

Sonia Riera Manzano

**ESTUDIO SOBRE LA CRONICIDAD DE LAS ULCERAS
VENOSAS DE LA UNIDAD DE HERIDAS DE HOSPITAL
PLATÓ Y CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES**

Trabajo Final de Máster

Dirigido por la Dra. M^a Alba Roca Biosca

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2021

*“La observación indica como está el paciente;
La reflexión indica que hay que hacer; la destreza práctica indica
cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias
para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”*

Florence Nightingale

Me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento a mi tutor del Trabajo de fin de Máster, la Dra. M^a Alba Roca Biosca, así como al resto de profesores del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería por compartir sus conocimientos y estar ahí siempre que lo he necesitado.

A mis hijas, Candela, Lucía y María y a mi marido Carlos, por su paciencia, apoyo y colaboración durante estos dos años. ¡Hemos hecho un buen equipo!

A todos aquellos que durante este tiempo han ayudado a que este trabajo sea hoy una realidad.

Índice de contenido

Índice de figuras.....	6
Índice de Tablas	7
Listado de Abreviaturas:	8
Resumen	9
Abstract.....	10
1. Introducción.....	11
2. Justificación.....	13
3. Objetivos	14
2.1 General.....	14
2.2 Específicos.....	15
4. Consideraciones éticas.....	15
5. Revisión Bibliográfica y antecedentes del tema	15
5.1 Criterios de Inclusión	16
5.2 Criterios de Exclusión.....	16
5.2 Análisis y Extracción de datos.....	16
6. Marco Teórico.....	18
6.1 Heridas y proceso de cicatrización.....	18
6.2 Las Heridas crónicas.....	21
6.3 Ulceras de la extremidad inferior	23
6.4 Ulcera de Etiología Venosa	26
6.5 Atención especializada al paciente con herida crónica	36
7. Metodología.....	37
7.1 Diseño del estudio	37
7.2 Ámbito de estudio	37
7.3 Población diana.....	39
7.4 Población de estudio: Criterios de inclusión y de exclusión.....	39
7.5 Variables de estudio	39
7.6 Análisis	47
7.7 Limitaciones del estudio	47
8. Análisis estadístico y presentación de los resultados.....	48
9. Discusión	55
10. Conclusiones	60
11. Futuras líneas de investigación.....	60
12. Bibliografía	61

13. Plan de trabajo.....	67
14. Presupuesto	68
15. Anexos:	69
Anexo 1 Registro del dictamen del Comité de Ética de la Investigación	69
Anexo 2 Artículos más relevantes seleccionados para este trabajo.....	72
Anexo 3 Cuestionario Registro variables de estudio	74
Anexo 4 Escala Resvech 2.0	77
Anexo 5 Índice de Barthel.....	78
Anexo 6. Índice de Masa Corporal.....	79
Anexo 7 Escala EVA.....	79

Índice de figuras

Fig. 1 Esquema microscópico de la piel.	19
Fig. 2 Fases del proceso de cicatrización.....	21
Fig.3 Lesión por presión.....	22
Fig. 4 Lesión por humedad.....	22
Fig. 5 Lesión de pie diabética.....	22
Fig. 6 Úlcera venosa	22
Fig. 7 Demostración de la realización del índice tobillo-brazo mediante el estudio de la relación entre las presiones sistólicas de las arterias braquial (a), tibial posterior (b) y pedia (c).	25
Fig. 8 Fisiología del retorno venoso de las extremidades inferiores en condiciones normales (a) y en presencia de patología (b).....	27
Fig. 9 Ilustración úlcera por estasis venoso	27
Fig. 10 Úlcera de etiología venosa.....	27
Fig. 11 Efecto de la compresión en el retorno venoso	30
Fig. 12 Clasificación CEAP.....	32
Fig. 13 Área Integral de Salud Barcelona Izquierda (AISBE).....	38
Fig. 14 Pirámide poblacional AISBE 2019.....	38
Fig. 15 Distribución úlcera extremidad inferior	48
Fig. 16 Distribución cronicidad úlcera de etiología venosa.....	48
Fig. 17 Distribución variable estado civil en función del sexo.....	49
Fig. 18 Distribución variable nivel de estudios en función del sexo.	50
Fig. 19 Distribución variable grado de dependencia en función del sexo	50
Fig. 20 Distribución de los pacientes en función del lugar de residencia lugar de residencia.....	51
Fig. 21 Distribución de los pacientes en función de si vive solo.....	51
Fig. 22 Distribución variable cirugía de varices en función del sexo	52
Fig. 23 Distribución variable Antecedentes Patológicos en función del sexo.....	53
Fig. 24 Distribución variable tiempo de evolución de la lesión en función del sexo.....	53
Fig. 25 Distribución puntuación escala eva en función del sexo.....	54

Índice de Tablas

Tabla 1 Resultados búsqueda bibliográfica	17
Tabla 2 Clasificación de la úlcera de extremidad inferior.....	26
Tabla 3 Acrónimo “TIME”	28
Tabla 4 Distribución y porcentajes de Índice de Masa Corporal en función del sexo.....	51
Tabla 5 Distribución y porcentajes de la puntuación en la Escala Resvech 2.0 en función del sexo.....	53
Tabla 6 Distribución y porcentajes de la presencia de edema en función del sexo.....	54

Listado de Abreviaturas:

AISBE	Área Integral de Salud de Barcelona Esquerre
AP	Antecedente patológico
CAP	Centro de atención primaria
CAH	Cura en ambiente húmedo
CEAP	Clasificación clínica, etiológica, anatómica y patológica
CEIC	Comité ético de investigación clínica
CONUEI	Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior
DM	Diabetes Mellitus
EID	Extremidad inferior derecha
EII	Extremidad Inferior Izquierda
EPA-HCC	Enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas
HTA	Hipertensión arterial
HTVA	Hipertensión venosa ambulatoria
ICC	Insuficiencia cardíaca
IDESCAT	Instituto de estadística de Cataluña
IMC	Índice de masa corporal
ITB	Índice tobillo brazo
IVC	Insuficiencia venosa crónica
LESCAH	Lesiones cutáneas asociadas a la humedad
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAS	Presión arterial sistólica
PLH	Preparación del lecho de la herida
RESVECH 2.0	Resultados esperados de la valoración y evolución de la cicatrización de las heridas crónicas Versión 2.0
UEI	Úlcera de extremidad inferior
UEV	Úlcera de etiología venosa

Resumen

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la atención de los pacientes del Área Integral de Salud de Barcelona Esquerre que siguen control en la Unidad de Heridas de Hospital Plató.

Método: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de carácter cuantitativo, que incluyó a un total de 40 pacientes con úlcera venosa de más de 6 meses de evolución, visitados en la unidad de heridas de Hospital Plató durante el año 2020. Se realizó análisis estadístico descriptivo de los resultados obtenidos a través de la revisión de historias clínicas y cumplimentación del cuestionario ad hoc el cual recogía los datos para las variables relacionadas con el nivel sociodemográfico, clínico, relacionadas con la lesión y los recursos sanitarios.

Resultados: El perfil del paciente con úlcera venosa de más de 6 meses de evolución es un adulto de edad avanzada, en igual proporción entre hombres y mujeres y pluripatológico. El 37,5% de los casos tiene un grado de dependencia leve. En el 55% de los casos no se identifica a un cuidador principal. La gran mayoría tienen una única lesión, de origen postraumático, apareciendo la recidiva en el 40% de los casos. Puntuación Resvech 2.0 entre 9 y 13 puntos en el 77,5% de los casos y cumplimiento de la terapia compresiva en el 77% de los casos. La derivación al especialista es tardía y escasea la figura de enfermera referente de heridas en primaria.

Conclusiones: La úlcera venosa sigue siendo el tipo de lesión con mayor prevalencia dentro del grupo de úlceras de extremidad inferior, dato que requiere un esfuerzo por parte de los profesionales para conocer cuáles son aquellos factores que la predisponen, así como incidir en su prevención y tratamiento adecuado para garantizar periodos de cicatrización dentro de intervalos de tiempo esperados.

Palabras Clave: Úlcera Venosa, Cronicidad, Factor Pronóstico, Unidad de Heridas, Enfermería

Abstract

Aim: To describe the sociodemographic and clinical factors around patients' care from Área Integral de Salud de Barcelona Esquerra, who make a follow-up in the Wounds Care Unit of Hospital Plató.

Methods: The study design is a descriptive, transversal and retrospective quantitative study. Fourty patients with an unhealed venous leg ulcer over 6 months were included. They were followed up in the Wounds Care Unit of Hospital Plató during 2020. The descriptive statistical analysis of results was done from clinical history reviews and information from questionnaires ad hoc, which checked the sociodemographic and clinical factors around wound and healthcare system resources.

Results: The patient's profile with an unhealed venous leg ulcer over 6 months is an elderly patient, with a proporcional quantity of men and women as well as the pluripathology. 37,5% of patients suffer a low degree of dependence. There are not an identified referring carer in 55% of cases. The over patients have a unique post-traumatic wound, who have a recurrence wound in 40% of them. 77,5% of patients get between 9 and 13 points in the Resvech 2.0 test and 77% of them follow a compliance compression therapy. The referral to specialist is delayed and there is a very low number of referring wound nurses in Primary Care System.

Conclusions: The venous ulcer is still the wound with major prevalence inside the leg ulcer. This issue requires an effort from healthcare professionals to know and understand the factors they predispose, as well as to incise in their prevention and their correct treatment in order to guarantee cicatrisation periods inside expected timeslots.

Keywords: Venous leg ulcer, chronicity, prognostic factor, Wounds care unit, nursing.

1. Introducción

Las úlceras o heridas crónicas son aquellas lesiones cuya cicatrización se alarga en el tiempo más allá de lo esperado, diferenciándose de las heridas agudas, en que estas últimas presentan períodos de cicatrización por debajo de las 6 semanas. Se trata por tanto de heridas con una cicatrización compleja, en las que el proceso fisiológico de reparación tisular se va a ver alterado, ya sea por factores intrínsecos o extrínsecos, a los que vamos a tener que dar una atención y respuesta adecuada para conseguir la correcta cicatrización de la herida.

Se estima que la prevalencia de heridas crónicas en los países desarrollados es de 2,21 por 1000 habitantes (1). De estas, las úlceras venosas, las úlceras del pie diabético y las úlceras por presión son las más prevalentes, impactando en el individuo a nivel físico, psicológico, económico y social (2).

La incidencia y prevalencia de las heridas crónicas va a seguir aumentando en las próximas décadas, en línea con el progresivo aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas y los avances en el cuidado de la salud que aumentan la supervivencia. De hecho, la prevalencia de heridas crónicas se ha descrito como una "epidemia silenciosa que amenaza a la salud pública" (3). En consonancia con el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas las úlceras representan costes sanitarios asociados. Un estudio reciente realizado en Irlanda estimó que los costes derivados del manejo de heridas representaban hasta el 4% del gasto sanitario total, sin contar los costes que representaban para el individuo y sus familias (4).

Uno de los tipos más prevalentes de lesiones crónicas, como ya se ha mencionado, son las úlceras de la extremidad inferior. Las úlceras de extremidad Inferior (UEI) son aquellas lesiones localizadas en la extremidad inferior, ya sean por causa espontánea o accidental, y que, en función de la etiología, pueden referirse a un proceso patológico sistémico o localizado en la extremidad y que no cicatrizan en un intervalo de tiempo esperado (5). La afectación tisular de las UEI puede oscilar desde las capas más superficiales de la piel hasta tejidos más profundos, afectando músculo y hueso. Estas lesiones son la consecuencia de un proceso isquémico, que provoca la necrosis del tejido y la posterior aparición de la herida. Este proceso isquémico es debido a diferentes mecanismos fisiopatológicos, que impiden y/o enlentecen el aporte de oxígeno a los tejidos, provocando el enlentecimiento

en la cicatrización de estas heridas. Las causas de aparición de UEI son: la hipertensión venosa, la isquemia arterial, la neuropatía, enfermedades sistémicas (vasculitis, patologías hematológicas, ...) causas infecciosas, tumorales y otras etiologías como la calcifilaxia o la hidroxiuria (6).

Según el documento de consenso de la Conferencia Nacional sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI) de 2018, la UEI debe ser referenciada a una única etiología, y en casos muy limitados, se podrá aceptar la confluencia de dos o más etiologías. Pero en todo caso, realizar de forma temprana un diagnóstico correcto de la etiología de la úlcera incidirá directamente en la cicatrización y evitará la recidiva de la UEI. Las UEI de etiología venosa, isquémica y neuropática, representan el 95% de la totalidad de estas lesiones (6).

Dentro del grupo de UEI, las úlceras de etiología venosa (UEV) representan el 75-80 % de estas lesiones (6). La UEV es el estadio clínico final de la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA) mantenida en el tiempo y clínicamente mal tolerada. La HTVA es secundaria a un reflujo venoso patológico, que puede ser primario o secundario. Debido a esta HTVA mantenida se da un proceso inflamatorio a nivel de la microcirculación, cuya fase final es el infarto tisular y la posterior ulceración. La insuficiencia venosa crónica (IVC) afecta entre el 50-60% de la población mundial, y se estima que un 1% podría padecer una UEV a lo largo de su vida, siendo este el proceso que desprende más recursos sanitarios, en relación con la patología venosa (7). Prevenir y tratar la IVC desde sus fases iniciales es primordial para evitar la aparición de la herida. La UEV se localiza generalmente en el tercio distal de las piernas, en la cara interna supramaleolar y en piel afectada de dermatitis. Se trata de úlceras exudativas, sangrantes, con bordes irregulares, poco profundas y extensas; no suelen ser dolorosas, a no ser que estén infectadas (8).

Las UEV suponen un importante problema de salud. Se caracterizan por presentar altas tasas de prevalencia poblacional, del 0,8 al 0,5%, y con una incidencia de entre 2 y 5 casos por mil personas y año. En población mayor a 65 años la prevalencia se incrementa del 3 al 5%, siendo más prevalente en el sexo femenino en referencia al masculino, en proporción de 7 a 10 (6).

Los estudios realizados hasta el momento lanzan periodos de cicatrización que van de los 4 a los 6 meses; aun así, seguimos viendo pacientes que presentan una úlcera venosa durante más de 6 meses e incluso años (9). En el caso de la UEV, se trata de heridas de

difícil cicatrización, en las que el 60% tienen una antigüedad mayor de seis meses y el 33% mayor a un año. El problema, según la literatura, aumenta progresivamente con la edad (10). Existen factores externos e internos en relación con el paciente que presenta una UEV que favorecen o desfavorecen la progresión de la herida hacia la cicatrización, y que nos orientan sobre la evolución pronóstico de la lesión. Un estudio reciente concluye que el perfil del paciente con herida crónica es un adulto joven con lesión de etiología venosa, y de casi un año de evolución (8).

Del cuidado y tratamiento de estas lesiones crónicas, además del importante impacto económico, se debe tener en cuenta la sobrecarga de trabajo para el personal sanitario responsable de la cura, así como el impacto emocional y en la calidad de vida que resulta para el paciente que padece este tipo de lesión, en especial en aquellos con larga cronicidad y recurrencias (11). Se trata de heridas que no cicatrizan, se complican, estancan, y algunas de ellas incluso malignizan. Cuando se realiza un seguimiento de los registros sobre la atención que estos pacientes de larga evolución reciben, se observa cierto grado de resignación también por parte de los profesionales: Se mantienen las mismas curas, escasean las reevaluaciones del paciente de forma integral, con lo que se limitan planteamientos de nuevas estrategias, que abarquen una atención multidisciplinar.

La figura de la enfermera de práctica avanzada en heridas (EPAH), y la creación de unidades clínicas especializadas en heridas, mejoran la asistencia de estos pacientes, reforzando el trabajo multidisciplinar y los cuidados centrados en la persona con heridas crónicas, mejorando la calidad de vida. Según Ghetin et al (2020) la atención centrada en la persona mejora los resultados en el cuidado de heridas, ya que valora a los pacientes desde una perspectiva integradora, teniendo en cuenta sus creencias y autonomía, considerando a la persona como un todo dentro del contexto cultural en el que se brinda la atención (12).

2. Justificación

Desde mi experiencia de más de 10 años como enfermera especializada en el cuidado y tratamiento de heridas, una de las situaciones que me provocan mayor inquietud es aquella en la que me encuentro con pacientes que llevan años sufriendo una lesión. Me resulta difícil aceptar que existan lesiones de piel que ya no van a cicatrizar nunca, sobre todo

aquellas para las que se tiene un claro tratamiento con evidencia científica, como es el caso de las úlceras de origen venoso. Los pacientes en muchos casos son los que, tras observar y padecer su evolución, se resignan a mantener un tipo de vida que les viene condicionado como consecuencia de la presencia de una herida: curas frecuentes, incomodidad, calzado inadecuado que les dificulta la deambulaci3n, alteraci3n de la propia imagen, dolor cr3nico, incapacidad laboral e incluso en muchas ocasiones aislamiento social. Por no hablar de su entorno familiar, los cuales, en ocasiones se convierten en cuidadores principales, asumiendo curas y acompa1ando a las interminables visitas a primaria y especialista.

El t3rmino 3lcera es sin3nimo de herida cr3nica, es decir, lesi3n cuya cicatrizaci3n se alarga en el tiempo. Es primordial para el correcto tratamiento de estas lesiones conocer y tratar la causa que las produce, as3 como los factores relacionados. Si bien es cierto que no todos los pacientes son iguales, tampoco lo son los conocimientos y habilidades de los profesionales que tratan a este tipo de pacientes, por lo que adem3s de una correcta identificaci3n, valoraci3n y seguimiento estricto de estos pacientes es indispensable el trabajo especializado y multidisciplinar, as3 como la comunicaci3n efectiva entre los diferentes niveles asistenciales, con el objetivo de mejorar el cuidado de estos pacientes con UEV de larga duraci3n. El documento de la CONUEI 2018 establece la recomendaci3n de implantar equipos asistenciales transversales tanto en el 3mbito de la atenci3n primaria como en la especializada dentro de los hospitales (6).

