta de atención a las personas con heridas crónicas, podríamos ampliar los recursos orientados hacia la comunidad, intentando trabajar desde una atención integral e integrada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

5. CONCLUSIONES

1. La localización y etiología de las heridas es similar a la de otros estudios descriptivos de Atención Primaria y Hospitalización
2. El manejo de los pacientes y sus heridas precisa de una valoración desde un enfoque holístico teniendo en cuenta los factores que influyen en el proceso de cicatrización como el tamaño y senectud de las heridas, factores de riesgo como el estado nutricional, la presencia de incontinencia o el grado de dependencia funcional, la valoración propia de las heridas y aspectos psicosociales como el núcleo de convivencia
3. No se utiliza un registro estandarizado de las características a tener en cuenta en la valoración inicial, de seguimiento y frecuencia de la monitorización.
4. Se muestran hallazgos de una alta prevalencia de heridas por desgarro y traumatismos, por lo que se plantean futuros estudios dirigidos a explorar los factores relacionados e intervenciones preventivas con la aparición de dichas lesiones
5. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de trabajar bajo guías de práctica clínica con la finalidad de reducir la variabilidad en el manejo de HC bajo la mayor evidencia científica.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida WA de, Ferreira AM, Ivo ML, Rigotti MA, Barcelos L da S, Viera da Silva ALN. Factors associated with quality of life of people with chronic complex wounds / Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2018;10(1):9–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.9-16>
2. Torra i Bou, J.E.; Rueda-López, J.; Soldevilla-Agreda, J.J.; Martínez-Cuervo, F.; Verdú- Soriano, J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España. GNEAUPP. (2001).
3. Pancorbo-Hidalgo, P.L., García-Fernández. FP., Pérez-López, C., Soldevilla-Agreda, J.J. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. (Gerokomos. Vol 30, pp 76-86)
4. García-Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdu-Soriano J, López Casanova P, Rodríguez-Palma M. Classification of dependence-related skin lesions: a new proposal. J Wound Care [Internet]. 2016;25(1):26, 28–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2016.25.1.26>
5. Karahan A, AAbbasoğlu A, Işık SA, Çevik B, Saltan Ç, Elbaş NÖ, et al. Factors affecting wound healing in individuals with pressure ulcers: A retrospective study. Ostomy Wound Manage. 2018;64(2):32–9.
6. Giesey RL, Mehrmal S, Uppal P, Delost G. Global Burden of skin and subcutaneous disease: A longitudinal analysis from the Global Burden of Disease Study from 1990-2017. SKIN J Cutan Med [Internet]. 2021;5(2):125–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25251/skin.5.2.7>
7. Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. Ann Epidemiol [Internet]. 2019;29:8–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>
8. Ramos-Sánchez, J.A. Coste de enfermedad de las úlceras por presión en el contexto socio sanitario. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería Escuela de Doctorado e Investigación. Universidad Europea de Madrid. (2017).
9. Soldevilla-Agreda, J.J., Torra i Bou, J.E., Verdú-Soriano, J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España. GNEAUPP. (2005-2006).

10. García-Díaz, F.J., Muñoz –Conde, M., Cabello- Jaime, R. Comparación entre el coste y el cierre de heridas en una unidad de gestión clínica que incluye una enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas. (Gerokomos. Vol 32, pp 193-198).(2021)
11. Bowers S, Franco E. Chronic wounds: Evaluation and management. Am Fam Physician. 2020;101(3):159–66.
12. Järbrink K, Ni G, Sönnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: a protocol for a systematic review. Syst Rev [Internet]. 2017;6(1):15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0400-8>
13. Díaz-Herrera MÁ, Martínez-Riera JR, Verdú-Soriano J, Capillas-Pérez RM, Pont-García C, Tenllado-Pérez S, et al. Multicentre study of chronic wounds point prevalence in primary health care in the southern metropolitan area of Barcelona. J Clin Med [Internet]. 2021;10(4):797. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10040797>
14. Christian Salem Z, Juan Antonio Pérez P, Enrique Henning L, Fernando Uherek P, Carlos Schultz O, Internos Jean Michel Butte B y Patricio González F. (2000). Heridas. Conceptos generales. (Cuadernos de Cirugía.; Vol: 14, pp: 90-99)
15. Bielsa – Marsol, I. (2006). Proceso de cicatrización de las heridas. (Piel.;21 (4):207-1)
16. Vowden P.; Apelqvist J.; Moffatt. C.; Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. European Wound Management Association (EWMA) (2008).
17. Roca-Biosca A, García-Fernández FP, Chacón-Garcés S, Rubio-Rico L, Molina-Fernández MI de, Anguera-Saperas L, et al. Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. Gerokomos [Internet]. 2015;26(2):58–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2015000200004>
18. Samaniego-Ruiz, M. J., Llatas, F. P., & Jiménez, O. S. (2018). Assessment of chronic wounds in adults: an integrative review. Valoración de las heridas crónicas en el adulto: una revisión integrativa. (Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 52, e03315). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016050903315>
19. World Union of Wound Healing Societies (2020) Strategies to reduce practice variation in wound assessment and management: The T.I.M.E. Clinical Decision Support Tool. London: Wounds International. Available at: www.woundsinternational.com

20. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. (Primera edició Barcelona, desembre de 2021). Núm. de registre editorial 85124.
https://www.salutweb.gencat.cat_departamentpla-salut
21. Stern A, Mitsakakis N, Paulden M, Alibhai S, Wong J, Tomlinson G, et al. Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014;14(1):83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-83>
22. González de la Torre, H., Verdú-Soriano J., García-Fernández. FP, Soldevilla-Ágreda, J.J. Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. (Gerokomos. Vol 28, pp 142-150) (2021).
23. Tarruella Farré M. Registros de enfermería: por qué, para qué y cómo. Tesela.2013;14
24. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall A. Fundamentals of nursing. 11a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2022.
25. Jetha ZA, Student, Aga Khan University School of Nursing and Midwifery, Karachi, Pakistan. Nursing care in the Lance of Florence nightingale. Imanagers J Nurs [Internet]. 2015;4(4):32–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26634/jnur.4.4.3077>
26. Salvador Lodosa J., Gimeno Toribio M.J., Gómez García A., Gómez Vigo C., Mato Mañas O. El registro de rol Autónomo. Trabajo final de Máster: Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. (2006).
27. Aedo Carreño VA, Parada Santander T, Alcayaga Rojas C, Rubio Acuña M. Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas. Enferm Glob [Internet]. 2012;11(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.11.4.134131>
28. Corrales Pérez JM, Águila Pollo M del C, Vázquez Aguilera M, Jayne Grantham S, Ramos Sánchez A, Fernandes Ribeiro AS. Repercusión de las heridas crónicas en las unidades de rehabilitación funcional. Gerokomos [Internet]. 2015;26(3):109–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2015000300008>
29. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and plan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media, Perth, Australia; 2014. Versión Española.
30. Soldevilla Agreda, J. J., García-Fernández, F. P., Rodríguez Palma, M., Torra i Bou, J. E., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2017. Gerokomos, 30(4), 192-199.(2019)

31. Welsh L. Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: a semi-systematic literature review. *Int Wound J* [Internet]. 2018;15(1):53–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12822>
32. López Alayeto Cristina, Alexandre Lozano Sandra, Gimeno Pi Irida, Marquilles Bonet Carme, Bernis Domenech Mercè. Prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria de la provincia de Lleida en 2022. *Gerokomos* [Internet]. 2023 [citado 2023 Ago 14] ; 34(2): 134-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000200009&lng=es. Epub 24-Jul-2023.
33. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beeckman D. Best practice recommendations for prevention and management of skin tears in aged skin: An overview: An overview. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2018;45(6):540–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000481>

ANEXOS

ANEXO I

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

Sexo	n	%
Hombres	46	40,4%
Mujeres	68	59,6%

Núcleo de convivencia		
Solo	21	18.4 %
Cónyuge	37	32.5 %
Hijo/a	32	28.1 %
Padres	1	0.9 %
Sobrino/a	3	2.6 %
Hermano/a	4	3.5 %
Institucionalizado	14	12.3 %
Otros	2	1.8 %

Diagnóstico principal		
Respiratorio	17	14.9 %
Circulatorio	12	10.5 %
Endocrino metabólico	2	1.8 %
Digestivo	2	1.8 %
Músculo esquelético	17	14.9 %
Tegumentario	28	24.6 %
Nervioso	24	21.1 %
Genitourinario	1	0.9 %
Infeccioso	3	2.6 %
Neoplásico	8	7.0 %

