

Actividad y características de los pacientes con úlceras de la extremidad inferior en una consulta de heridas en 2019

Activity and characteristics of patients with ulcers of the lower extremity in a wound consultation in 2019

María José Dorado Peña^{1,*}
Elvira Hernández Martínez-Esparza²

1. Enfermera Consulta Heridas Cirugía Vascular. Fundació Hospital Espèrit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España. Experta en heridas GNEAUPP. Máster en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas UNICAN - Curso 2020-2021.
2. Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora de la Escuela de Enfermería del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, EUI-Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

*Autora para correspondencia.
Correo electrónico: mjdorado@fhes.cat (María José Dorado Peña).

Recibido el 9 de septiembre de 2022; aceptado el 30 de enero de 2023.

RESUMEN

Objetivos: Describir la actividad y características de los pacientes de Santa Coloma de Gramenet con úlceras de la extremidad inferior visitados durante 2019 en la consulta de heridas crónicas de la Fundación Hospital Espèrit Sant. **Metodología:** Se presenta un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes de Santa Coloma de úlceras de la extremidad inferior, que acudieron a la consulta de heridas crónicas. **Resultados:** Se atendieron a 100 pacientes, con un total de 724 visitas. Edad media 74,1 ± 13,2 años, el 39% mujeres. La etiología de las úlceras de la extremidad inferior se presentaba en las siguientes proporciones: diabéticas isquémicas un 36%, úlceras venosas un 28%, lesiones arteriales un 22%, pie diabético y lesiones por calcifilaxis un 6%, úlceras de Martorell un 4% y lesiones neoplásicas un 1%. La mayoría de los pacientes presentó pluripatologías, con un promedio de 4 patologías y factores de riesgo. El 82% de las visitas fueron visitas sucesivas, con un promedio de 7,24 visitas por paciente. Las lesiones que requirieron mayor número de visitas fueron las lesiones diabéticas isquémicas, con un 9,1 de promedio. El 53% de las primeras visitas procedía del servicio de urgencias. El 61% de los pacientes acudió a la consulta movilizado en silla de ruedas y el 40% se había trasladado en ambulancia. **Conclusiones:** El trabajo ha ayudado a reafirmar las cargas de trabajo y ha evidenciado una falta de registros útiles que ayuden tanto a nivel asistencial como para posibles futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVE: Heridas, úlcera de la pierna, prestación de servicios sanitarios, cicatrización de heridas, monitoreo epidemiológico.

ABSTRACT

Objectives: Description of the activity and characteristics of the patients coming from Santa Coloma de Gramenet with ulcers of the lower extremity, visited during 2019 in the Chronic Wounds Clinic of the Hospital Espèrit Sant Foundation. **Methodology:** A descriptive retrospective study of patients from Santa Coloma with Ulcers of the lower extremity (UEI), who attended the clinic of chronic wounds. **Results:** 100 patients were treated, with a total of 724 visits. Average age of 74.1 ± 13.2 years, 39% women. The etiology of UEI was presented in the following proportions: diabetic-ischemic 36%, venous ulcers 28%, arterial lesions 22%, diabetic foot and calciphylaxis lesions 6%, Martorell ulcers 4% and neoplastic lesions 1%. Most of the patients presented pluri-pathologies with the average of 4 pathologies and risk factors. 82% of the visits were successive visits with an overall average of 7.24 visits per patient. The lesions that required the highest number of visits were diabetic-ischemic lesions with an average of 9.1. 53% of the first visits came from the emergency department. 61% of the patients came to the clinic mobilized in a wheelchair and 40% had been transferred by ambulance. **Conclusions:** The work supported to reaffirm the workloads and has evidenced a lack of useful records that help both at the level of care and for possible future research.

KEYWORDS: Wounds and injuries, leg ulcer, delivery of health care, wound healing, epidemiological monitoring.

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas suponen un problema importante de salud y económico¹⁻⁴, que afectan directamente la calidad de vida de las personas que las padecen⁵.

Las personas con heridas crónicas presentan “lesiones con una escasa o nula tendencia a la cicatrización mientras se mantenga la causa que las produce”. Reciben este nombre las lesiones en las que el mecanismo que lleva a la cicatrización está alterado, no sigue un orden en el proceso de reparación de los tejidos, de tal manera que si siguen

su evolución natural, la probabilidad de que cicatricen en el tiempo esperado es baja⁶.

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas hace prever un aumento de este tipo de lesiones. La alta prevalencia y la morbimortalidad de este tipo de lesión, con la repercusión en los pacientes y en el sistema de salud, justifica el interés y su estudio por parte de profesionales y de los gestores de la salud. Olsson et al. infirieron que las heridas crónicas suponen del 1 al 3% de los costes de los sistemas sanitarios de los países desarrollados³.