Identificar a aquellos pacientes que presentan UEV con una cronicidad por encima de los 6 meses, y a partir de esta identificaci3n, establecer aquellas caracter3sticas que les son comunes, nos ayudar3 a planificar estrategias de actuaci3n m3s directas y personalizadas, que favorezcan la calidad de la atenci3n dirigidas a lograr la mejor3a del paciente y su calidad de vida, as3 como prevenir recidivas.

3. Objetivos

2.1 General

- ✓ Describir las caracter3sticas sociodemogr3ficas, cl3nicas y relacionadas con la atenci3n de los pacientes del 3rea Integral de Salud de Barcelona Esquerre que siguen control en la Unidad de Heridas de Hospital Plat3.

2.2 Específicos

- ✓ Identificar aquellos sujetos cuya cronicidad es superior a los 6 meses
- ✓ Analizar las características clínicas, sociodemográficas y las relacionadas con el tipo de cura y asistencia recibida de los pacientes con úlcera venosa de más de 6 meses de evolución.

4. Consideraciones éticas

El trabajo “Estudio sobre la cronicidad de las úlceras venosas de la unidad de heridas de Hospital Plató y caracterización de los pacientes”, cuenta con la aprobación del Hospital donde se realiza el estudio, así como con la aprobación del Comité de Ética asignado para este estudio (CEIC Hospital Clínic de Barcelona), con el nº de Registro: HCB/2020/1446, quedando el documento anexo a este trabajo. (Anexo 1)

El estudio se realiza en cumplimiento de la declaración de Helsinki (versión en vigor; actualmente Fortaleza, Brasil, octubre 2013).

Las fotografías realizadas por el autor de este trabajo y que aparecen en esta memoria cuentan con el permiso de los pacientes para su uso.

5. Revisión Bibliográfica y antecedentes del tema

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura, que nos orientara sobre el estado actual a nivel epidemiológico de la UEV, así como comprobar si los factores relacionados con la aparición y cronicidad de la úlcera venosa eran coincidentes en el tiempo y espacio, para poder comparar, posteriormente, si estos se alineaban con los resultados obtenidos en este estudio.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de las siguientes bases de datos biomédicas, tanto nacionales, como internacionales: Pubmed, CINHALL y Cuiden. Se realizó una búsqueda igualmente a través del motor Google Académico, en cuyo caso se limitó las 100 primeras entradas y a los últimos 5 años, de 2015 a 2020.

La búsqueda en Pubmed, CINHALL y CUIDEN, en un primer momento se limitó a los últimos 5 años, pero debido a el número reducido de artículos encontrados que trataran específicamente sobre características y perfil de paciente con úlcera venosa, se amplió a los últimos 10 años, de 2010 a 2020.

Se emplearon los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): úlcera venosa, caracterización pacientes, perfil pacientes, características sociodemográficas y clínicas y The Medical Subject Headings (MeSH): venous leg ulcers, profile of patients y wound characteristics, utilizando el operador booleano AND, en todas las combinaciones. Para el motor de búsqueda Google académico, se utilizaron los términos: úlcera venosa y caracterización pacientes

Como gestor bibliográfico se utilizó el programa informático Mendeley, con el sistema de referenciación Vancouver.

5.1 Criterios de Inclusión

Para la selección de los resultados relevantes para este estudio, se incluyeron aquellos trabajos, en inglés y castellano, que trataran sobre cronicidad de las úlceras venosas y caracterización de los pacientes. Se incluyeron revisiones sistemáticas y/o narrativas, así como artículos de carácter cuantitativo y/o cualitativo.

5.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron de los resultados encontrados:

- Artículos de opinión, cartas al director, editoriales, comentarios y comunicaciones a congresos.
- Bibliografía gris
- Artículos con intervenciones a población pediátrica
- Aquellos artículos cuya conclusión del estudio no permitía investigar sobre el tema abordado.

5.2 Análisis y Extracción de datos

En total se seleccionaron 60 artículos, y de estos se llevó a cabo una nueva clasificación en la que, tras la lectura del resumen y los resultados obtenidos en los distintos artículos, se identificaron aquellos que se referían en términos de características sociodemográficas y perfil de pacientes, obteniendo un total de 37 artículos. Los resultados obtenidos en función de la base de datos consultada se muestran en la tabla 1.

Tabla 1 Resultados búsqueda bibliográfica

Bases de datos	Filtro	Ecuación	Nº Resultados	Artículos seleccionados	Selección final
Google Académico	últimos 5 años (2015-2020)	Ulcera Venosa Caracterización pacientes	100 primeras entradas de 15.300	30	19
PUBMED	últimos 10 años (2010-2020)	venous leg ulcers AND profile patients	53	8	5
CINHAL	últimos 10 años (2010-2020)	Venous leg ulcers AND profile patients AND Wound Characteristics	28	10	2
CUIDEN	últimos 10 años (2010-2020)	características AND sociodemograficas AND clinicas AND ulcera venosa	25	12	11

Los resultados fueron posteriormente clasificados, en función de si los estudios se habían realizado en España, Latinoamérica y por último se creó el grupo de Otros países. A partir de aquí se evidenció, que en nuestro entorno existe poca bibliografía sobre las características o el perfil de los pacientes que presentan una UEV obteniendo un total de 4 artículos, de entre los que sobresalía uno (13), por coexistir en los diferentes motores de búsqueda, siendo, por el contrario, muy abundante la literatura que se obtiene de estudios epidemiológicos en Latinoamérica con un total de 30 artículos seleccionados.

Cabe destacar que tres de los 5 estudios seleccionados y realizados en España, sus autores son profesionales de la enfermería, hecho que remarca, si cabe aún más, la presencia e importancia de esta profesión en la gestión y el cuidado de los pacientes con heridas crónicas.

Por último, destacamos un artículo de revisión realizado en Irlanda (14) el cual concluye la falta de trabajos en los que se realice una completa caracterización de los pacientes con ulcera de etiología venosa, y recomienda realizar estudios sobre caracterización de estos pacientes, con protocolos definidos y reproducibles a cualquier región o entorno, hecho que refuerza la justificación de este trabajo.

En el anexo 2 se muestran los artículos más relevantes seleccionados para este trabajo y que nos ponen en antecedentes sobre el tema de estudio.

6. Marco Teórico

6.1 Heridas y proceso de cicatrización

La piel es un órgano delgado, clasificado como una membrana, la membrana cutánea, configurando el órgano más extenso del cuerpo (unos 2 metros cuadrados). Está compuesta por dos capas principales: una exterior, más fina, llamada epidermis y otra interna, más gruesa, denominada dermis (Fig. 1).

La epidermis celular es una capa epitelial, derivada de la capa germinal epidérmica del embrión. La dermis más profunda es una capa de tejido conjuntivo, relativamente denso y vascular que puede tener más de 4mm de espesor en algunas zonas del cuerpo. Debajo de la dermis se encuentra una capa subcutánea, laxa, rica en grasa y en tejido areolar a la que a veces se denomina hipodermis o aponeurosis superficial. El contenido graso de la hipodermis varía según el estado de nutrición, pudiendo superar en los sujetos obesos los 10 cm de espesor en algunas zonas. La piel forma una cubierta celular ininterrumpida por toda la superficie externa del cuerpo y se especializa para formar ciertos apéndices o anejos cutáneos: pelo, uñas y glándulas (15).

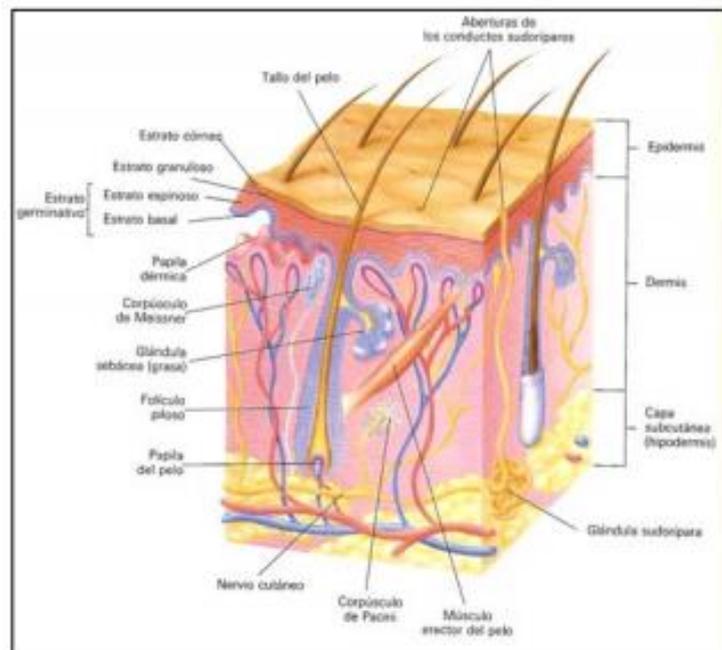


Fig. 1 Esquema microscópico de la piel. Fuente: Thibodeau/Patton. Enfermería Mosby 2000. Anatomía y Fisiología. Edición en Español, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995. Pag 131

Las principales funciones de la piel son :

- Función de protección, como barrera física frente a los microorganismos.
- Tiene un importante papel en el mantenimiento de la temperatura corporal.
- Es fundamental para el mantenimiento de la hemostasia.
- Interviene en la síntesis de importantes sustancias químicas, como la vitamina D y hormonas.
- Función excretora de agua, desechos y sales.
- Absorbe las vitaminas liposolubles, los estrógenos y ciertas sustancias químicas.
- Los receptores de la piel hacen que esta funcione como un órgano sensorial: calor, frío, presión, tacto y dolor.
- Produce melanina, filtra la luz ultravioleta.
- Produce queratina a efectos de protección, repelente del agua.

Una herida es una pérdida de continuidad de la piel, causada por un factor extrínseco y/o intrínseco. Las heridas de piel pueden ser agudas o cronificarse en el tiempo y suponen un problema de salud que afecta a una amplia población de todas las edades y que requieren diferentes intervenciones para asegurar un cuidado óptimo de los pacientes que las presentan.

Una herida aguda es aquella que cicatriza en un periodo de tiempo corto, el cual puede oscilar entre unos días o semanas; mientras que una herida crónica es aquella cuya duración es superior a 6 semanas (16). A estas heridas que se alargan en el tiempo las denominamos úlceras, y se clasificaran en función de la causa que las produce y/o dificulta su cicatrización. El tiempo de curación depende del tipo de herida y del lugar de atención (17).

La cicatrización de las heridas se puede dar por primera o segunda intención:

Primera intención: se dará en heridas limpias no contaminadas, en las cuales se pueden aproximar bien, los bordes con una sutura precisa. Requiere una pequeña formación de tejido nuevo, su cicatriz es más estética.

Segunda intención: son heridas en las cuales se ha producido una pérdida de sustancia, si se suturarán se formaría un seroma debajo, con la posibilidad de acumular bacterias e infectarse la herida. También se produce este tipo de cierres en heridas contaminadas o infectadas

Hablamos de cicatrización como el proceso de reparación de los tejidos dañados, en este caso la piel, a través de una serie de mecanismos fisiológicos sincronizados e independientes que el organismo pone en marcha para la reconstrucción del tejido dañado (18). La cicatrización comienza en el momento de producirse la lesión y su velocidad de reparación vendrá marcada por una serie de factores, como son el daño vascular producido en la herida, la superficie afectada, la profundidad, la zona anatómica afectada, infección, alteraciones genéticas (hemofílicas, defectos en las metaloproteasas...), enfermedades concomitantes y la administración de algunos fármacos (19).

El proceso de cicatrización (Fig.2) se divide en tres fases:

1. **Inflamatoria:** los macrófagos primero se encargan de crear un ambiente pro-inflamatorio, liberando citoquinas, y se dedican a fagocitar bacterias y destruir tejido desvitalizado
2. **Proliferativa:** los macrófagos se diferencian para secretar factores de crecimiento que estimulan la proliferación de fibroblastos y su producción de colágeno, así como la proliferación de células endoteliales para la formación de nuevos vasos.
3. **Remodelación/Maduración:** se produce la apoptosis de las células formadas para la proliferación del tejido nuevo de la herida y el colágeno tipo III se degrada para

formar colágeno tipo I. Este colágeno está organizado de manera diferente al colágeno de la piel normal, pero con el tiempo el aspecto y funcionalidad de la cicatriz pueden mejorar.

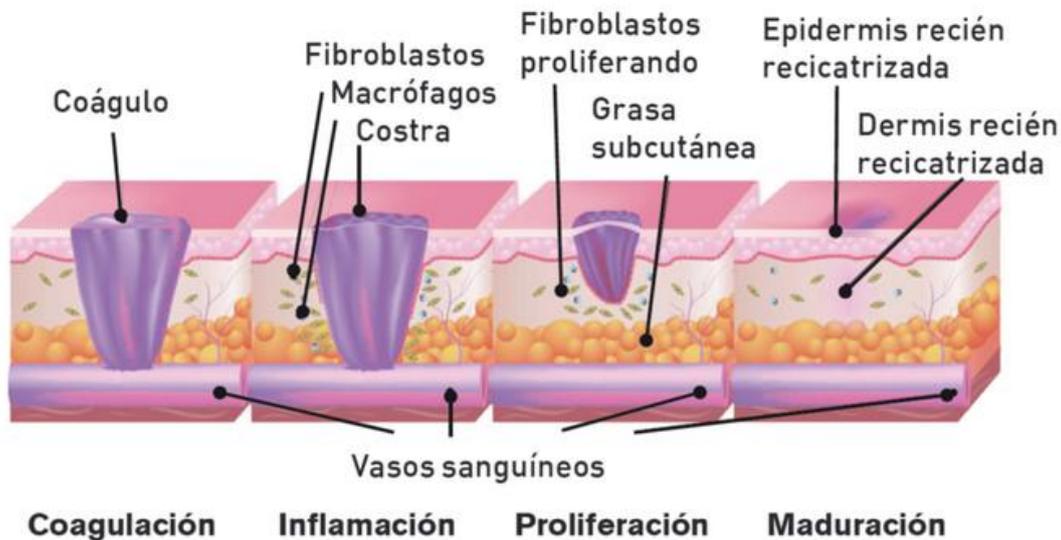


Fig. 2 Fases del proceso de cicatrización. Fuente: www.douglaslabs.es

Tanto las heridas agudas como las crónicas van a presentar fases similares de cicatrización, con la diferencia que las crónicas se van a estancar, generalmente en la fase inflamatoria, provocando el enlentecimiento hacia la reparación. El enlentecimiento de la cicatrización es debido a alguna causa, que puede ser intrínseca y/o extrínseca al paciente, y que impide el correcto encadenamiento de las fases de cicatrización, dando lugar a la producción de sustancias tóxicas que favorecen la involución de la herida. En general, las heridas crónicas se caracterizan por presentar una fase inflamatoria prolongada, defectos en la remodelación de la matriz extracelular, formación de radicales libres e inhibición de la producción de factores de crecimiento celular, así como de la migración de los queratinocitos.

6.2 Las Heridas crónicas

En primer lugar, es preciso aclarar el término de úlcera o herida crónica. Mientras que las definiciones tradicionales de diccionarios y enciclopedias mantienen esta distinción de “daño externo agudo” para herida y “daño crónico interno”, para úlcera, en la práctica clínica diaria actualmente se habla globalmente de “herida”, independientemente de su fisiopatología, añadiendo la descripción de agudo o crónico, según su potencial para cicatrizar. Como explica la dermatóloga Elena Conde (20), parece ser que el antiguo

concepto de herida (causada por daño externo) se denominaría ahora “Herida Aguda” y la úlcera (causado por etiología interna, como la hipertensión venosa) se denominaría ahora “Herida Crónica”. El término “úlceras” se sigue utilizando, pero a nivel general la tendencia es a englobar todos los tipos de pérdida de sustancia en el término “herida”.

Centrándonos en las heridas crónicas, los tipos con una mayor prevalencia son:

- Las **Lesiones Relacionadas con la Dependencia**, entre las que se encuentran las lesiones por presión, por cizalla, las lesiones relacionadas con la humedad (LESCAH) y lesiones mixtas por combinación de las causas anteriores (Fig.3y4)
- Las **Úlceras de la Extremidad Inferior**, entre las que destacan las úlceras de etiología venosa, las úlceras de etiología arterial y las lesiones de pie diabético (Fig. 5y6).



Fig. 3 Lesión por presión



Fig. 4 Lesión por humedad



Fig. 5 Lesión de pie diabético



Fig. 6 Úlcera venosa

En el tratamiento de las heridas crónicas, además de diagnosticar y tratar correctamente la etiología de la lesión, va a ser indispensable un enfoque holístico del paciente, en el que se tengan en cuenta todos aquellos factores que pueden contribuir de manera positiva o negativa en el proceso de cicatrización de la herida. Por lo tanto, la valoración integral de la persona representa el pilar angular para el abordaje del cuidado de cualquier herida crónica siendo el medio necesario para detectar los aspectos que influyen negativamente en su cicatrización (21). Para ello se debe realizar una valoración multidimensional del paciente, una anamnesis y exploración completa que incluya las pruebas diagnósticas pertinentes. En este contexto, no se debe obviar la importancia del trabajo multidisciplinar, para conseguir unos objetivos globales coherentes que nos encaminen hacia el éxito de la atención al paciente, optimizando de igual modo, los recursos disponibles (18).

Es indispensable la atención centrada en la persona, a través de la integración y participación del paciente y su familia en el cuidado, empoderando y contextualizando en cada caso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la atención centrada en la persona como aquellos enfoques y prácticas que consideren a la persona como un todo con muchos niveles de necesidades y metas, teniendo en cuenta sus propios determinantes sociales y personales, en relación con la salud (22).