Incontinencia		
Urinaria	33	28.9 %
Fecal	3	2.6 %
Mixta	62	54.4 %
Continente	16	14.0 %

Grado de dependencia		
Dependencia moderada	10	8.8 %
Dependencia severa	49	43.0 %
Dependencia total	55	48.2 %

Tabla 2. Características relacionadas con las heridas y el proceso de cicatrización

Etiología	n	%
Heridas causadas por patología vascular y neuroisquémica	34	18.2 %
Heridas causadas por humedad	3	1.6 %
Heridas causadas por desgarro-traumatismo	58	31.0 %
Heridas causadas por presión-cizalla	76	40.6 %
Heridas causadas por fricción-roce	13	7.0 %
Quemaduras	1	0.5 %
Heridas causadas por patología neoplásica	2	1.1 %

Localización	n	%
Occipital	7	3.7 %
Escápulas	1	0.5 %
Codos	3	1.6 %
Abdomen	5	2.7 %
Trocánter	12	6.4 %
Sacro	23	12.3 %
Glúteos	6	3.2 %
Isquiopubiana	3	1.6 %
Genitales	1	0.5 %
Rodilla	5	2.7 %
Tibia	42	22.5 %
Empeine	6	3.2 %
Hallux	6	3.2 %
Maléolo	11	5.9 %
Talón	25	13.4 %
Brazo	19	10.2 %
Dedos pie	12	6.4 %

Proceso cicatrización	n	%
Cicatrizadas	50	26,7%
Sin cicatrizar al alta	83	44,4 %
No consta información	54	28,9 %

Tabla 3. Características de los registros

Valoración inicial de las heridas	n	%
Si	107	93.9 %
No	7	6.1 %

Frecuencia de los registros de seguimiento		
Cada 72 horas	29	25.4 %
Semanal	18	15.8 %
Quincenal	33	28.9 %
Mensual	4	3.5 %
Sin seguimiento	30	26.3 %

Características que se registran	n SI	% SI	n NO	% NO
Causa	96	84.2 %	18	15.8 %
Dimensiones	46	40.4 %	68	59.6 %
Localización	106	93.0 %	8	7.0 %
Antigüedad	1	0.9 %	113	99.1 %
Grado severidad	67	58.8 %	47	41.2 %
Tipo tejido lecho herida	74	64.9 %	40	35.1 %
Exudado	23	20.2 %	91	79.8 %
Bordes y zona perilesional	37	32.5 %	77	67.5 %
Signos de infección	19	16.7 %	95	83.3 %
Tratamiento utilizado	101	88.6 %	13	11.4 %

ANEXO II
INFORME FAVORABLE CEI

INFORME DEL COMITÈ D'ÈTICA D'INVESTIGACIÓ

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè d'Ètica d'Investigació de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts 31 de gener, ha avaluat la proposta presentada, per que es realitzi l'estudi que porta per títol "Estudio descriptivo para conocer las características de los pacientes que ingresan con heridas de cicatrización compleja, en las unidades asistenciales de un centro de atención intermedia.", amb codi CEI 23/12, i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'adequació del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi. Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest Comitè decideix emetre **INFORME FAVORABLE**, a la resolució dels aclariments.

CENTRES I INVESTIGADORS

Sant Andreu Salut

Cristina Bergillos Flores

Que la investigadora no ha estat presents en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

Que aquest CEIm tant en la seva composició, com en els seus procediments (PNT), compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95) i amb la legislació vigent, tenint en compte que en el supòsit que algun membre participi a l'estudi o declari algun conflicte d'interès, no haurà participat en l'avaluació ni aprovació de la sol·licitud presentada.

MEMBRES DEL CEIm DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Miquel Nolla Salas	President	Metge
Anna Altés Caïs	Vicepresidenta	Metge
Vanessa Massó Marigot	Secretaria tècnica	C. Empresarials
Ainhoa Gómez Lumbreras	Vocal	Farmacòloga Clínica
Itziar Aliri Flores	Vocal	Advocadessa, experta protecció de dades
Ana Barajas Vélez	Vocal	Psicòloga
Lucía García Valiño	Vocal	Psicòloga - Atenció Usuari
Núria López Matons	Vocal	Psicòloga
Conxita Malo Guillén	Vocal	Enfermera
Encarna Martínez Navarro	Vocal	Metge
Ernesto Ezequiel Mónaco	Vocal	Metge
Queralta Moreno Gil	Vocal	Farmacèutica primària
Cristina Pérez Reche	Vocal	Farmacèutica hospitalària
Josep M Tormos Muñoz	Vocal	Metge