Las heridas crónicas se pueden clasificar en dos grandes grupos según su etiología:

- Las lesiones relacionadas con la dependencia del paciente⁷⁻⁹.
- Las úlceras de la extremidad inferior (UEI): conceptualmente, la CONUEI¹⁰ (Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior) con el término UEI describe las heridas crónicas de la extremidad inferior de inicio espontáneo y/o accidental en las que la causa deviene de un proceso fisiopatológico de la propia extremidad y/o de afectación sistémica.

Estas lesiones se clasifican en función de su etiología: insuficiencia venosa; origen isquémico (arterial); por neuropatía (pie diabético); diabéticas isquémicas; úlceras hipertensivas o de Martorell; las causadas por células tumorales, y otras producidas por etiologías minoritarias y/o combinadas de las anteriores¹⁰.

La CONUEI considera una incidencia de 3 a 5 casos nuevos por 1.000 personas/año y una prevalencia del 0,10 al 0,30%^{10,11}. Destaca su alta cronicidad y recidiva, ya que entre el 40-50% de estas lesiones permanecerán activas entre 6 meses y 1 año, y un 10% alcanzará hasta los 5 años de evolución¹¹.

Tanto prevalencia como incidencia se multiplican por 2 cuando abordamos una población mayor de 65 años^{10,11}.

Con el fin de aplicar el mejor abordaje terapéutico de los pacientes con UEI, lo primero que hay que identificar es la causa, y se recomienda que etiológicamente estén referenciadas a una única, excepcionalmente pueden concurrir 2 o más etiologías, son las llamadas úlceras mixtas^{10,12}.

El 95% de las UEI tienen como origen causa venosa, isquémica, diabética isquémica y neuropático, el 5% restante son úlceras hipertensivas, y otra miscelánea de lesiones provocadas por enfermedades sistémicas¹⁰.

Para el adecuado manejo clínico de estos pacientes es imprescindible atender no solo la causa, sino también llevar a cabo una valoración integral y multidisciplinar, ya que no existen las heridas por sí solas, sino personas con heridas, y la situación global del individuo condiciona su evolución teniendo en cuenta todos los factores implicados (clínicos, económicos, técnicos, etc.). Para ello se han implementado nuevas estrategias organizativas, entre las que se encuentran la creación de unidades de heridas crónicas¹³⁻¹⁶. El GNEAUPP marca directrices sobre los objetivos y ámbitos de actuación de dichas unidades y sobre el rol enfermero como agente de cambio, aplicando una práctica de calidad para los cuidados de las heridas¹⁷.

Conocer la actividad asistencial y las características de los pacientes atendidos en estas unidades y consultas es imprescindible para defender el posicionamiento de estas, aportando datos que permitan orientar mejoras para el abordaje de los pacientes con UEI.

OBJETIVOS

Describir la actividad de la consulta de heridas crónicas y las características de los pacientes con UEI visitados procedentes de los centros de atención primaria de Santa Coloma de Gramenet en 2019.

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio

Consulta de heridas crónicas adscrita al Servicio de Cirugía Vascular y ubicada en Consultas Externas de la Fundación Hospital Espèrit Sant (FHES). Se trata de un hospital comarcal integrado en el sistema sanitario de utilización pública de Cataluña y ubicado en Santa Coloma de Gramenet. Su área de influencia es el Barcelonés Norte y el Maresme. Cuenta con más de 800 profesionales que dan servicio a una población de 220.000 habitantes.

Esta consulta cubre la población de Sta. Coloma de Gramenet y parte de la de Badalona. Los pacientes con lesiones que acuden a ella proceden de los CAP de la zona asignada, excepto los de UEI de etiología neuropática, que son atendidos en una unidad experimentada en pie diabético del hospital de referencia de tercer nivel de la zona.

La consulta funciona desde 2017, 2 días a la semana y cuenta con 2 profesionales de enfermería y el soporte de 2 cirujanos vasculares.

Diseño

Estudio retrospectivo descriptivo de la actividad de la consulta de heridas y de la población atendida con UEI durante el año 2019 de Sta. Coloma de Gramenet.

Criterios de selección

Pacientes residentes en Sta. Coloma de Gramenet que acudieron a la consulta de heridas durante 2019 para realizar curas de UEI: úlceras venosas, lesiones arteriales, lesiones diabéticas isquémicas¹⁸, pie diabético, úlcera de Martorell o hipertensivas, neoplásicas diagnosticadas por biopsia y calcifilaxia. Cuya procedencia fuera: CAP, teleúlceras, interconsultas de pacientes con UEI en régimen de hospitalización y urgencias. Los criterios de exclusión fueron pacientes no residentes en Santa Coloma y con UEI con menos de 1 mes de evolución¹⁹.