Otro aspecto importante en el abordaje de las heridas crónicas es la valoración de estas mediante escalas validadas y su posterior registro, ya que estos datos nos ayudan a predecir su evolución y facilitan la toma de decisiones terapéuticas (23). Desde las diferentes sociedades científicas, como el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Ulceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP-HC) se aconseja la utilización de la Escala RESVECH V. 2.0 (Resultados esperados de la valoración y evolución de la cicatrización de las heridas crónicas, Versión 2.0) como instrumento de monitorización clínica y medida de la cicatrización en Ulceras por Presión y Ulceras de la Extremidad Inferior (Anexo 2). Esta escala cuenta con 6 ítems: Dimensiones de la lesión, Profundidad/tejidos afectados, Bordes, Tipo de tejido en el lecho de la herida, Exudado e Infección-inflamación (signos-biofilm) (24).

6.3 Ulceras de la extremidad inferior

Dentro del grupo de heridas crónicas nos encontramos con las úlceras de extremidad inferior (UEI), las cuales, según los resultados de Lanau-Roig (17), presentan una prevalencia e incidencia por encima del resto de heridas crónicas de otra etiología.

La ulcera de extremidad inferior (UEI) se define como una lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología puede referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo de tiempo esperado (25). En 2008 la Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de las Extremidad Inferior (CONUEI) publica una clasificación (tabla 2), existiendo tres etiologías predominantes que suponen el 95% del total: la venosa, la isquémica y la neuropática (25). La profundidad de las UEI puede oscilar desde las capas más superficiales de la piel hasta tejidos profundos como músculos o hueso.

El mecanismo último que produce la UEI es la falta de oxígeno en los tejidos, dando lugar a necrosis y la consecuente aparición de la úlcera. Existen diferentes mecanismos fisiológicos que provocan que este déficit de oxígeno en los tejidos se mantenga, lo que provoca el enlentecimiento del proceso natural de cicatrización de la lesión. El diagnóstico diferencial de la UEI es por lo tanto indispensable para realizar un correcto tratamiento de la herida.

El diagnóstico etiológico de la UEI viene determinado por la anamnesis, la exploración clínica y las pruebas complementarias. Los antecedentes personales y familiares, las patologías asociadas, los factores de riesgo, las características clínicas tanto de la herida como de la extremidad afectada, así como la presencia o ausencia de pulsos arteriales a nivel pedio, tibial posterior, poplíteo y femoral, nos informan sobre la entidad de la herida.

En el diagnóstico de las UEI se convierte en indispensable conocer si existe o no una alteración de la circulación arterial, ya que este dato va a ser clave a la hora de determinar el diagnóstico y elegir el tratamiento más adecuado.

En el caso de dudas sobre el compromiso del flujo arterial de la extremidad se recomienda realizar un índice tobillo brazo (ITB). El ITB es una prueba diagnóstica no invasiva, fácil y altamente reproducible a la vez que económica, mediante la que se determina el grado de enfermedad arterial periférica (Fig.7). Este parámetro compara la presión arterial sistólica de los tobillos (tibiales posteriores y pedias) con las arterias braquiales (humerales).

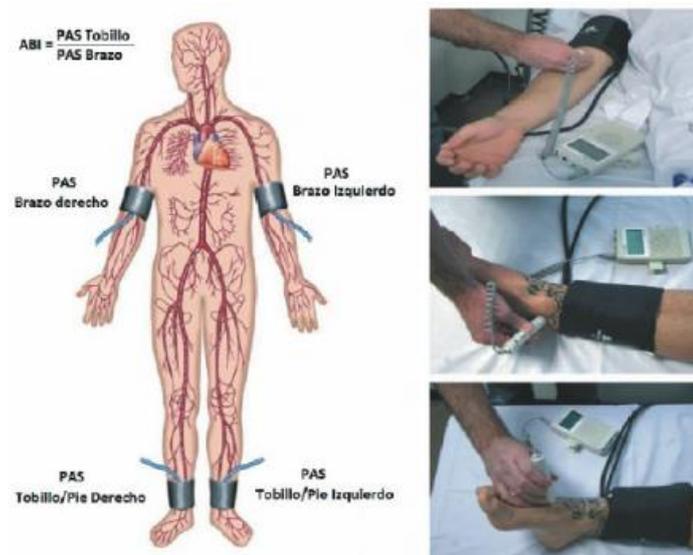


Fig. 7 Demostración de la realización del índice tobillo-braza mediante el estudio de la relación entre las presiones sistólicas de las arterias braquial (A), tibial posterior (B) y pedia (C). Fuente: Revista Española de Cardiología. Guindo, 2009

Las entidades principales causantes de una UEI son:

- Hipertensión Venosa: la hipertensión venosa provoca alteraciones hemorreológicas en capilares y vénulas, que conducen al infarto tisular. Se produce por una insuficiencia de la bomba muscular del gemelo, o bien por una incompetencia del sistema vascular venoso, la cual puede ser primaria, por insuficiencia venosa, o secundaria a una trombosis venosa profunda y/o flebitis (25).
- Isquemia arterial: Existe un déficit de aporte de sangre arterial a los tejidos, pudiendo presentarse de forma:
 - Aguda: déficit agudo y completo, causado por una embolia o trombo en el trayecto arterial.
 - Crónica: generalmente de etiología arterioesclerótica, donde se produce un déficit de aporte de flujo arterial, a consecuencia de una placa de ateroma.
- Neuropatía: la fisiopatología de la úlcera neuropática es plurifactorial e intervienen, de forma secuencial, tres tipos de factores: los predisponentes, los desencadenantes y los agravantes (6). En todo caso, la variación de la sensibilidad cutánea altera la percepción de una presión continua, interna o externa, sobre los tejidos provocando una hipoxia tisular mantenida que desencadena la aparición de la úlcera. La causa más frecuente es la polineuropatía diabética.

Tabla 2 Clasificación de la úlcera de extremidad inferior. Fuente: *Ulceras.net*

Etiología	Úlcera venosa	Úlcera isquémica	Úlcera hipertensiva	Úlcera neuropática
				
Localización	Tercio inferior de la pierna. Cara lateral interna	Variable, prominencias óseas	Tercio inf. Pierna cara lateral externa	Plantar y cara lateral de los dedos
Morfología	Oval	Irregular	Oval	Irregular
Bordes	Excavados, delimitados	Planos, necróticos	Planos	Excavados
Lecho	Granulomatoso	Atrófico	Atrófico	Granulomatoso
Dolor	Variable	Intenso	Intenso	Ausente
Elevación extremidad	Se alivia dolor	Empeora dolor	Empeora dolor	No se modifica dolor
pulsos	Positivo	Ausente	Positivo	Positivo
ITB	Normal	< 1	Normal	Normal

A parte de estas tres entidades diagnósticas causantes de la aparición de la mayoría de las lesiones en la pierna, existen otras causas que, aun siendo menos frecuentes, se deberán tener en cuenta a la hora de clasificar correctamente el tipo de lesión que debemos tratar. Estas son: la hipertensiva arterial, alteraciones hematológicas (anemia, plaquetopenia, ...), arteritis (artritis reumatoide, Síndrome de Wegener...), causas sépticas (Pioderma, Micosis...), avitaminosis (Vitamina B), tóxica/Iatrogénica, alteraciones metabólicas (calcifilaxis), y aquellas asociadas a otras patologías (enfermedad de Crohn, neoplasias,...) (6).

6.4 Úlcera de Etiología Venosa

Las úlceras de etiología venosa (UEV) representan, como ya se ha mencionado anteriormente, el grupo de lesiones más prevalente, entre el 75-80% del total de UEI.

Las UEV aparecen como consecuencia de un deterioro progresivo de la microcirculación cutánea, debido a la hipertensión venosa mantenida en las extremidades inferiores, la cual induce al infarto tisular que es la causa de la posterior ulceración (26). Por lo tanto, la UEV es la complicación más importante que puede aparecer en la evolución de la insuficiencia

venosa crónica (IVC). Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, en la IVC

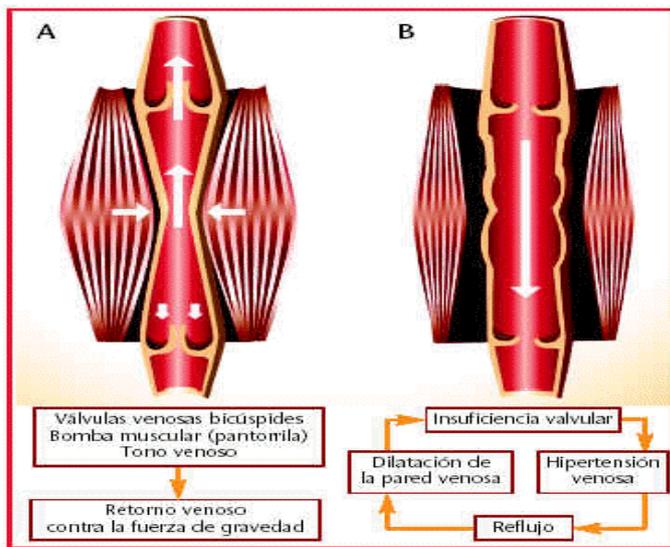


Fig. 8 Fisiología del retorno venoso de las extremidades inferiores en condiciones normales (a) y en presencia de patología (b). Fuente: Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. El papel del extracto de hojas de vid roja

aparece una incompetencia de las válvulas venosas por diferentes etiologías, que produce una dilatación de la vena y una separación de las válvulas (27). El fallo valvular favorece el paso de la sangre desde el sistema venoso profundo al superficial, aumentando la presión hidrostática y favoreciendo la aparición de varices (28). (Fig. 8 y 9)

La zona afectada aparece atrófica, con alteración de los tejidos, dermatitis asociadas, prurito y se vuelve de color ocre o rojizo. Como consecuencia de los microtraumatismos, se produce hipoxia tisular que provocará la muerte celular y la pérdida de sustancia, visualizándose úlceras que aumentan progresivamente de tamaño en sentido circunferencial y longitudinal, pudiendo llegar a abarcar la totalidad de la extremidad inferior (29).



Fig. 9 Ilustración de úlcera por estasis venoso Fuente: Center for Vein Restoration



Fig. 10 Úlcera de etiología venosa

Las UEV (Fig.10) son grandes, indoloras excepto en presencia de infección y de bordes irregulares. Se localizan predominantemente en la cara lateral interna del tercio distal de la pierna. La profundidad es variable, pero normalmente son superficiales. En el lecho suele conjugarse tejido de granulación con tejido desvitalizado, el exudado es abundante y sangran con facilidad. El tejido perilesional suele estar dañado, con descamación, producido en muchos casos por el exceso de humedad de la lesión (30).

6.4.1 Tratamiento de la úlcera venosa

6.4.1.1 Tratamiento tópico

Realizar un correcto diagnóstico de la etiología de la úlcera, y de forma temprana va a favorecer la correcta evolución de la lesión. El correcto diagnóstico nos va a llevar también a aplicar tratamientos adecuados dirigidos a corregir la causa de la herida. En el caso de las UEV, la terapia compresiva, el tratamiento quirúrgico, la preparación del lecho de la herida (PLH) mediante el uso del acrónimo “TIME” (Tabla 3), cuyas siglas en inglés se refieren a: control del tejido no viable (Tissue), control de la inflamación y la infección (Infection), control del exudado (Moisture) y estimulación de los bordes epiteliales (Edge), así como los consejos higiénico-dietéticos, van a ser los tratamientos de elección (31).

Los componentes individuales del TIME ofrecen unas pautas para ayudar a los profesionales sanitarios a desarrollar un enfoque integral, mediante el cual pueda aplicarse el conocimiento científico básico para desarrollar estrategias que optimicen las condiciones de cicatrización de las heridas crónicas (32).

Tabla 3 Acrónimo TIME. Fuente: elaboración propia

T	Control del tejido no viable, mediante limpieza y desbridamiento
I	Control de la Inflamación/Infección; valoración de la carga bacteriana.
M	Control del exudado; equilibrio de la humedad
E	Control y estimulación de los márgenes perilesionales

La cura en ambiente húmedo (CAH) se ha postulado como el tipo de cura tópica más eficaz para el tratamiento de las heridas.

La CAH se basa en el uso de productos que generan y mantienen en el lecho de la herida un ambiente húmedo que fundamentalmente facilita la migración epitelial. Los apósitos de CAH controlan el exudado, tienen capacidad de provocar desbridamiento autolítico y estimulan una cicatrización más fisiológica. El ambiente húmedo tiene efectos biológicos como prevenir la desecación celular, favorecer la migración celular, promover la angiogénesis, estimular la síntesis de colágeno y favorecer la comunicación intercelular. Todos estos elementos se traducen en efectos clínicos como: menos dolor, aislamiento térmico, desbridamiento autolítico, mayor velocidad de cicatrización y mejor calidad de la cicatriz.

Las evidencias científicas disponibles demuestran la efectividad clínica y ventajas en coste/beneficio (espaciamiento de curas, reducción tiempos de enfermería, menor manipulación de las lesiones...), de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional a través de apósitos de gasa, también conocida como cura seca (32).

6.4.1.2 Tratamiento etiológico:

Ya hemos comentado que es indispensable para la correcta evolución de una herida, tratar la causa que la produce. En el caso de la UEV, la causa principal es la HTVA, por lo que el tratamiento etiológico irá encaminado a corregir dicha hipertensión:

- a) Procedimientos quirúrgicos y endoluminales: es preceptivo realizar a todos los pacientes con UEV, estudio hemodinámico mediante técnica eco-Doppler, con el objetivo de confirmar y/o descartar la orientación diagnóstica inicial. En el 40-70% de las UEV se ha evidenciado un reflujo venoso patológico en el sistema venoso superficial, dato fundamental en la indicación de estrategias terapéuticas mediante técnicas quirúrgicas y endoluminales. (6)
- b) La Terapia de compresión venosa: En relación al tratamiento etiológico de la UEV la terapia de compresión venosa es indispensable para conseguir una evolución favorable de la úlcera por estasis venosa, así como en la prevención de recidivas. La terapia de compresión consiste en la compresión gradual y decreciente de la pierna, de forma ideal, favoreciendo el retorno venoso, disminuyendo la HTVA y el edema (Fig.11).



Fig. 11 Efecto de la compresión en el retorno venoso Fuente: Misión Compresión

En la UEV, la evidencia ha demostrado que la compresión es mejor que la no compresión y que la alta compresión (>40mmHg) es mejor que la baja compresión (<20mmHg) (6). Es indispensable informar adecuadamente al paciente sobre esta terapia con el objetivo de conseguir su adhesión al tratamiento.

Tras una evaluación minuciosa del paciente, los profesionales deben identificar los objetivos de cuidado y las opciones de tratamiento de acuerdo con el diagnóstico subyacente. Es importante aplicar una presión suficiente para mejorar la IVC y disminuir el edema, pero también teniendo en cuenta las posibles enfermedades concomitantes. Un retraso en la introducción de una compresión terapéutica, de incluso un mes, puede demorar la cicatrización y prolongar síntomas como el dolor. Sin embargo, es mejor cierta compresión que no aplicar ninguna y una introducción en fases puede mejorar el cumplimiento en algunos pacientes. Los profesionales deben saber que puede haber más de una forma de conseguir los objetivos del tratamiento (33).

En la aplicación de la terapia compresiva se han de tener en cuenta una serie de contraindicaciones y efectos secundarios:

- Contraindicación absoluta: ITB < 0,60, la artritis y dermatitis aguda.
- contraindicación relativa: insuficiencia cardíaca congestiva.
- Efectos secundarios: dermatitis, lesiones por presión.

Sin embargo, la evidencia científica que sustenta la eficacia de la terapia de compresión venosa en el tratamiento de la UEV, no se ve reflejada en el uso que se

hace de esta por parte de los profesionales sanitarios. En una revisión de la literatura realizada por Simon et al (34), se desprende que, a pesar de la efectividad de la terapia compresiva, los niveles de seguimiento de esta son muy bajos. Los factores que influyen en esta baja práctica son el desconocimiento o falta de adiestramiento por parte de los profesionales y, por otro lado, la mala o poca tolerancia del paciente a la terapia lo que provoca baja adherencia y aceptación a la compresión venosa. Los profesionales deben detectar y dar respuesta a aquellos problemas que aparecen frecuentemente durante la aplicación de la terapia compresiva. La esencia de una buena terapia compresiva reside en una reevaluación regular, que permita la identificación precoz de los problemas y el establecimiento de objetivos terapéuticos realistas (33).

6.4.2 La insuficiencia Venosa Crónica

El tiempo de cicatrización de las UEV oscila entre los 4-6 meses; a pesar de ello nos encontramos con pacientes con una evolución de más de seis meses e incluso años.

Con todo lo expuesto hasta el momento, evitar la aparición de estas lesiones debe ser una prioridad. La insuficiencia venosa crónica (IVC), aun siendo una enfermedad de buen pronóstico vital en principio, tiene una elevada morbilidad en estadios avanzados, por lo que su prevención es muy importante permitiendo por otra parte racionalizar los recursos necesarios para su control (7). La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Salud, como el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. La insuficiencia venosa crónica genera un impacto negativo en la calidad de vida, por ello la importancia de sus medidas preventivas en relación con dicha patología. El diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes diagnosticados de IVC, así como la prevención en aquellos con factores de riesgo de presentar incompetencia venosa en las EEII, es fundamental para evitar alcanzar estadios en los que ya aparecen los cambios tróficos en la piel y la posterior ulceración.

Los principales factores que predisponen a la aparición de la IVC y que, en consecuencia, podrían desarrollar una UEV, según los datos epidemiológicos que resultan de la gran mayoría de estudios, son (18):

- La edad: la aparición de la enfermedad venosa es proporcional al aumento de la edad, sobre todo a partir de los 30 años.
- El sexo: es predominante en el sexo femenino, y se relaciona con una mayor longevidad y las gestaciones.
- La actividad: el factor postural y la movilidad afectan directamente sobre el sistema valvular y la aparición de insuficiencia venosa.
- La obesidad: en ocasiones conlleva a la aparición de linfedema como elemento asociado.
- La herencia: el factor hereditario se considera como una insuficiencia venosa primaria, asociada a una debilidad del tejido conectivo de las venas.