Barcelona, 17 de febrer de 2023



Dr. Miquel Nolla
President del CEIm

ANEXO III

LIBRO DE CÓDIGOS

Código	Ítem	Relación	Respuestas											
Edad	Edad	Sociodemog	Años											
Sexo	Sexo	Sociodemog	1= Hombre	2= Mujer										
N.Conv	Núcleo de convivencia	Sociodemog	1= Solo	2= Cónyuge	3= Hijo/a	4= Padres	5= Sobrino/a	6= Hermano/a	7= Institucionalizado	8= Otros				
Dx	Diagnóstico principal	Sociodemog	1= Respiratorio	2= Circulatorio	3= Endocrino metabólico	4= Digestivo	5= Musculo esquelético	6= Tegumentario						
			7= Nervioso	8= Genitourinario	9= Infeccioso	10= Neoplásico	11= Hematológico							
Nutri	Estado nutricional	Con el paciente	1= Completamente inadecuada	2= Probablemente inadecuada	3= Adecuada	4= Excelente	DICOTOMIZAR 1 y 2 en INADECUADA DICOTOMIZAR 3 y 4 en ADECUADA							
Inc	Incontinencia	Con el paciente	1= Urinaria	2= Fecal	3= Mixta									
Dep	Grado de dependencia	Con el paciente	1= Autonomía	2= Dependencia leve	3= Dependencia moderada	4= Dependencia severa	5= Dependencia total	Según el IB		IB= 100-Autonomia IB= 99-91 Dep. leve IB= 90-61 Dep. mod IB= 60-21 Dep. Sev IB= 20-0 Dep. total				
Patol. As	Patologías asociadas	Con el paciente	1= Respiratorio	2= Circulatorio	3= Endocrino metabólico	4= Digestivo	5= Musculo esquelético	6= Tegumentario						
			7= Nervioso	8= Genitourinario	9= Infeccioso	10= Neoplásico	11= Hematológico							
Núm. HCC	Número de heridas de cicatrización compleja	Con la herida	1= Una	2= dos	3= tres	4= cuatro	5= cinco o más							
Local	Localización	Con la herida	1= Occipital	2= Oídos	3= Escápulas	4= Codos	5= Mamas	6= Abdomen	7= Trocánter	8= Dorso lumbar		Policotomizar por cabeza/tronco/EESS/EEII		
			9= Sacro	10= Glúteos	11= Isquiopubiana	12= Genitales	13= Rodilla	14= Tibia	15= Empeine	16= Hallux	17= Maléolo	18= Talón	19= Brazo	20= Dedos pie
Etiol	Etiología	Con la herida	1= De extremidad inferior: venosas, arteriales, neuropáticas, neuroisquémicas y mixtas		2= Por humedad	3= Por desgarro/traumáticas	4= Presión/cizalla		5= Fricción/roce		6= Quemaduras		7= Neoplásicas	

Grad	Grado o categoría	Con la herida	1= Sin categorizar (escaras)	2= Grado II	3= Grado III	4= Grado IV			
T.cicatriz	Tiempo de cicatrización	Con la herida	Días	1= Sin cicatrizar al alta	2= No consta				
Val. Inic.	Valoración inicial	Con el registro	1= SI	2= NO					
Tiempo reg 1	Tiempo que transcurre desde el ingreso hasta la primera valoración en el curso clínico	Con el registro	Días						
Frec reg seguim	Frecuencias de los seguimientos en el curso clínico	Con el registro	1= Diario	2= Cada 72 horas	3= Semanal	4= Quincenal	5= Mensual	6= Sin seguimiento	
Val. Caract	Valoración detallada de las características de las heridas	Con el registro							
causa	Causa	Con el registro	1= SI	2= NO					
dimens	Dimensiones		1= SI	2= NO					
locali	Localización		1= SI	2= NO					
antigu	Antigüedad		1= SI	2= NO					
g.sev	Grado severidad		1= SI	2= NO					
teji	Tipo tejido		1= SI	2= NO					
exud	Exudado		1= SI	2= NO					
bordes	Bordes		1= SI	2= NO					
s.infe	Sig. infección		1= SI	2= NO					
ttn	Tratamiento		1= SI	2= NO					
Proced	Procedencia del ingreso	Con la continuidad	1= Atención Primaria	2= Hospital agudos	3= Residencia				