En el año 1995, la Unión Internacional de Flebología, representada por 36 sociedades científicas unificaron los criterios de clasificación de la IVC, elaborándose la clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica, denominada CEAP que unificaba criterios de clasificaciones utilizadas hasta ahora (35). La clasificación CEAP (Fig.12) consta de cuatro parámetros que suministran datos sobre la clase clínica, los síntomas, la etiología, las alteraciones anatómicas y los mecanismos fisiopatológicos que presenta un determinado paciente.



Fig. 12 Clasificación CEAP. Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la encuesta DETECT-IVC 2006 confirman la elevada prevalencia de la IVC en España. El estudio ofrece un resultado de un 38% de pacientes con una clasificación CEAP de entre 2 y 6, atendidos en centros de atención primaria; mientras que las derivaciones a la atención especializada solo alcanzan el 9%. Según este estudio el 2% de los pacientes examinados presentaban úlcera cutánea (36). Por otro lado, según los

resultados del estudio de 2014 de Escudero (37), sobre prevalencia y características clínicas de la enfermedad venosa crónica en España, esta es altamente prevalente en pacientes atendidos en Atención Primaria, especialmente en mujeres y en edades más avanzadas, mientras que la derivación al especialista o la utilización de los tratamientos más invasivos es infrecuente. A partir de estos datos, podríamos considerar que la visión que se tiene de esta enfermedad, sobre todo en estadios iniciales es de poca relevancia, en términos de prevención.

6.4.3 Epidemiología de la Ulcera de etiología venosa

La UEV constituye un problema con una gran importancia socioeconómica y sanitaria, tanto por su elevada incidencia y prevalencia en la población, como por las importantes repercusiones sociosanitarias que suponen. Constituyen un proceso patológico crónico frecuente en la práctica diaria, que genera una importante demanda en los servicios de salud, con dificultad en muchos casos de establecer un claro diagnóstico diferencial y en la que se observa amplia variabilidad en el tratamiento. Además, es una patología que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen debido a sus altas tasas de recurrencia (32).

Una vez aparece la UEV, en la literatura se observa variabilidad en el tiempo para la epitelización. Un estudio realizado en Uruguay afirma que la velocidad de curación de las úlceras venosas crónicas es lenta: solo un 50% cura a los cuatro meses, el 20% permanece abierta al cabo de dos años y el 8%, al cabo de cinco años (38).

Según las recomendaciones del Consenso Internacional de Heridas (2015), este reporta tasas medias de cicatrización a 6 meses del 45% en pacientes tratados en Atención Primaria y del 45% al 70% los tratados en clínicas especializadas (39). González-Consuegra (11) estima la mediana de antigüedad de las úlceras activas en 210 días, con una enorme variabilidad que oscila desde menos de un año hasta más de 67 años.

Existen factores externos e internos en relación con el paciente que presenta una UEV que favorecen o desfavorecen la progresión de la herida hacia la cicatrización, y que nos orientan sobre la evolución pronóstico de la lesión (6). Estos factores pronóstico van desde los relacionados con aspectos sociodemográficos, como la edad, el sexo, la raza, nivel

sociocultural y grado de dependencia, pasando por factores clínicos, como antecedentes patológicos, tratamientos farmacológicos, estilo de vida, hábitos tóxicos, antecedentes familiares o recidivas y características propias de la lesión, así como los factores relacionados con la asistencia recibida, tal y como hemos mencionado anteriormente. Todos ellos deben ser valorados, para poder garantizar una correcta atención al paciente con UEV y evitar que esta se alargue en el tiempo, más allá de lo esperado.

Los resultados obtenidos por Gonzalez-Consuegra (11) concluye que el 63% de los pacientes con UEV son mujeres, con una media de edad de 78,6 años. El 70,4% son personas casadas o con pareja de hecho y el resto viudas. El 67% viven con su esposo/a, el 26% con sus hijos y el resto solas o con hermanos. El 48% son personas sin estudios, y el 78% jubilados. En relación con la clínica, la insuficiencia venosa, es el principal diagnóstico relacionado; el 59% tenía una sola úlcera activa y el 74% confirmaban recurrencia de las lesiones. Berenguer Pérez (13), coincide con el perfil epidemiológico de las personas afectadas por UEV, el cual sigue siendo, principalmente, el de mujeres de edad avanzada, mayores de 70 años. En Latinoamérica, Santos et al (40), muestran en sus resultados, predominio del sexo femenino (57,4%) con una media de edad de 60 años, existencia de obesidad Tipo I (42,6%), como principales factores de riesgo, estar largos periodos de pie o sentados (79,6%), e hipertensión (81,5%), presencia de una única lesión (68,5%) y presencia de recidivas (66,7%).

Gethin et al (14) llevan a cabo una revisión sistemática de estudios observacionales que incluyeran a más de 50 pacientes, de cualquier parte del mundo. Se seleccionaron veinte estudios, en los que participaron 3.395 pacientes. Las características demográficas mostraron una proporción de mujeres a hombres de 1.2: 1, edad promedio de 47 a 65 años, altos niveles de comorbilidades que incluyen hipertensión (53 a 71%) y diabetes (16 a 20%), y sólo un estudio informó el origen étnico. Aproximadamente del 4 al 30% tenía altos niveles de depresión. El tamaño medio de la herida fue de 18,6 a 43,39 cm²; la duración media de la herida fue de 13,8 a 65,5 meses y el número medio de recurrencias fue de 4. Ningún estudio informó de forma conjunta sobre factores demográficos, antecedentes médicos y características de la herida. El estudio concluye la falta de un perfil integral y holístico de la población con UEV que permita el desarrollo de intervenciones específicas para mejorar los resultados.

Centrándonos en nuestro entorno, Cataluña, según datos ofrecidos por IDESCAT (Instituto de Estudios Estadísticos de Cataluña) es la segunda comunidad autónoma por número de habitantes de España, con una pirámide poblacional, prácticamente igual respecto a hombres y mujeres, y con un saldo vegetativo, ya que se producen más muertes que nacimientos, lo que tiende a contraer la pirámide, dando como resultado una población cada vez más envejecida. La esperanza de vida en Cataluña subió en 2019 hasta llegar a 83,83 años, siendo de 86,52 años en mujeres y de 81,02 para los hombres (41). El envejecimiento de la población es un factor determinante para el análisis de la atención sanitaria y la aplicación de estrategias centradas en el paciente crónico.

El envejecimiento no es un problema de salud, pero sí lo es si aparece dependencia. Por tanto, las políticas sobre envejecimiento y atención sociosanitaria de los ancianos deben dirigirse a reducir y/o retrasar su aparición y cuidar y dar apoyo cuando la dependencia aparece (42). La dependencia se asocia con determinados factores de riesgo, como la soledad, los bajos ingresos, el impacto de los eventos de la vida cotidiana (p, ej., la muerte de la pareja o de personas más cercanas), la acumulación de condiciones geriátricas (caídas, pérdidas sensoriales, incontinencia, desnutrición y demencia) y las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad isquémica, obstrucción crónica del flujo aéreo). Todo esto se agrava en las personas mayores de 85 años, de sexo femenino y bajo nivel educativo. Con el incremento del envejecimiento, la dependencia aumenta y se produce una desproporción entre las necesidades y los recursos disponibles -a menudo poco profesionalizados-, por lo que la solución a los problemas de dependencia sigue recayendo en la familia, sobre todo en las mujeres, que son el agente sanitario más importante de atención primaria (42).

La prevalencia de heridas crónicas es directamente proporcional a la edad, y con el progresivo envejecimiento de la población, el número de pacientes con UEI va en aumento, lo que conlleva mayores esfuerzos a la hora de tratar el problema (43). Retomando los datos sociodemográficos, más arriba indicados, resulta que el sexo femenino, es por lo que hemos visto, el más prevalente. Si a este dato le sumamos que, en muchas ocasiones, la mujer es quien adopta el papel de cuidadora principal, nos encontramos ante características sociales y de cargas familiares, que seguramente también estarán influyendo, de forma negativa, en la evolución de las heridas de estas personas.

6.5 Atención especializada al paciente con herida crónica

En la cultura del cuidado, el profesional de enfermería debe cumplir diversas funciones, una de las más esenciales es crear relaciones y brindar espacios de seguridad y confianza a los pacientes, con el fin de cumplir los objetivos de la atención, como lo es el de establecer y desarrollar planes de atención que integren todos los aspectos que puedan verse afectados en los pacientes ya sea físico emocional y espiritual. (44)

La cicatrización de las heridas crónicas es un fenómeno complejo, en muchos casos no conocido en su totalidad, y es imprescindible una atención coordinada y multidisciplinar que atienda con una visión integral a estos pacientes. Múltiples estudios evidencian la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales, así como la formación específica en heridas de los profesionales encargados de la atención a pacientes con heridas que se basen en evidencias científicas y también de la importancia de la existencia de la figura de la enfermera experta o de Práctica Avanzada en Heridas (45). Según los resultados de un estudio llevado a cabo en 3 hospitales de Bogotá, los resultados evidencian que el tiempo para la epitelización es menor en los pacientes que fueron atendidos por un profesional de enfermería especialista en el área de interés respecto al personal técnico en enfermería con o sin supervisión de profesional especialista (46).

Los profesionales encargados del cuidado de los pacientes con ulcera venosa son principalmente las enfermeras. Retomando el estudio de cohorte realizado por Campos (46), este concluye que los pacientes tratados exclusivamente por enfermeras especializadas en el tratamiento de heridas tenían mayores tasas de cicatrización. Si bien es cierto, y según Febre et al (44) el profesional de enfermería tiene un juicio para la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, continuos, seguros e integrales en la atención en salud de las personas, basados en la evidencia científica y demostrando su capacidad para cambiar de forma favorable el curso de la enfermedad o la mejora de las condiciones de salud de la población. La figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC), consigue, según los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo por Jimenez et al (47) altas tasas de cicatrización y mejoría clínica, a pesar de factores pronóstico desfavorables tales como complejidad de las heridas con larga evolución, presencia de patología de base y de enfermedades concomitantes, desfavorables todas ellas al proceso normal de cicatrización. Según Berenguer (13) asignar una enfermera de referencia en la unidad de heridas y la

estructura organizativa en torno a este problema puede influir en la mejora de la atención y el enfoque de este tipo de lesiones.

De estos resultados se desprende la necesidad de contar con enfermeras expertas en el cuidado de heridas tanto en el ámbito de la primaria como en el de la especializada, con la finalidad de realizar cuidados de calidad y basados en las últimas evidencias científicas, consiguiendo un abordaje integral del paciente con herida crónica y favoreciendo el trabajo multidisciplinar y la comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

7. Metodología

7.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de carácter cuantitativo, en el que tras una revisión de la literatura, se realizó una identificación de la totalidad de los pacientes con UEV que acudieron a la Unidad de Heridas durante el año 2020, y a partir de aquí, se clasificaron aquellos con una cronicidad superior a los 6 meses, describiéndose los aspectos sociodemográficos, clínicos y relacionados con la atención sanitaria, para su posterior análisis con el que se establecieron las características de este grupo de pacientes.

7.2 Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Heridas de Hospital Plató, en la ciudad de Barcelona, que atiende a los pacientes con heridas crónicas que se derivan de los centros de atención primaria (CAP) del Área Integral de Salud de la Barcelona Esquerre (AISBE) (Fig.12), la cual representa a una de las cuatro áreas sanitarias en las que está dividida la ciudad (Barcelona Izquierda, Barcelona Derecha, Barcelona Litoral Mar y Barcelona Norte).

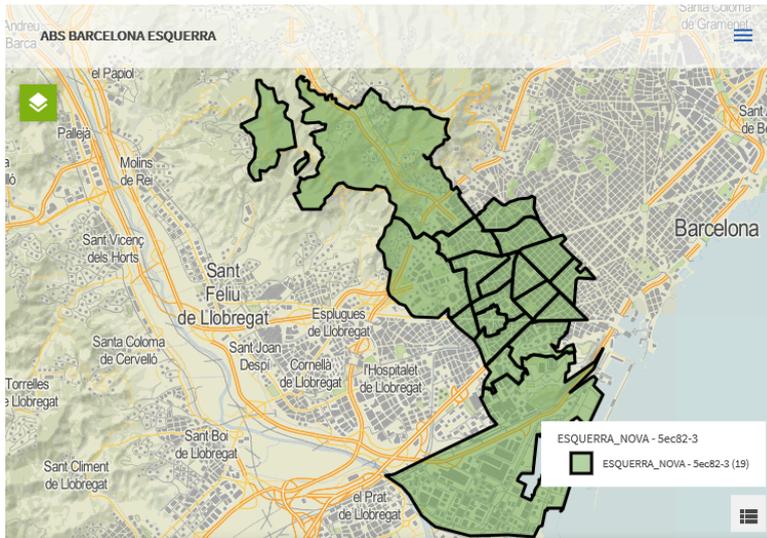


Fig. 13 Área Integral de Salud Barcelona Izquierda (AISBE) Fuente: http://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/Arees_Integrals_de_Salut/ais-barcelona-esauerra/

El Hospital Plató forma parte del AISBE donde se desarrolla un trabajo coordinado entre los profesionales de 19 Áreas básicas de Salud, de cuatro hospitales (Clínic, Plató, Sagrat Cor y Sant Joan de Déu de Barcelona) y otros proveedores de salud que atienden a una población de más de 500.000 personas de los distritos de Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià, Sarrià-Sant Gervasi y Eixample. La pirámide poblacional del AISBE (Fig.14), es regresiva con un envejecimiento creciente de su población (48).

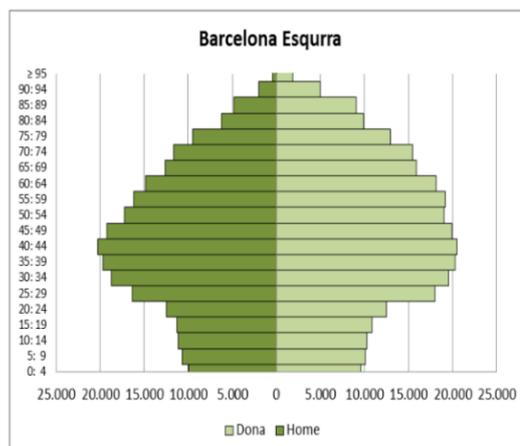


Fig. 14 Pirámide poblacional Area Integral de Salud Barcelona Izquierda (AISBE) 2019 Fuente: http://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/Arees_Integrals_de_Salut/ais-barcelona-esquerra/

La unidad de curas de Hospital Plató funciona de manera transversal, siendo liderada por una enfermera, la cual está identificada como Enfermera de Práctica Avanzada en el Cuidado de Pacientes con Heridas de Difícil Cicatrización. En el año 2006 se creó el Grupo

de Trabajo de Heridas del AISBE, representado por profesionales tanto de la especializada como de la atención primaria. Desde este grupo, se elaboró una Guía conjunta para el Tratamiento de Heridas, con el objetivo de unificar criterios, tratamientos, basados en evidencias científicas. Otro aspecto importante tratado desde el grupo de trabajo fue establecer una forma de comunicación efectiva entre los diferentes niveles asistenciales, que favoreciera el feedback entre los profesionales, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia a estos pacientes, así como la optimización de los recursos disponibles en nuestro sistema sanitario.

7.3 Población diana

Pacientes con úlcera venosa, con una cronicidad mayor a los 6 meses de evolución del AISBE.

7.4 Población de estudio: Criterios de inclusión y de exclusión

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes diagnosticados de úlcera venosa visitados en la Unidad de Curas de Hospital Plató, procedentes del AISBE, durante el año 2020.

De este total se identificaron aquellos pacientes con más de seis meses de evolución de la úlcera venosa, con el objetivo de conseguir un perfil que les caracterice. Debido al número total de individuos que configuraban la población, no se realizó muestreo, incluyendo así a todos los casos adultos con UEV que fueron visitados en la Unidad de Curas durante el año 2020.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes menores de edad o en fase terminal.

7.5 Variables de estudio

La información se recolectó mediante cuestionario ad hoc (basado en cuestionarios de estudios previos sobre el mismo tema y adaptado para este estudio) y de la revisión de registros clínicos obtenidos de la Historia Clínica del paciente. (Anexo 3)

Los datos se registraron en una base de datos creada para esta investigación en la que se incluyeron las variables a estudio:

- **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTILO DE VIDA:** sexo, edad, estado civil, nacionalidad, raza, ocupación, nivel de estudios, situación laboral, lugar de residencia, nivel de dependencia, hábitos tóxicos, vivir solo y cuidador principal.
- **VARIABLES CLÍNICAS:** Índice de masa corporal (IMC), antecedentes patológicos, características de la úlcera, tiempo de evolución, recidiva, tipo de cura, edema, terapia compresiva.
- **VARIABLES RELACIONADAS CON LOS RECURSOS SANITARIOS:** Centro de atención primaria (CAP) de referencia, visita al especialista, enfermera referente de heridas en el CAP y gestora de casos en el CAP.

7.5.1 Descripción de las variables de estudio

7.5.1.1 Variables sociodemográficas y estilo de vida

Sexo

- Definición conceptual: característica biológica que clasifica a la especie humana en hombres y mujeres.
- Definición operacional: variable cualitativa nominal caracterizada como: Hombre (1), mujer (2).

Edad

- Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo. Se expresará en años cumplidos.
- Definición operacional: variable cuantitativa discreta. Se categoriza en años cumplidos.

Estado civil:

- Definición conceptual: se refiere a la situación de la persona determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.
- Definición operacional: variable cualitativa nominal, caracterizada como: Soltero (1), casado/pareja de hecho (2), viudo (3) y separado (4).

Ocupación:

- a. Definición conceptual: actividad que desempeña una persona durante su vida laboral.
- b. Definición operacional: variable cualitativa, nominal: Se categoriza a través de texto libre.

Situación laboral:

- a. Definición conceptual: hace referencia a la situación de actividad laboral que tiene el individuo, en el momento del estudio.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: En activo (1), invalidez (2), jubilado/retirado (3) y desempleado (4).

Nivel educativo:

- a. Definición conceptual: Hace referencia al nivel académico más alto que una persona ha terminado.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal caracterizada como: Analfabetismo (1), escolarización básica (2), nivel técnico (3), estudios superiores (4)

Nacionalidad:

- a. Definición conceptual: La nacionalidad es el estado al que pertenece una persona que ha nacido en una nación determinada o ha sido naturalizada.
- b. Definición operacional: variable cualitativa, nominal: Se categoriza a través de texto libre.

Raza:

- a. Definición conceptual: Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc
- b. Definición operacional: variable cualitativa, nominal: Se categoriza a través de texto libre.

Hábito tabáquico:

- a. Definición conceptual: se refiere a la frecuencia de consumo de tabaco.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, que se categoriza como: Fumador activo (1), exfumador (2), nunca ha fumado (3).

Hábito enólico:

- a. Definición conceptual: hace relación a la frecuencia de consumo de alcohol.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal que se categoriza como: Consumidor habitual (1), exconsumidor (2), nunca ha consumido (3)

Grado de dependencia:

- a. Definición conceptual: capacidad de la persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Nos basamos en el índice de Barthel: instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto (Anexo 4).
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, que se categoriza como: Total (1), grave (2), moderado (3), leve (4) e independiente (5).

Lugar de residencia:

- a. Definición conceptual: se refiere al lugar físico donde reside el sujeto.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: domicilio particular (1), domicilio familiar (2), institucionalizado (3)

Cuidador principal:

- a. Definición conceptual: en caso de dependencia, se refiere a si existe la figura de un cuidador principal del paciente.
- b. Definición operacional: Variable cualitativa nominal, categorizada como: Si (1), No (2).

Vive solo:

- a. Definición conceptual: se refiere a si reside con más personas.
- b. Definición operacional: Variable cualitativa nominal, categorizada como: Si (1), No (2).

7.5.1.2 Variables antropométricas y clínicas**Índice de masa corporal:**

- a. Definición conceptual: El IMC es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Es un indicador confiable para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud. (Anexo 5)
- b. Definición operacional: variable cuantitativa continua, que categorizaremos en 3 intervalos: >29,5 (1), Entre 24,5 y 29,5 (2), <24,5 (3).

Antecedentes patológicos (AP):

- a. Definición conceptual: patologías crónicas, concomitantes con la UEV
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, caracterizada como: Hipertensión Arterial (1), Diabetes (2), Dislipemia (3), Insuficiencia cardiaca (4), Patología Respiratoria (5), Patología Reumática (6), Patología Osteomuscular (7), Insuficiencia Venosa Crónica (8), Sdre. Postrombótico (9), Neoplasia (10), Insuficiencia renal (11), sin AP (12).

Índice Tobillo Brazo (ITB) realizado:

- a. Definición conceptual: conocer si se ha realizado ITB al paciente. El ITB es un método diagnóstico no invasivo, para detectar la existencia de arteriopatía incluso en fases asintomáticas de la enfermedad arterial periférica. Se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las arterias braquiales.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: Si (1) y No (2)

Cirugía de Varices:

- a. Definición conceptual: técnica quirúrgica convencional utilizada para la extirpación de las venas varicosas de medio y gran tamaño de las extremidades inferiores.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: Si (1) y No (2)

7.5.1.3 Variables relacionadas con la lesión y tipo de cura

Causa de la Lesión:

- a. Definición conceptual: hace referencia al factor desencadenante de la UEV

- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, caracterizada como: Espontanea (1), Postraumática (2), Dermatitis (3), Otras (4).

Recidiva:

- a. Definición conceptual: hace referencia a la reaparición de la ulcera, una vez ya había cicatrizado.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: Si (1) y No (2)

Tiempo de evolución de la lesión:

- a. Definición conceptual: duración del proceso de cicatrización, contabilizado desde su aparición hasta el momento en que se realiza el estudio.
- b. Definición operacional: variable cuantitativa continua, que se categoriza en intervalos: de 6 a 9 meses (1), de 9 a 12 meses (2), >12 meses (3), >3 años (4) y >5 años (5).

Localización:

- a. Definición conceptual: zona anatómica donde se encuentra la lesión.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: Cara interna EID (1), Cara externa EID (2), Cara interna EII (3) y Cara externa EII (4).

Evolución de la cicatrización en el momento del estudio:

- a. Definición conceptual: conjunto de características que presenta la lesión y que nos informan, mediante la recogida de datos a través de la Escala RESVECH 2.0, de la evolución pronóstico en materia de cicatrización de la lesión. (Anexo 2)
- b. Definición operacional: variable cuantitativa continua, categorizada con el valor de la puntuación obtenida al aplicar la escala RESVECH 2.0. Las puntuaciones se agruparán en 3 niveles: Puntuación entre 6 y 8 (1), entre 9 y 13 (2), >13(3)

Número de lesiones:

- a. Definición conceptual: se refiere a la cantidad de lesiones que presenta el sujeto en el momento del estudio
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: única lesión (1), Más de una lesión (2).

Dolor:

- a. Definición conceptual: El dolor en las úlceras venosas, es un síntoma que suele aparecer cuando existe infección y se relaciona también en el momento de las curas. Es necesario establecer un control de este síntoma y evaluarlo mediante escalas validadas. Para este estudio se utilizará la escala visual analógica (EVA) (Anexo 6), cuya puntuación va de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor).
- b. Definición operacional: variable cuantitativa continua, categorizada con el valor que resulta de aplicar la escala de valoración del dolor EVA. Las puntuaciones se agruparan en 2 intervalos: Puntuación <5 (1), puntuación >5 (2).

Presencia de Edema en la Extremidad:

- a. Definición conceptual: El edema o hinchazón de las piernas, que puede afectar a cualquier persona si permanece de pie por mucho tiempo, obedece a un desequilibrio del intercambio normal de líquidos entre el espacio intracapilar e intersticial en los miembros inferiores. Este intercambio es el resultado de dos presiones que actúan en dirección contraria: la hidrostática y la oncótica. La primera, que es intravascular, empuja el líquido contra las paredes finas de los capilares; la segunda lo atrae hacia el espacio intracapilar (49).
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: Si (1) y No (2).

Tipo de cura:

- a. Definición conceptual: La Cura en Ambiente Húmedo (CAH) se basa en el mantenimiento del nivel de humedad en el lecho de la herida mediante el aislamiento de la herida al exterior, favoreciendo así y acelerando el proceso de cicatrización. En el año 1962 George Winter demostró que los apósitos que mantienen la cura en ambiente húmedo aceleraban la curación. Desde entonces, se han diseñado y comercializado múltiples apósitos. En contraposición a este tipo de cura, está la cura seca o tradicional que consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones, aunque se retrasa la cicatrización.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: CAH (1), Cura Seca (2)

Alergia a productos/apósitos de cura:

- a. Definición conceptual: Reacción dermatológica de intolerancia a productos o apósitos utilizados para la cura de la herida.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal categorizada como: Si (1), No (2).

Terapia Compresión Venosa

- a. Definición conceptual: la compresión venosa es la única medida que ha mostrado un beneficio estadísticamente significativo en la curación de las úlceras venosas crónicas (50). El objetivo de la terapia de compresión es reducir la HTVA y el edema en las extremidades inferiores.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal categorizada como: Si (1), No (2).

Frecuencia de las curas

- a. Definición conceptual: intervalo de tiempo que transcurre entre la realización de una cura y la siguiente.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal, categorizada como: c/24h (1), c/48horas (2), c/72horas (3) y 1 vez/semana (4).

7.5.1.4 Variables relacionadas con los recursos sanitarios

Centro de atención primaria de Referencia:

- a. Definición conceptual: Centro de Atención Primaria del AISBE al que corresponde el paciente, y donde es atendido de forma ambulatoria.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal categorizada a través de texto libre.

Visita a Especializada

- a. Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde la aparición de la lesión y la primera visita a la Unidad de Heridas de hospital Plató.
- b. Definición operacional: Variable cualitativa nominal, categorizada como: < 3 meses (1), entre 3-6 meses (2), entre 6-12 meses (3), > 12 meses (4).

Referente de Heridas en Primaria

- a. Definición conceptual: La enfermera referente de heridas es “un profesional con amplios conocimientos, habilidades y actitudes, con capacidad y liderazgo para la toma de decisiones clínicas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas en relación con las heridas crónicas y basadas en las mejores evidencias disponibles, teniendo en cuenta la situación global de salud del paciente y su entorno de cuidados.” (51).
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal categorizada como: Si (1), No (2).

Gestora de Casos en Primaria

- a. Definición conceptual: La enfermera gestora de casos facilita al paciente todos los servicios sanitarios y sociosanitarios que deben cubrir sus necesidades. Evita duplicidades y mejora la calidad y efectividad de los resultados clínicos. Ofrece continuidad asistencial y facilita la coordinación entre los profesionales y niveles.
- b. Definición operacional: variable cualitativa nominal categorizada como: Si (1), No (2).

7.6 Análisis

Se registraron los datos obtenidos de la revisión de la historia clínica del paciente, en el cuestionario elaborado para este estudio.

La Escala de Barthel se utilizó para el registro de la variable Grado de Dependencia, la escala Resvech 2.0, nos sirvió para registrar las características de la lesión, y la escala EVA, para medir el dolor.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cualitativas o categóricas se representaron mediante valor absoluto y porcentaje, las variables numéricas mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación típica y rango). Se utilizó programa estadístico Excel.

7.7 Limitaciones del estudio

Se consideraron como posibles limitaciones a este estudio:

- ✓ Falta de registros en la Historia Clínica que imposibiliten la recolección de datos.
- ✓ Contexto de pandemia por Covid-19 durante el año 2020, en el que se realiza la selección de los pacientes.

8. Análisis estadístico y presentación de los resultados

Durante el año 2020 se visitaron en la unidad de heridas de hospital Plató, un total de 126 pacientes, de los cuales el 69,7% presentaban una UEI. El resto, correspondía a lesiones de otras etiologías.

Del total de pacientes atendidos con UEI, 58 presentaban una úlcera de etiología venosa, 17 pacientes la lesión era de etiología arterial y 13 pacientes presentaban lesiones de pie diabético (Fig.15)

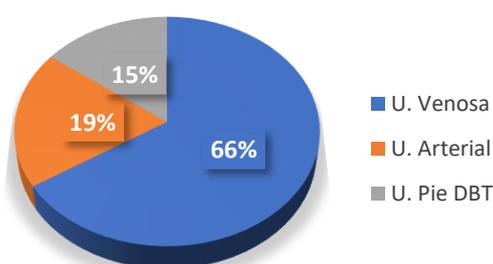


Fig. 15 Distribución Úlcera Extremidad Inferior

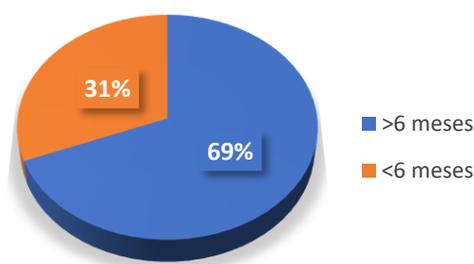


Fig. 16 Distribución Cronicidad úlcera de etiología venosa

De los 58 pacientes con UEV, a través de la revisión de la historia clínica, se identificaron 40 pacientes con la úlcera activa de más de seis meses de evolución, representando el 68,96% de pacientes con UEV visitados en la unidad de heridas (Fig.16)

A partir de aquí se identificó la población de estudio, 40 individuos, los cuales tras la revisión de la historia clínica se confirmó que cumplían los criterios de inclusión. Se extrajeron los datos a través de la revisión de las historias clínicas, teniendo en cuenta el cuestionario con las variables a medir.

Variables Sociodemográficas y estilos de vida de los pacientes con úlcera activa de más de 6 meses de evolución

En relación con la variable sexo, existe paridad entre hombres y mujeres (50%). La edad media de la población es de 81,17 años con una desviación estándar de 9,5, siendo la media de las mujeres de 84,1 años, desviación estándar de 6,8 y la de los hombres de 78,2 años, desviación estándar de 11,1. Los 40 individuos eran de raza blanca, 37 de nacionalidad española, 2 colombianos y 1 ecuatoriano.

En relación con el estado civil, el 15% eran solteros, el 40% casados, el 35% viudos y el 10% estaban separados, siendo mayor la proporción de mujeres viudas que de hombres (Fig.17).

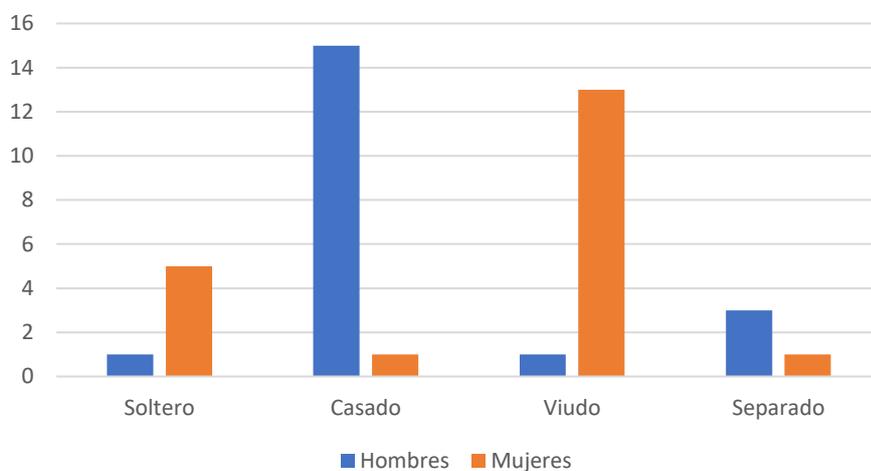


Fig. 17 Distribución variable Estado civil en función del sexo

La ocupación de los hombres es muy diversa: Albañil (10%), oficinista (10%), comercial (15%), tienda (10%), chófer (5%), sacerdote (5%), conserje (5%), mecánico (15%), médico (5%), empresario (10%), hostelería (10%). La ocupación de las mujeres es mayoritariamente ama de casa (60%), encontramos también maestras (10%), religiosa (5%), conserje (5%), en tienda (15%) y pianista (5%).

Del total de individuos, el 72,5% está jubilado/retirado. Las mujeres en un 80% y los hombres en un 65%; En activo encontramos 4 hombres y 4 mujeres, representando el 20% en relación con la variable situación laboral. No encontramos ningún individuo en situación de desempleo, y existen 3 hombres en situación de invalidez (Tabla 5).

En relación con el nivel de estudios, se halló un 3% de analfabetos, un 37,5% con escolarización básica, un 35% con estudios de grado medio y un 8% con estudios superiores. El analfabetismo se dio solo en el grupo de mujeres (Fig.18).

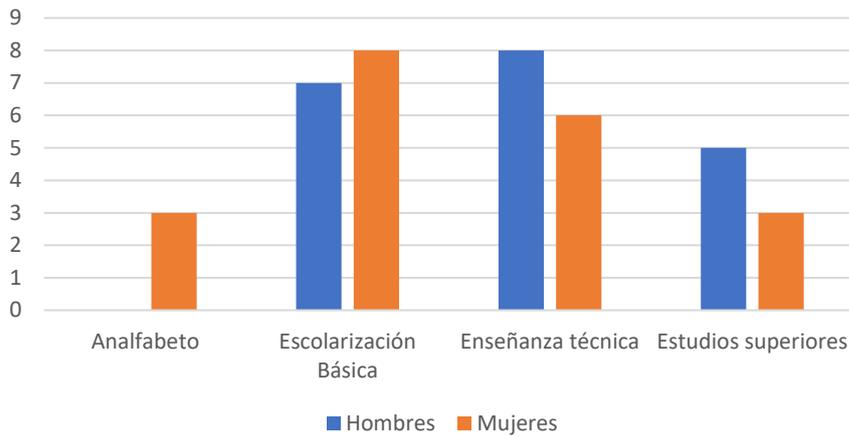


Fig. 18 Distribución variable Nivel de Estudios en función del sexo.

En relación con los hábitos tóxicos, el 60% de los hombres son exfumadores, frente al 10% de las mujeres. El 10% del total de individuos son fumadores activos, el 35% exfumadores y un 55% afirma no haber fumado nunca. El 35% de los hombres consumían alcohol habitualmente, frente al 0% de las mujeres. El 30% de los hombres eran ex consumidores y el 35% refirieron no haber consumido nunca alcohol. El 90% de las mujeres nunca habían consumido alcohol y el 10 % refirieron haber dejado el hábito.

En relación con el grado de dependencia (Fig.19) medido mediante la Escala Barthel, no se hallaron pacientes con niveles de dependencia total o grave, siendo el 55% totalmente independientes, el 37,5% con dependencia leve, y el 7,5% con dependencia moderada.