ANEXO IV

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

ID

Variables Sociodemográficas

Edad											
Sexo	Hombre	Mujer									
Núcleo convivencia	Sólo	Cónyuge	Hijo/a	Padres	Sobrino/a	Hermano/a	Institucion alizado	Otros			
Dx principal	Respiratorio	Circulatorio	Endocrino metabólico	Digestivo	Musculo esquelético	Tegumentario	Nervioso	Genitourinario	Infeccioso	Neoplásico	Hematológico

Variables relacionadas con el paciente

Estado nutricional	Completamente inadecuada	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente			Inadecuada	Adecuada			
Incontinencia	Urinaria	Fecal	Mixta	Continente							
Grado dependencia	Autonomía	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia severa	Dependencia total		IB:				
Patologías asociadas	Respiratorio	Circulatorio	Endocrino metabólico	Digestivo	Musculo esquelético	Tegumentario	Nervioso	Genitour inario	Infeccioso	Neoplásico	Hematológi co

Variables relacionadas con la herida

Núm. Heridas	Una	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más						
Localización	Occipital	Oídos	Escápulas	Codos	Brazo	Mamas	Abdomen	Trocánter	Dorso lumbar	Sacro	
	Glúteos	Isquiopubiana	Genitales	Rodilla	Tibia	Empeine	Hallux	Maléolo	Talón	Dedos pie	
	Cabeza	Tronco	EESS	EEII							
Etiología	De extremidad inferior: venosas, arteriales, neuropáticas, neuroisquémicas y mixtas			Por humedad		Por desgarro/traumáticas	Presión/cizalla	Fricción/roce	Quemaduras	Neoplásicas	

Categoría o grado	Sin categorizar (escaras)	Grado II	Grado III	Grado IV
Tiempo de cicatrización	Días:	Sin cicatrizar al alta	No consta	

Etiología	Occipital	Oídos	Escápulas	Codos	Brazo	Mamas	Abdomen	Trocánter	Dorso lumbar	Sacro
	Glúteos	Isquiopubiana	Genitales	Rodilla	Tibia	Empeine	Hallux	Maléolo	Talón	Dedos pie

Etiología	Occipital	Oídos	Escápulas	Codos	Brazo	Mamas	Abdomen	Trocánter	Dorso lumbar	Sacro
	Glúteos	Isquiopubiana	Genitales	Rodilla	Tibia	Empeine	Hallux	Maléolo	Talón	Dedos pie

Etiología	Occipital	Oídos	Escápulas	Codos	Brazo	Mamas	Abdomen	Trocánter	Dorso lumbar	Sacro
	Glúteos	Isquiopubiana	Genitales	Rodilla	Tibia	Empeine	Hallux	Maléolo	Talón	Dedos pie

Etiología	Occipital	Oídos	Escápulas	Codos	Brazo	Mamas	Abdomen	Trocánter	Dorso lumbar	Sacro
	Glúteos	Isquiopubiana	Genitales	Rodilla	Tibia	Empeine	Hallux	Maléolo	Talón	Dedos pie

Variables relacionadas con el registro

Valoración inicial	SI	NO
--------------------	----	----

Tiempo que transcurre desde el ingreso hasta la primera valoración en el curso clínico

Días:

Frecuencias de los seguimientos en el curso clínico	Diario	Cada 72 horas	Semanal	Quincenal	Mensual	Sin seguimiento
---	--------	---------------	---------	-----------	---------	-----------------

Valoración detallada de las características de las heridas		
CAUSA	SI	NO
DIMENSIONES	SI	NO
LOCALIZACIÓN	SI	NO
ANTIGUEDAD	SI	NO
GRADO SEVERIDAD	SI	NO
TIPO TEJIDO	SI	NO
EXUDADO	SI	NO
BORDES	SI	NO
SIG. INFECCIÓN	SI	NO
TRATAMIENTO	SI	NO

Variables relacionadas con la procedencia

Procedencia del ingreso	Atención Primaria	Hospital agudos	Residencia