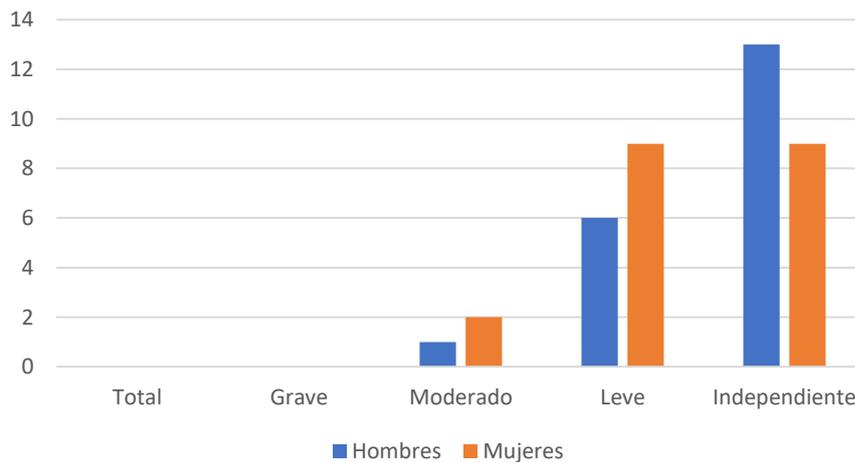


Fig. 19 Distribución variable Grado de Dependencia en función del sexo

El 87'5% de los pacientes residen en su domicilio particular (Fig.20). El 45% de los pacientes identifican un cuidador principal, frente al 55% que no lo identifica.

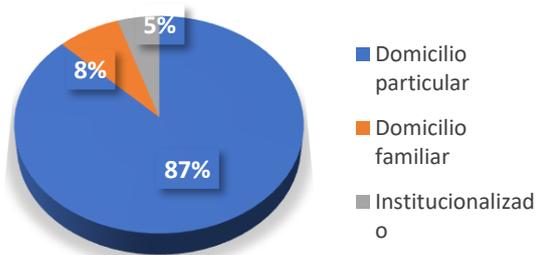


Fig. 20 Distribución de los pacientes en función del lugar de residencia Lugar de Residencia

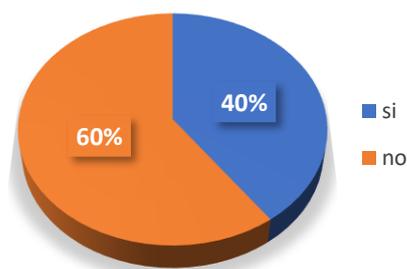


Fig. 21 Distribución de los pacientes en función de si Vive solo

De los 40 individuos incluidos en el estudio, 16 viven solos y 24 acompañados (Fig.21). El 55% de las mujeres viven solas, frente al 25% de los hombres. Por otro lado, solo el 30% de las mujeres identifica a un cuidador principal, mientras que entre los hombres la presencia de un cuidador principal es en el 60% de los casos.

Variables antropométricas y clínicas de los pacientes con úlcera activa de más de 6 meses de evolución

El 62,5 de la población tiene un IMC dentro de la normalidad, el 32,5% sobrepeso y un 5% presenta un peso por debajo de lo normal. El sobrepeso se da más en hombres que en mujeres (Tabla 4).

Tabla 4 Distribución y porcentajes Índice de Masa Corporal en función del sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sobrepeso (>29,5)	9	45%	4	20%	13	32,5%
Peso normal (24,5-29,5)	10	50%	15	75%	25	62,50%
Peso inferior (<24,5)	1	5%	1	5%	2	5,00%
	20	100%	20	100%	40	100%

El 90% de los casos tenían medición de ITB, solo en 4 casos no se encontró medición de ITB en la revisión de la historia clínica (Fig. 23).

Respecto a si habían sido sometidos a cirugía correctora de varices (Fig.22), encontramos que el 72,5% de los casos no tenían antecedente quirúrgico de varices, siendo el grupo de las mujeres el que presentaba mayor porcentaje de casos no operados (90%).



Fig. 22 Distribución Cirugía de Varices en función del sexo

Analizando los antecedentes patológicos (Fig.23), la insuficiencia venosa crónica (IVC) aparece en el 95% de los casos, la hipertensión arterial (HTA) en el 62,5%, la insuficiencia cardíaca (ICC) en el 50%, los problemas osteomusculares en el 45 %, la diabetes mellitus (DM) en el 30% y la insuficiencia respiratoria en el 20% % de los casos. Todos los casos presentaban como mínimo un AP, el 82,5% presentaban entre 2 y 5 AP y el 12,5%, más de 5 AP.

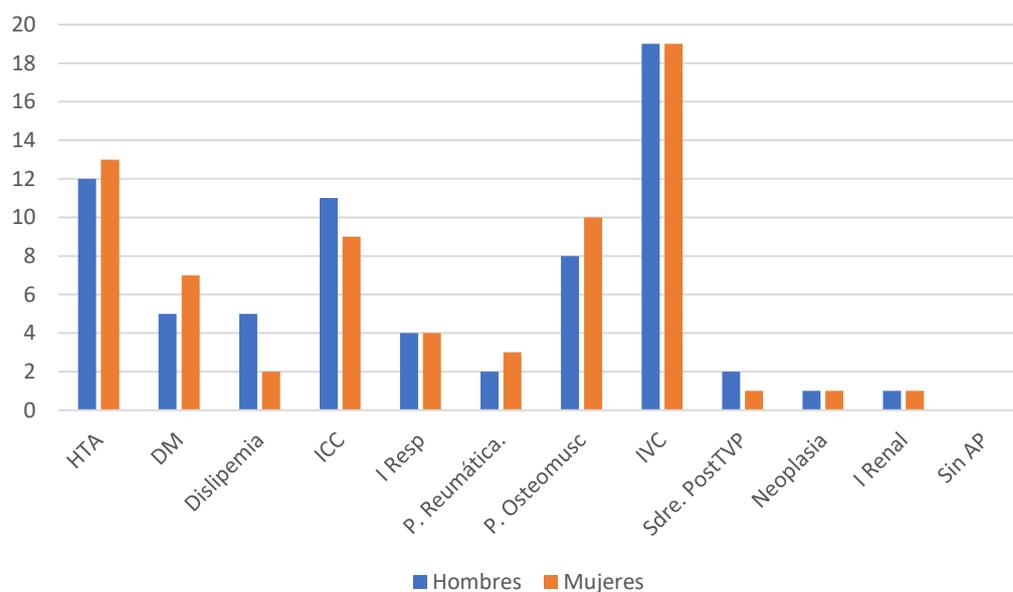


Fig. 23 Distribución Antecedentes patológicos en función del sex

Variables relacionadas con la lesión de los pacientes con úlcera activa de más de 6 meses de evolución

El 50% de las lesiones tenían un origen traumático, el 27.5% espontaneo y el 22,5% por dermatitis asociada. El 40% de los casos eran recidivas. El 85% de los pacientes presentaban una única lesión.

En relación con el tiempo de evolución de la lesión (Fig.24), el 45% de los casos presentaban periodos de cicatrización entre 9 y 12 meses, el 35% más de 12 meses, y el 15% por encima de los 3 años.

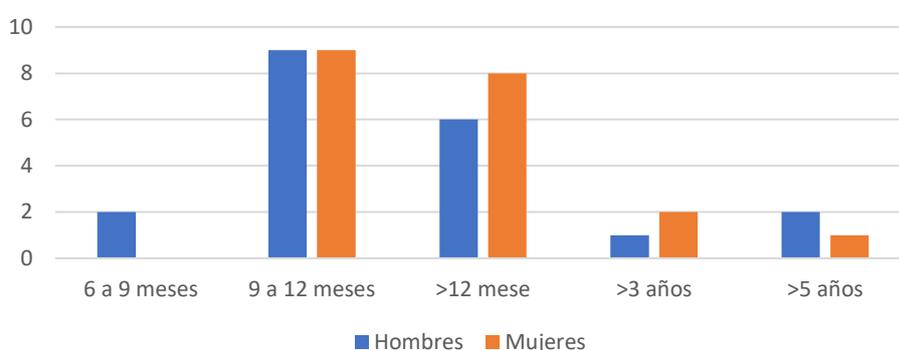


Fig. 24 Distribución de la Variable Tiempo de evolución de la lesión en función del sexo

El 31% de las lesiones se localizan en la cara interna de la EID; 31% en cara interna EII; 25% cara externa EII; 13% en cara externa EID.

El 77,5% presentaban una puntuación en la escala Resvech 2.0 entre 9 y 13 punto; el 20% una puntuación por encima de los 13 puntos, y el 2,5% una puntuación entre 6 y 8 (Tabla 5).

Tabla 5 Distribución y porcentajes de la puntuación de la Escala Resvech 2.0 en función del sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Entre 6 y 8	1	5%	0	0%	1	2,5%
Entre 9 y 13	14	70%	17	85%	31	77,50%
> 13	5	25%	3	15%	8	20,00%

En cuanto a la valoración del dolor (Fig.25), el 55% de los casos puntuaba en la escala EVA por debajo de 5; mientras que el 45% puntuaba el dolor por encima de 5.

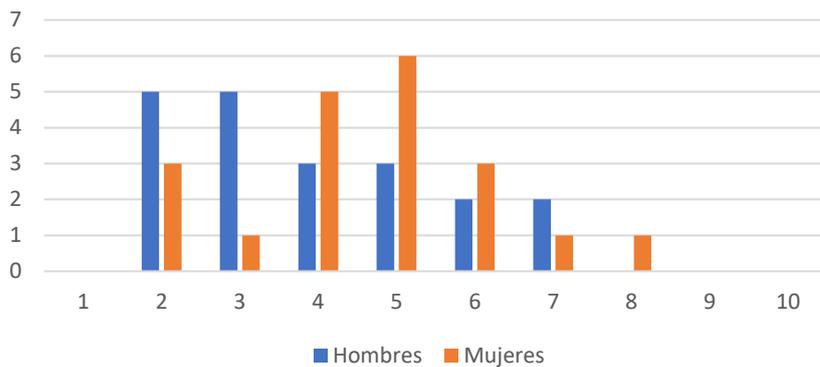


Fig. 25 Distribución puntuación Escala EVA en función del sexo

El 50% de los casos presentaba edema de la extremidad, frente al otro 50% que no presentaba. Las mujeres presentan más edema de EEII que los hombres (Tabla 6).

Tabla 6 Distribución y porcentajes Presencia de Edema

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	9	45%	11	55%	20	50%
No	11	55%	9	45%	20	50,00%
	20	100%	20	100%	40	100%

El 45% de los casos había referido alergia a algún producto relacionado con la cura, frente al 55% que no referían alergias. El tipo de cura más frecuente (87%) es la CAH. El 77,5% de los casos seguía tratamiento con terapia compresiva, frente al 22,5% que no llevaba compresión venosa. El 57,5% se cura con una frecuencia de c/ 72h, el 20% c/48h, el 12,5% c/24h y el 10% una cura semanal.

Variables relacionadas con los recursos sanitarios en relación con los pacientes con úlcera activa de más de 6 meses de evolución

En el 42% de los casos transcurrieron entre 3 y 6 meses desde el inicio de la lesión hasta la visita a la unidad de curas, en el 40% de los casos pasaron entre 6 y 12 meses y en el 13% de los casos más de un año. En la totalidad de los centros de atención primaria desde los que son derivados los pacientes existe la figura de enfermera gestora de casos, y solo en 4

de los 12 centros de atención primaria se identifica la figura de enfermera referente de heridas.

9. Discusión

Este estudio se ha centrado en describir las características de los individuos que presentan una UEV con una cronicidad superior a los 6 meses. Los estudios realizados hasta el momento en los que se reportan datos sobre las características sociodemográficas y clínicas del paciente con UEV, no diferencian en función de la cronicidad de las lesiones, hecho que nos imposibilita comparar resultados. Si bien, los datos de estudios previos nos ayudaron a centrar el estado de la cuestión sobre las características del paciente con UEV.

En el presente estudio, la úlcera de extremidad inferior representó el porcentaje mayor en relación con el tipo de lesiones crónicas que fueron valoradas en la unidad de heridas del Hospital Plató y de estas, la úlcera venosa representó el 66%, dato que coincide con el estudio de Lanau-Roig (17) donde la UEV fue el tipo de lesión con mayor incidencia y prevalencia y con Otero (38), donde el 70,3 % de las lesiones eran de origen venoso.

Del total de pacientes con UEV identificados en este estudio, el 68,96% presentaban una úlcera de más de 6 meses de evolución. De estas el 45% cicatrizó entre los 9 y 12 meses, el 42,5% tenían una evolución de entre 12 y 36 meses, y el 7,5%, llevaban más de 5 años activas. En la literatura se observa variabilidad en el tiempo para la epitelización. Otero-González (38) afirma que la velocidad de curación de las úlceras venosas es lenta: solo un 50% cura a los cuatro meses, el 20% permanece abierta al cabo de dos años y el 8%, al cabo de cinco años. González-Consuegra (11) estima la mediana de antigüedad de las úlceras activas en 210 días, con una enorme variabilidad que oscila desde menos de un año hasta más de 67 años y Gethin et al (14) reportan una duración media de la herida de 13,8 a 65,5 meses.

Según estudios previos sobre el perfil de paciente con UEV, esta es más prevalente en mujeres que en hombres (11,13,14,38,39,41). En nuestro caso, en relación con la incidencia de la UEV de más de 6 meses de evolución, existe paridad entre sexos.

La edad reportada en estudios sobre incidencia de UEV, habla de individuos mayores a 65 años. El documento de la CONUEI (6) así lo sostiene, como sucede en los diferentes estudios seleccionados en este trabajo, a excepción de Escudero Rodríguez (37) que reporta

una edad media de 53,7 años, Santos et al (40) indican la media de edad en 60 años, y Gethin et al (14) reportan una franja de edad de 47 a 65 años. Debemos recordar que son medias de edad en estudios donde no se diferencia a los pacientes en función del tiempo de evolución de la UEV. En nuestro caso, para las UEV con cronicidad superior a los 6 meses, se describió una media de edad de 78'6 años, mayor a lo reportado sobre estudios que indican el perfil del paciente con UEV, siendo en nuestro caso también mayor en las mujeres que en los hombres, dato que se correlaciona con la mayor supervivencia de las mujeres respecto a los hombres en nuestro entorno (41). La edad es un factor pronóstico en la evolución de la herida, a causa del envejecimiento, tal y como reporta Escudero Rodriguez (37).

Gonzalez-Consuegra (11) describe un 70,4% de pacientes con UEV casados, similar al porcentaje que se desprende del grupo de pacientes con cronicidad de la ulcera de más de 6 meses de evolución de este estudio, el cual representa el 70% de los casos. Cabe destacar que se ha observado una diferencia sustancial en relación con el estado civil entre mujeres y hombres en el presente estudio, ya que, dentro del grupo de mujeres, solo el 5% están casadas y el 65% son viudas. Este dato se relaciona también con la longevidad de la mujer y se podría considerar como un factor negativo, secundario al envejecimiento, la soledad y la falta de apoyo familiar. Se observa que el 55% de las mujeres viven solas, frente al 25% de los hombres, y solo el 30% de las mujeres identifica un cuidador principal, frente al 60% de los hombres que si lo identifican. Perdomo Pérez (8), reportó que las lesiones de los pacientes que vivían solos eran más graves, y estos además tenían peor calidad de vida que los que vivían acompañados. Según la encuesta DETECT-IVC (36), los factores de riesgo asociados a la dependencia se agravan en las personas mayores de 85 años, de sexo femenino y bajo nivel educativo. En relación con el nivel educativo de los casos incluidos en este estudio, el 37,5% tiene una escolarización básica, y un 7,5% eran analfabetos. La falta de estudios se da únicamente en mujeres. Lanau-Roig (17) reporta un 48% de personas sin estudios y Otero Gonzalez (38) habla de un 6,3% de analfabetos. En relación con el grado de dependencia, en este estudio, mediante valoración de la Escala Barthel se detectó que el 55% de los casos eran independientes, el 37,5% presentaban una dependencia leve y un 7,5% dependencia moderada, aportando también un resultado de 87,5% de los casos que residían en su domicilio particular, y un 7,5% residían en casa de algún familiar.

La situación laboral más frecuente de los casos reportados en este estudio es la de retirado/jubilado, dato que se justifica con la edad media de los casos. Destaca la

variabilidad de ocupaciones en el hombre, predominando profesiones que requieren sedentarismo o bipedestación prolongada, y en el caso de las mujeres la ocupación de ama de casa es la más frecuente. Tal y como describen Santos et al (40), el hecho de estar muchas horas de pie o sentado, es un factor predisponente de enfermedad venosa crónica y presencia de UEV.

En relación con las características antropométricas y clínicas de los casos estudiados, el 45% tenían sobrepeso, dato que se asemeja al de Santos et al (40), los cuales reportan una tasa del 42,6% para Obesidad Tipo I.

La IVC es el antecedente patológico con mayor incidencia (95%) de los casos, seguido de la HTA (62,5%) y la ICC (50%). La UEV es la consecuencia de la enfermedad venosa evolucionada, por lo que no sorprende que esta sea el antecedente común a la práctica mayoría de los casos estudiados, como describe también Gonzalez-Consuegra (11). En relación con la HTA, coincide con los resultados aportados en estudios previos (14, 41). El 82,5% de los casos presentaban de 2 a 5 antecedentes patológicos, y el 12,5% más de 5. La comorbilidad es un factor pronóstico de elevada cronicidad de la UEV, tal y como describen Ghetin et al (14).

En el 90% de los casos se obtiene una medición de ITB, superior a la reportada en la revisión de Gonzalez-Consuegra (11), que solo contaba con un 22% de casos con ITB realizado, hecho que demuestra la incorporación de esta prueba en la práctica diaria y valoración del paciente con UEI.

Los problemas osteomusculares se reportan en el 45% de los casos. Este dato es importante tenerlo en cuenta ya que influye directamente en la movilidad de los pacientes y la indicación de medidas terapéuticas tales como la deambulación, o el tipo de vendaje compresivo más adecuado, en función de la movilidad. De igual manera, la ICC, determinará la opción terapéutica compresiva que mejor se adapte para el tratamiento de la UEV (33). En este estudio el 77% de los pacientes seguía tratamiento con terapia de compresión venosa. A pesar de ello, la presencia de edema en la extremidad aparece en el 50% de los casos, hecho que se podría relacionar con la imposibilidad, a consecuencia de la falta de registros en la historia clínica, de definir el tipo de compresión utilizada en cada caso y si este era el más idóneo.

El 85% de los casos estudiados presentaban una única lesión, dato que es superior al de estudios previos en los que se describen porcentajes menores para pacientes con una única

lesión: 59% para Gonzalez-Consuegra (11), 51,6% para Otero Gonzalez (38) y 68,5% en el estudio de Santos et al (40). El 40% de los casos de este estudio correspondían a recidivas, dato inferior al reportado en estudios previos que describen la recidiva por encima del 65% de los casos (11,40).

En relación con las características de la úlcera con más de 6 meses de evolución, descritas en el presente estudio, el 50% tenían un origen traumático, dato que difiere de otro estudio en el que el traumatismo no es el principal modo de inicio de la úlcera venosa representando el 37,5% (52); en cuanto a la puntuación en la escala Resvech 2.0, lanza un 77,5% de úlceras con puntuación entre 9 y 13, y un 20% con puntuación mayor a 13 puntos. Según Campos-Guzmán (46), un índice de Resvech 2.0 menor o igual a 13 es un factor protector. Asimismo, el estado de la lesión se relaciona con la calidad de vida tal y como explica Perdomo Pérez (8). El 62% de las UEV se localizaban en la cara interna de la extremidad, dato que concuerda con lo indicado en el documento de consenso de la CONUEI (6), y que sin embargo difiere de los resultados obtenidos por Gonzalez-Consuegra (11) en los que el 55,6% se localizaban en la zona maleolar externa.

En los resultados de Weller et al (53), las úlceras más grandes, los niveles más altos de exudado, las circunferencias más grandes de la pantorrilla y la duración más prolongada de la úlcera se asociaron con la falta de curación a las 12 semanas.

En un 45% de los casos estudiados la puntuación del dolor mediante escala EVA estaba por encima de 5. Según los resultados de Phillips et al (54), el dolor relacionado con el tratamiento y las úlceras, así como el olor y el exudado, parecieron tener efectos negativos significativos y directos sobre la calidad de vida, con efectos adicionales y acumulativos sobre el sueño, la movilidad y el estado de ánimo.

Junto con la terapia compresiva, la indicación quirúrgica para corregir la HTVA, así como para prevenir recidivas, alcanzan un nivel de evidencia alto según las recomendaciones de la CONUEI de 2018 y las tasas de cicatrización se sitúan en torno al 90-95% post cirugía, con una morbilidad del 10-12% y ausencia de mortalidad (6). En este estudio se ha encontrado que tan solo el 27,5% de los casos se habían sometido a cirugía correctora del retorno venoso. En el estudio de prevalencia de la enfermedad venosa crónica en España (37), la recomendación quirúrgica constituyó el 4% de todas las recomendaciones, y en un 7% se consideró necesaria la derivación al especialista desde primaria. En este estudio el 40% de los casos fueron derivados a la Unidad de curas especializada, transcurridos entre

6 y 12 meses desde la aparición de la úlcera y en un 13% de los casos había pasado más de un año. Los estudios indican la importancia de derivación temprana al especialista, así como la atención especializada a los pacientes con heridas crónicas hecho que disminuye las tasas de cicatrización (13,39,44,45). La figura de enfermera referente en heridas se identifica en tan solo 4 de los 12 centros de atención primaria desde los que son derivados los pacientes de este estudio para control en la unidad de heridas.

Una de las principales causas que predisponen a tener esta elevada cronicidad es el envejecimiento, así como también la alta comorbilidad y la falta de cuidados y acompañamiento. La soledad de nuestros mayores es un hecho, que unido a otros factores de riesgo como, la falta de autocuidado y el nivel socioeconómico interfieren en la correcta evolución de las heridas. A todo ello debemos sumar, la escasez de enfermeras referentes de heridas en los centros de atención primaria, así como las derivaciones al especialista en las fases iniciales de la enfermedad venosa, con el objetivo de evitar la evolución de la enfermedad hacia la aparición de la úlcera.

Tal y como se describe en un estudio sobre el cuidado de heridas, este debe establecerse bajo un nuevo paradigma centrado en el paciente. Su entorno, incluido los factores sociales, influyen en la cicatrización de heridas. El dolor, la cronicidad, el empeoramiento provocan estrés, y este repercute en la cicatrización; por el contrario, las interacciones sociales positivas pueden favorecer la evolución hacia la correcta cicatrización (55).

La principal limitación con la que nos hemos encontrado ha sido la falta de unificación en los registros en relación con la atención de pacientes con heridas, a pesar de tratarse de pacientes que se visitan en la misma área sanitaria, y en la que es posible la revisión de los registros por parte de todos los profesionales encargados de la atención a estos pacientes. Por este motivo, creemos necesario una unificación consensuada en relación con los registros de las características socioculturales y clínicas del paciente con herida crónica, que facilite la comunicación entre los diferentes profesionales y de los diferentes niveles asistenciales, con el objetivo de mejorar las estrategias de tratamiento, teniendo una visión más holística del paciente. En este punto cobra especial interés la figura de la enfermera referente de heridas que facilite la vehiculización de los cuidados del paciente con heridas y la comunicación entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Otro aspecto importante, relacionado con el perfil del paciente con una UEV, ha sido el hecho de no disponer de datos para la valoración del estado nutricional, teniendo en cuenta

el importante papel que juega en el proceso de la cicatrización. Sin embargo, si se ha podido detallar el IMC de los casos estudiados sirviéndonos en este estudio de esta medida como indicador del estado nutricional de los sujetos.

10. Conclusiones

- La úlcera venosa sigue siendo el tipo de lesión con mayor prevalencia dentro del grupo de úlceras de extremidad inferior, dato que requiere un esfuerzo por parte de los profesionales para conocer cuáles son aquellos factores que la predisponen, así como incidir en su prevención y tratamiento adecuado para garantizar periodos de cicatrización dentro de intervalos de tiempo esperados.
- El perfil del paciente con UEV de más de 6 meses de evolución resultó ser un adulto de edad avanzada, pluripatológico, destacando la insuficiencia venosa crónica, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y la patología osteomuscular como principales antecedentes.
- El 87% residían en su domicilio y el 55% de las mujeres vivían solas, y de estas solo el 30% identificaba a un cuidador principal. La gran mayoría presentaba una única lesión, de origen postraumático, localizada en la cara interna de la extremidad, con un índice de Resvech 2.0 de entre 9 y 13 puntos y con una evolución de entre 9 y 12 meses en el 45% de los casos
- La identificación de la figura de la enfermera referente en heridas en primaria es escasa y existe variabilidad en los registros en la historia clínica en relación con la atención de los pacientes con heridas, siendo tardía la derivación al especialista.

11. Futuras líneas de investigación

Una vez desarrollado el trabajo se recomienda ampliar este estudio, realizando una valoración social más exhaustiva de los pacientes que tienen una UEV, comparando los que presentan periodos de evolución menor a los 6 meses con los que presentan una evolución más prolongada.

12. Bibliografía

1. Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, et al. Prevalencia de heridas crónicas en la población general: revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2019 [citado 9 May 2021]; 29: 8-15.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>
2. Augustin M, Maier K. Psychosomatic Aspects of Chronic Wounds. *Dermatol Psychosom* [Internet]. 2003[citado 9 May 2021]; 4 (1): 5–13.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000070529>
3. Sen CK. Las heridas humanas y su carga: un compendio actualizado de estimaciones. *Cuidado avanzado de heridas (New Rochelle)* [Internet]. 2019 [citado 9 May 2021]; 8 (2): 39–48.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/wound.2019.0946>
4. Gillespie P, Carter L, McIntosh C, Gethin G. Estimating the health-care costs of wound care in Ireland. *J Wound Care* [Internet]. 2019 [citado 9 May 2021]; 28 (6): 324–30.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2019.28.6.324>
5. Marinello J. Úlceras de la extremidad inferior. 2nd ed. Barcelona: Glosa; 2005. p.23-24
6. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la Extremidad Inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
7. Miguel Abad C, Rial Horcajo R, Ballesteros Ortega MD, García-Madrid C. Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica. ID Médica. Torrejón de Ardoz, 2015.
8. Perdomo Perez E, Soldevilla Agreda J, Garcia Fernandez F. Relación entre calidad de Vida y Proceso de Cicatrización en Heridas Crónicas complicadas. *Gerokomos*. 2020;31(3):166-172
Disponible en: <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2020/10/31-3-2020-166.pdf>
9. López Herranz M. Prevalencia de úlceras vasculares de extremidad inferior. Revisión sistemática. Diseño de una guía terapéutica basada en criterios etiopatogénicos y anatomoclínicos. *Reduca*. 2011;3(2):143-154. ISSN: 1989-5305
10. Persoon A, Heinen MM, Van Der Vleuten CJM, De Rooi JMJ, Van De Kerkhof PCM, Van Achterberg T. Leg Ulcers: A Review of their Impact on daily life. *J Clin Nurs* [Internet]. 2004 [citado 9 May 2021]; 13:341–354.
Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00859.x>

11. Gonzalez-Consuegra R. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología Venosa: Adaptación transcultural y validación del “Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ)” y del “Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)”. [Tesis]. Universidad de Alicante; 2011.
12. Gethin G, Probst S, Stryja J, Christiansen N, Price P. Evidence for person-centred care in chronic wound care: A systematic review and recommendations for practice. *J Wound Care* [Internet]. 2020 [citado 9 May 2021]; 29 (Sup9b): S1–22.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup9b.S1>
13. Berenguer Perez M, López Casanova P, Sarabia Lavín R, González de la Torre H, Verdú-Soriano J. Epidemiology of venous leg ulcers in primary health care: Incidence and prevalence in a health centre—A time series study (2010- 2014). *Int Wound J* [Internet]. 2019[citado 9 May 2021]. ;16: 256–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iwj.13026>
14. Gethin G, Vellinga A, Tawfick W, O’Loughlin A, McIntosh C, Mac Gilchrist C, et al. The profile of patients with venous leg ulcers: A systematic review and global perspective. *J Tissue Viability* [Internet]. 2021[citado 9 May 2021]. ;30(1):78–88.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2020.08.003>
15. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda Lopez J, Mayan Santos JM. 2º Estudio nacional de prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* [Internet]. 2006 [citado 15 May 2021]; 17 (3): 154-172.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300006&lng=es.
16. Lazarus G, Valle MF, Malas M, Qazi U, Maruthur NM, Doggett D, et al. Chronic venous leg ulcer treatment: future research needs: Future research needs for venous ulcers. *Wound Rep Reg* [Internet]. 2014 [citado 15 May 2021] ;22(1):34–42.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/wrr.12102>
17. Lanau-Roig A, Fabrellas N, Sáez-Rubio G, Wilson K. Tiempo de cicatrización de las heridas crónicas, a propósito de un estudio de prevalencia e incidencia. *Enferm glob* [Internet]. 2017 [citado 9 May 2021]; 16(2):445-63.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.251311>
18. Garcia Fernandez FP, Soldevilla Agrada JJ, Torra i Bou JE. Atención Integral de las heridas Crónicas. 2nd ed. Logroño: Fundación Sergio Juan Jordán para la Investigación y el Estudio de las Heridas Crónicas y Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2016. p. 155

ISBN: 84-95552-18-3

19. La Cicatrización [Internet]. Ulceras.net. [citado 9 May 2021]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/seccion.php?idsm=77&id=123>
20. Conde E. Úlcera o herida: una cuestión de terminología [Internet]. Elenaconde.com. 2019 [citado 9 May 2021]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/ulcera-o-herida-una-cuestion-de-terminologia/>
21. Delgado García J. Valoración, Identificación y Evaluación de las Heridas Crónicas. Manejo del apósito adecuado. Ene [Internet]. 2013 [citado 9 May 2021];7(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/311>
22. World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. WHO Press [Internet]. 2015 [citado 15 May 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>
23. Restrepo Medrano JC, Verdú Soriano J. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. 2011[citado 15 May 2021]; 22(4):176–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2011000400005>
24. Homs-Romera E, Romero-Collado A. Conjunto Mínimo Básico de Datos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2018
25. Verdú J, Marinello J, Armans E, Carreño P, March J, Martín V, et al. Documento de Consenso Conuei. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior-CONUEI. EdikaMed S.L; 2009. ISBN: 978-84-7877-555-2
26. Berenguer Perez M. úlceres d'etiologia venosa n atenció primaria. Epidemiologia, impacte econòmic i resultats basats en el pacient. [Tesis] Universidad de Alicante; 2016 En: <http://hdl.handle.net/10045/73412>
27. Ortiz P. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. El papel del extracto de hojas de vid roja. Offarm. 2004; 23:6 94–100.
28. Rodrigo Pendas JA, Villa Estébanez R. Guía de manejo de la Insuficiencia venosa. Guías Clínicas. 2002; 2(21) Disponible en: www.fisterra.com/guias2/venas.htm
29. Fronck A, Minn Ch, Kim R. Venous out-flow and inflow resistance in health and venous diseases. J Vasc Surg [Internet]. 2000 [citado 9 May 2021]; 31: 472-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1067/mva.2000.103787>

30. Marinello J, Carreño P, López Palencia J. Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores: generalidades, diagnóstico y tratamiento médico. En: Tratado de las enfermedades vasculares. Fundación de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Barcelona: Viguera; 2006. p. 965-89.
31. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
32. López Muñoz D, Muñoz García L, García León S. Estandarización de cuidados en pacientes con úlceras de extremidad inferior de etiología venosa. NURE Inv [Internet]. Nov-Dic 2012 [citado 11 May 2021];9(61): [aprox.14p.].
Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/604/593>
33. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd, 2008
34. Simon A, Gil R, Naranjo G, Jimenez ML, Solano J, Simon L. Evidencia científica del vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas. RIdEC. 2015; 8 (2): 19-33.
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6334498>
35. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL et al. The American Venous Forum's International ad hoc Committee for revision of the CEAP classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. A consensus statement. J Vasc Surg [Internet]. 2004 [citado 11 May 2021]; 40(6): 1248-52.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2004.09.027>
36. Álvarez-Fernandez LJ, Lozano F, Marinello-Roura J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. Angiología [Internet]. 2008 [citado 11 May 2021]; 60(1):27–36.
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0003-3170\(08\)01003-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0003-3170(08)01003-1)
37. Escudero Rodríguez JR, Fernández Quesada F, Bellmunt Montoya S. Prevalence and clinical characteristics of chronic venous disease in patients seen in primary care in Spain: Results of the international study vein consult program. Cir Esp (Engl Ed) [Internet]. 2014 [11 May 2021]; 92(8):539–46.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2013.09.028>
38. Otero Gonzalez G, Agorio Norstrom C, Martínez Asuaga M. Úlceras de miembros inferiores. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad

- de heridas crónicas del Hospital de Clínicas. Rev Méd Urug [Internet]. 2012 [citado 11 May 2021]; 28(3):182–189.
- Disponible en: <http://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/338>
39. Harding K, Dowsett C, Fias L, Rolf J, Mosti G, Öien R, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. Wounds International [Internet] 2015 [citado 11 May 2021].
- Disponible en: <https://www.woundsinternational.com/>.
40. Santos LD, Camacho AC, Oliveira BG, Bertanha AD, Noguera G, Joaquim F. Perfil epidemiológico de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas no município de Petrópolis. Cien Saude Colet [Internet]. 2019 [citado 11 May 2021]; 47(9):1221-30.
- Disponible en <http://revistasaudecoletiva.com.br/revista/ed47/pg154.pdf>.
41. Estimacions de població. Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Disponible en: www.idescat.cat
42. Zafra E, Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Borrell C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit [Internet]. 2006 [citado 11 May 2021]; 20(4): 295-302.
- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400008&lng=es.
43. Lal BK. Venous ulcers of the lower extremity: Definition, epidemiology, and economic and social burdens. Semin Vasc Surg [Internet]. 2015 [citado 11 May 2021]; 28(1):3-5.
- Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2015.05.002>
44. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación y Medición. Rev.Med.Clin.Condes [Internet]. 2018 [citado 11 May 2021]; 29(3):278-87.
- Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
45. Beaskoetxea P, Bermejo M, Capillas R, Cerame S, García F, Gómez JM, et al . Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado 14 May 2021]; 24(1): 27-31.
- Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100006>.
46. Campos Guzmán NR, González Hernandez ÓJ, Vallejo J, Sandoval Vivas CE. Tiempo de epitelización y factores pronóstico en úlcera de etiología venosa en tres hospitales. Angiología . 2019;71(3):102-109.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00018>

47. Jiménez JF, Aguilera G, González F, Gutiérrez M, Arboledas J, García F. Resultados clínicos de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas en Andalucía. *Gerokomos* [Internet]. 2020 [citado 14 May 2021]; 31(1): 36-40.

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000100008

48. AISBarcelona Esquerre. Salut Integral Barcelona.

Disponible en: <https://salutintegralbcn.gencat.cat>

49. Smoots ES. Peripheral edema: drying out water-logged legs. *Harvard Health Letter* 1997; 22:6-7.

50. Brölmann FE, Ubbink DT, Nelson EA, Munte K, Van der Horst CMAM, Vermeulen H. Evidence-based decisions for local and systemic wound care. *Br J Surg* [Internet]. 2012 [citado 15 May 2021];99(9):1172–83.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.8810>

51. Soldevilla J, García, F, López, P. Enfermeras Consultoras en Heridas Crónicas. Serie de Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2016.

52. Cadillo Chavez R. Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera de Origen Venoso de Miembros Inferiores. *An Fac Med (Lima Peru: 1990)* [Internet]. 2014 [citado 15 May 2021]; 59(3):183-91.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v59i3.4582>

53. Weller CD, Bouguettaya A, Team V, Flegg J, Kasza J, Jayathilake C. Associations between patient, treatment, or wound-level factors and venous leg ulcer healing: Wound characteristics are the key factors in determining healing outcomes. *Wound Repair Regen* [Internet]. 2020 [citado 15 May 2021].;28(2):211–8.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/wrr.12773>

54. Phillips P, Lumley E, Duncan R, Aber A, Buckley H, Jones L, et al. Una revisión sistemática de la investigación cualitativa sobre las experiencias de las personas al vivir con úlceras venosas de la pierna. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 [citado 15 May 2021]; 74: 550-63.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13465>

55. Sen CK, Roy S. Sociogenomic approach to wound care: A new patient-centered paradigm. *Adv Wound Care (New Rochelle)* [Internet]. 2019 [citado 15 May 2021]; 8(11):523–6.

Disponible en: <https://doi.org/10.1089/wound.2019.1101>

13. Plan de trabajo

A través del siguiente cronograma se presenta el orden operativo que siguió el trabajo.

	2020			2021				
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Presentación propuesta de estudio para TFM								
Elaboración del Protocolo de estudio y aceptación por el CEIM								
Revisión Bibliográfica								
Recolección de datos								
Análisis estadístico								
Presentación de resultados y conclusiones								

14. Presupuesto

Los gastos relacionados con este trabajo se detallan a continuación:

PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN			
CONCEPOS		CANTIDAD	PRESUPUESTO
A. Material Fungible			
Material de oficina	Folios DinA4 (3Eu/paq)	2	6
	Bolígrafos (1Eu/und)	4	4
	Subrayadores (1,5 Eu/und)	4	6
	Cartuchos tinta impresora Color+B/N (21Eu/und)	3	63
Memoria USB 32	32G (8Eu/und)	1	8
Fotocopias	0,05 (0,05 Eu/und)	200	10
B. Difusión de Resultados			
Congresos	Inscripción (300Euros/und)	1	300 Eu
	Viajes (200Euros/und)	1	200 Eu
	Dietas y alojamiento (100Euros/día)	3	300 Eu
TOTAL.....			897 Eu

15. Anexos:

Anexo 1 Registro del dictamen del Comité de Ética de la Investigación

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO, Secretario del **Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona**

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:
DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Protocolo		VERSIÓN 2 febrero 2021

TÍTULO: Estudio sobre la cronicidad de las úlceras de etiología venosa de la unidad de curas de Hospital Plató y caracterización de los pacientes

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: SONIA RIERA MANZANO

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado la compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 22/12/2020, acta 23/2020 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2020/1446

PR

Página 1/3

2ª El CEM del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de EMA/CHMP/ICH/135/1995

3ª Listado de miembros:

Presidente:

- JOAQUIM FORÉS I VIÑETA (Médico Traumatólogo, HCB)

Vicepresidente:

- JOSEP MARIA MIRÓ MEDA (Médico Enfermedades Infecciosas, HCB)

Secretario:

- ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Vocales:

- MONTSERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico, Plataforma de Estadística Médica, IDIBAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LÓPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- JOAQUÍN SÁEZ PEÑATARO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- SERGI AMARÓ DELGADO (Médico Neurólogo, HCB)
- EDUARD GUASCH CASANY (Médico Cardiólogo, HCB)
- VIRGINIA HERNANDEZ GEA (Médico Hepatólogo, HCB)
- MARINA ROVIRA ILLAMOLA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Eixample)
- PAU ALCUBILLA PRATS (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- JOSE TOMAS ORTIZ PEREZ (Médico Cardiólogo, HCB)
- ELENA CALVO CIDONCHA (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)
- CECILIA CUZCO CABELLOS (Enfermera, HCB)
- PALLA MARTÍN FARGAS (Abogada, HCB)
- SALVATORE BRUGALETTA (Médico Cardiólogo, HCB. Miembro del CEA, HCB)
- XAVIER CANALS-RIERA (Ingeniero Telecomunicaciones)
- FRANCESC XAVIER CORBELLE (Informático, HCB)
- JOSEP DÍAZ CORT (Licenciado en Ciencias Físicas. Catedrático en Informática)
- GASPÀ MESTRES ALOMAR (Médico, Angiología, Cirugía Vasculat, HCB)
- FRANCESC TORRALBA ROSELLÓ (Doctor en Filosofía)
- MARTA FRANCH SAGUER (Abogada)
- PATRICIA AMOROS REBOREDO (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Mod_04 (V4 de 18/06/2023)

**ANA LUCIA
ARELLANO
ANDRINO**

Firmado digitalmente
por ANA LUCIA
ARELLANO ANDRINO
Fecha: 2023.02.05
16:00:29 +01'00'

Reg. HCB/2020/5446

1/1

Página 2/3

Barcelona, a 04 de febrero de 2021

CIF - G08481073

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2020/1446

FR

Página 3/3

Anexo 2 Artículos más relevantes seleccionados para este trabajo

Autor/ Revista /Año	Título	Tipo de Investiga- ción	Objetivo	Principales Resultados
Escudero Rodriguez, JR Cirugía Española 2014	Prevalencia y características clínicas de la enfermedad venosa crónica en pacientes atendidos en Atención Primaria en España. Resultados del estudio internacional Vein Consult Program	Estudio Transversal multicéntrico	Evaluar la prevalencia de la enfermedad venosa crónica (EVC), sus características clínicas y la conducta terapéutica ante estos pacientes en Atención Primaria	La enfermedad venosa crónica era más prevalente y avanzada según se incrementaba la edad de los pacientes. En el 59% de los pacientes se consideró necesario instaurar algún tratamiento La recomendación de cirugía constituyó el 4% de todas las recomendaciones, y en un 7% se consideró necesaria la derivación al especialista.
Gonzalez- Consuegra, RV Gerokomos 2011	Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa. Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del Pressure Ulcer Scale for Healing, versión española (PUSH-e). Resultados preliminares	Estudio Prospectivo	Establecer cuál es la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con úlcera venosa de la muestra estudiada.	En general son mujeres mayores.El 70,4% son personas casadas y el resto viudas. La gran mayoría son personas sin estudios o con estudios primarios. El principal diagnóstico relacionado con la úlcera es la insuficiencia venosa. La mayoría (59%) tienen una sola úlcera activa, En el 63% de los casos, las úlceras son unilaterales. La localización más frecuente es la zona maleolar externa. La mediana de antigüedad de las úlceras activas es de 210 días. Los pacientes refieren tener este problema, en mediana, desde hace dos años.
Lanau Roig,A. Enfermería Global 2017	Tiempo de cicatrización de las heridas crónicas, a propósito de un estudio de prevalencia e incidencia	Retrospectivo transversal	Determinar el tiempo medio de cicatrización de las heridas crónicas, así como su prevalencia e incidencia.	Fueron localizados 416 registros de lesiones de los cuales el 10,33% pertenecían a heridas crónicas. Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la media de duración de las heridas atendidas en el centro de salud y las atendidas a domicilio. Las lesiones con mayor prevalencia e incidencia fueron las úlceras venosas. El tiempo de curación depende del tipo de herida y del lugar de atención. La mayor prevalencia e incidencia se da en úlceras de extremidad inferior.
Berenguer Perez, M. International Wound Journal 2019	Epidemiology of venous leg ulcers in primary health care: Incidence and prevalence in a health centre—A time series study (2010-2014)	Retrospectivo	Describir y analizar la tendencia temporal de la prevalencia e incidencia de úlceras venosas de pierna, para determinar los tiempos de curación y las tendencias temporales en el periodo de estudio, así como evaluar aspectos relacionados	El perfil epidemiológico de las personas afectadas por VLU sigue siendo, principalmente, el de mujeres de edad avanzada, mayores de 70 años. Asignar una enfermera de referencia en la unidad de heridas y la estructura organizativa en torno a este problema puede influir en la mejora de la atención y el enfoque este tipo de lesiones.

Santos, L.D.S.F.D. Salud Colectiva 2019	Perfil epidemiológico de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas no municipio de Petrópolis	Transversal	Trazar el perfil epidemiológico de los pacientes adultos y ancianos con úlceras venosas atendidos en un ambulatorio	Los resultados mostraron predominio del sexo femenino (57,4%), grupo de edad 60 años (57,4%), obesidad I (42,6%). Factores de riesgo: HTA y largos periodos de pie o sentado. Única lesión (68,5%), cronicidad de más de 10 años, recidiva citada por 66,7 participantes. El tratamiento más utilizado fue la bota de Unna (50%). Se concluye la necesidad de asistencia individualizada e integral, dando importancia al entorno familiar, cultural y socioeconómico.
Otero Gonzalez, G. Revista Médica del Uruguay 2012	Úlceras de miembros inferiores. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas.	Prospectivo, observacional	Determinar características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con lesión crónica de miembros inferiores usuarios de la Policlínica	Se evaluaron 64 pacientes, 53,1% de sexo femenino, cuya media de edad fue de 65,7 años. Su nivel educacional fue bajo con un 6,3% de analfabetos y el 67,2% solo habían alcanzado el nivel primario. El ingreso medio del núcleo familiar fue de 7752 pesos uruguayos. En el 70,3% la etiología de la úlcera fue venosa. El 48,4% de los casos presentó más de una úlcera, destacándose que el 57,8% de las mismas presentaba una evolución superior a dos años y el 59,4% de los pacientes existía el antecedente de una úlcera previa.
Gethin, G. Journal of Tissue Viability 2020	The profile of patients with venous leg ulcers: A systematic review and global perspective	Revisión sistemática de estudios observacionales	Describir el perfil del paciente con úlcera venosa de pierna	Proporción de mujeres a hombres de 1.2: 1, edad promedio de 47 a 65 años, altos niveles de comorbilidades que incluyen hipertensión (53-71%) y diabetes (16-20%), y solo un estudio informó el origen étnico. del 4 al 30% tenía altos niveles de depresión. El tamaño medio de la herida fue de 18,6 a 43,39.cm ² ; la duración media de la herida fue de 13,8 a 65,5 meses, el número medio de recurrencias fue de cuatro. Ningún estudio informó sobre factores demográficos más el historial médico más las características de la herida juntos.
Campos Guzmán, N.R. Revista Angiología 2019	Tiempo de epitelización y factores pronóstico en úlcera de etiología venosa en tres hospitales.	Estudio de cohorte prospectivo observacional	estimar el tiempo de epitelización y factores pronósticos en úlceras de etiología venosa en pacientes que asisten al servicio de clínica de heridas de tres hospitales	los pacientes con úlceras de etiología venosa que son atendidos exclusivamente por profesionales de enfermería con experiencia en el área y tienen una puntuación ≤ 13 puntos en el índice de Resvech 2.0 se curan 5 veces más. La puntuación Resvech ≤ 13 puntos es un factor protector.

Anexo 3 Cuestionario Registro variables de estudio

Variables sociodemográficas y estilos de vida			
Variables	Fuente de datos	Instrumento de Medida	Dato
Sexo	HCE/HC3		1. Hombre 2. Mujer
Edad			
Estado civil			1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado
Ocupación			
Situación laboral			1. Activo 2. Invalidez 3. Jubilado/retirado 4. desempleado
Nivel de Estudios			1. Analfabeto 2. Básico 3. Medio/técnico 4. Superior
Raza			
Nacionalidad			
Hábito tabáquico			1. Activo 2. Exfumador 3. Nunca ha fumado
Hábito enólico			1. Activo 2. Exconsumidor 3. Nunca ha bebido
Grado de dependencia			Índice de Barthel 1. Total 2. Grave 3. Moderado 4. Leve 5. Independiente
Lugar de Residencia			1. Domicilio particular 2. Domicilio familiar 3. Institucionalizado
Vive solo			1. Si 2. No
Cuidador Principal			1. Si 2. No
Variables antropométricas y clínicas			
Variables	Fuente de datos	Instrumento de Medida	Dato
IMC	HCE/HC3	Tabla IMC	1. Sobrepeso (>29,5)

			2.Peso Normal (24,5-29,5) 3.Bajo peso (<24,5)
Antecedentes patológicos (AP)			1.HTA 2.DM 3.Dislipemia 4. ICC 5.Patología Respiratoria 6.Patología Reumática 7.Patología Osteomuscular 8. IVC 9.Sdre. Postrombótico 10.Neoplasia 11.Insuficiencia renal 12. Sin AP
ITB			1.Si 2.No
Cirugía de varices			1.Si 2.No
Variables relacionadas con la lesión y el tipo de cura			
Variables	Fuente de datos	Instrumento de Medida	Dato
Causa de la lesión			1.Espontanea 2.Postrauumática 3.Dermatitis 4.Otras
Recidiva			1.Si 2.No
Tiempo de evolución			1.De 6 a 9 meses 2.De 9 a 12 meses 3.>12 meses 4.>3 años 5.>5 años
Localización			1.Cara interna EID 2.Cara externa EID 3.Cara interna EII 4.Cara externa EII
Nº de lesiones			1.Única 2. Más de una
Características de la lesión		Escala RESVECH 2.0	1.Entre 6 y 8 puntos 2.Entre 9 y 13 puntos 3.>13 puntos
Dolor		Escala EVA	
Edema			1.Si 2.No
Tipo de Cura	HCE/HC3		1.CAH 2.Cura seca

Alergia a productos			1.Si 2.No
Terapia Compresiva			1.Si 2.No
Frecuencia de curas			1.c/24h 2.c/48h 3.c/72h 4.c/24h
Variables relacionadas con los recursos sanitarios			
Variables	Fuente de datos	Instrumento de Medida Medida	Dato
CAP de referencia			
Visita al especialista			1.< de 3 meses 2.Entre 3 y 6 meses 3. entre 6 y 12 meses 4.> de 12 meses
Referente de heridas CAP			1.Si 2.No
Gestora de casos CAP	HCE/HC3		1.Si 2.No

Anexo 4 Escala Resvech 2.0

Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3	Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3
1. Dimensión de la lesión					5. Exudado				
0. Superficie = 0 cm ²					3. Seco				
1. Superficie < 4 cm ²					0. Húmedo				
2. Superficie = 4 ≤ 16cm ²					1. Mojado				
3. Superficie = 16 ≤ 36cm ²					2. Saturado				
4. Superficie = 36 ≤ 64cm ²					3. Con fuga de exudado				
5. Superficie = 64 ≤ 100cm ²					6. Infección/inflamación (signos-Biofilm)				
6. Superficie ≥ 100 cm ²					6.1. Dolor que va en aumento (Sí = 1, No = 0)				
2. Profundidad / Tejidos afectados					6.2. Eritema en la perilesión (Sí = 1, No = 0)				
0. Piel intacta cicatrizada					6.3. Edema en la perilesión (Sí = 1, No = 0)				
1. Afectación de la dermis-epidermis					6.4. Aumento de la temperatura (Sí = 1, No = 0)				
2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo)					6.5. Exudado que va en aumento (Sí = 1, No = 0)				
3. Afectación del músculo					6.6. Exudado purulento (Sí = 1, No = 0)				
4. Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)					6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad (Sí = 1, No = 0)				
3. Bordes					6.8. Herida estancada, que no progresa (Sí = 1, No = 0)				
0. No distinguibles (no hay bordes de herida)					6.9. Tejido compatible con Biofilm (Sí = 1, No = 0)				
1. Difusos					6.10. Olor (Sí = 1, No = 0)				
2. Delimitados					6.11. Hipergranulación (Sí = 1, No = 0)				
3. Dañados					6.12. Aumento del tamaño de la herida (Sí = 1, No = 0)				
4. Engrosados (“envejecidos”, “evertidos”)					6.13. Lesiones satélite (Sí = 1, No = 0)				
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida					6.14. Palidez del tejido (Sí = 1, No = 0)				
4. Necrótico (escara negra seca o húmeda)									
3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho									
2. Tejido de granulación									
1. Tejido epitelial									
0. Cerrada/cicatrización									
					PUNTUACIÓN TOTAL DE CADA SUB-ÍTEM				
					PUNTUACIÓN TOTAL (máx. = 35, mín. = 0)				

Anexo 5 Índice de Barthel

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes.....	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Índice de Barthel Interpretación

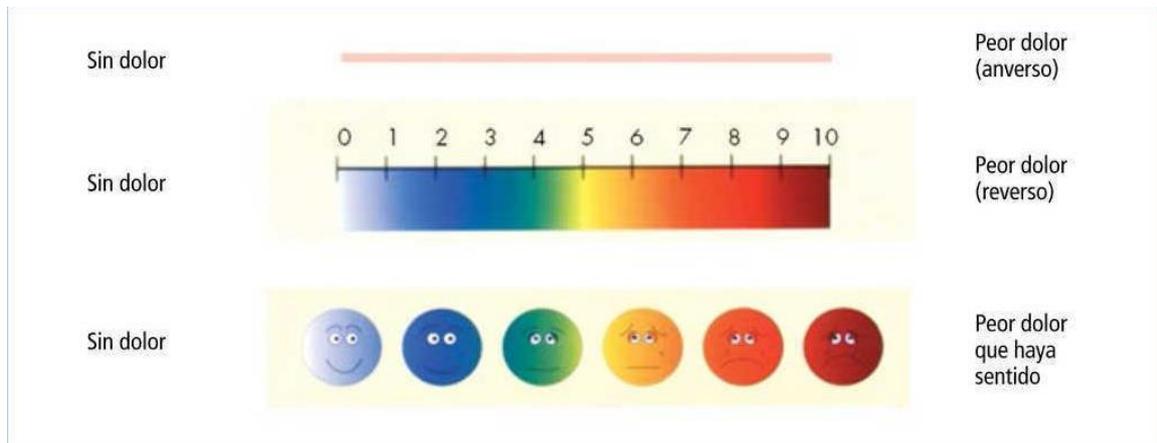
Máxima puntuación 100 puntos (90 en silla de ruedas).

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 6. Índice de Masa Corporal

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Bajo Peso	< 18.50
Delgadez severa	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obeso (riesgo)	25.00 - 29.99
Obeso	≥ 30.00
Obeso tipo I (riesgo moderado)	30.00 - 34.99
Obeso tipo II (riesgo severo)	35.00 - 39.99
Obeso tipo III (riesgo muy severo)	≥ 40.00

Anexo 7 Escala EVA



Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25:687-97