Recogida de datos

Durante los meses de abril y mayo del 2021, se realizó una revisión de las historias clínicas electrónicas de los pacientes visitados en la consulta de heridas, desde la primera visita realizada en 2019 hasta la última visita de 2019, a través de las bases de datos propias del hospital.

Los datos se recogieron en una matriz de Excel en la que a cada paciente se le asignó un código de identificación para mantener su anonimato.

Variables analizadas

- Número de visitas.
- Edad, género.
- Centro de atención primaria de procedencia.
- Presencia de patologías y factores de riesgo: (hipertensión arterial [HTA], EPOC, enfermedad arterial periférica, cardiopatía, enfermedad reumática, diabetes, obesidad, tabaquismo; tratamiento anticoagulante oral, tratamiento inmunosupresor.
- Clasificación etiológica de las UEI, según un sistema de registro propio de la FHES:
 - Úlceras venosas.
 - Lesiones arteriales.
 - Lesiones diabéticas isquémicas.
 - Pie diabético: paciente con diabetes mellitus de larga evolución con buena perfusión y pie neuropático.

- Úlcera de Martorell.
- Neoplásicas. Diagnóstico por biopsia.
- Calciflaxis.
- Variables asistenciales:
 - Tipo de visita en consulta:
 - . Primera y procedencia del paciente en la primera visita.
 - . Sucesiva.
 - . Hospitalizado.
 - . Virtual o “teleúlceras”.
 - Número de visitas del paciente.
 - Movilidad acceso a la consulta o visita en la habitación del paciente:
 - . A pie.
 - . Silla de ruedas.
 - . Cama.
 - . Planta.
 - . Virtual (“teleúlceras”).
 - Transporte utilizado para el traslado a consulta:
 - . Ambulancia.
 - . Medios propios.
 - . Planta.
 - . Virtual (teleúlceras).
 - Número de días ingresado en sociosanitario durante 2019.
 - Exploraciones y procedimientos realizados durante las visitas.
- Incidencia de amputaciones: número por paciente durante el año 2019 y número de amputaciones que tuvo el mismo paciente en los años previos.
- Incidencia de fallecimientos de los pacientes a finales 2019.
- Incidencia de heridas resueltas al final de 2019: lesiones cicatrizadas, paciente dado de alta de la consulta respecto al número total de pacientes del estudio.

Análisis de datos

Se analizaron los datos mediante tablas dinámicas de Excel. El análisis utilizó medidas estadísticas descriptivas como la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas, y la media y la desviación estándar (DE) o mediana para las variables numéricas.

El presente estudio obtuvo la aprobación del Comité de Investigación de la Fundació Hospital Espèrit Sant y del Comité de Ética de Investigación de la Fundació Catalana d'Hospitals (CEIm).

RESULTADOS

En 2019 se realizaron un total de 1.079 visitas, en las que se atendieron un total de 231 pacientes; 184 eran de Santa Coloma, que generaron 910 visitas. Esto era el 80% de todos los pacientes, 100 de estos cumplieron los criterios de inclusión con un total 724 visitas. El promedio de visitas fue de 7,24 por paciente, frente a 2,21 que tuvieron los 84 pacientes con otro tipo de lesiones. La edad media de los pacientes fue de 74,1 años (DE: 13,2). La mediana fue de 76 años (rango, 29-97). El 39% fueron mujeres, el 61% hombres.

En la tabla 1 se muestran las patologías y factores de riesgo de los pacientes ordenados por la frecuencia, la más prevalente fue la HTA. Más de la mitad presentaban diabetes y la mayoría tenía más de 3 patologías, con un promedio de 4.

En la tabla 2 se presenta la clasificación etiológica de las heridas, y se observa que el grupo mayoritario fue el de lesiones diabéticas isquémicas, con un 36%, la segunda más frecuente fue la úlcera venosa (28%) y la tercera, las lesiones arteriales con un 22%. El resto correspondía a las UEI restantes.

Tabla 1. Patologías y factores de riesgos de los pacientes (pacientes evaluados, n = 100)

Patologías y factores de riesgos de los pacientes (un paciente puede tener varios)	%
HTA	81
Cardiopatía	67
Diabetes	56
EAP	55
EPOC	34
Tratamiento con anticoagulantes orales	26
Tabaco	24
Obesidad	23
Enfermedad reumática	16
Tratamiento inmunosupresor	14
Enfermedad neoplásica	12

EAP: enfermedad arterial periférica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial.

Tabla 2. Tipo de úlcera de la extremidad inferior de los pacientes (pacientes evaluados, n = 100)

Tipo de UEI	%
Lesiones diabéticas-isquémicas	36
Úlceras venosas	28
Lesiones arteriales	22
Pie diabético	6
Calciflaxis	6
Úlcera de Martorell	4
Heridas neoplásicas	1

UEI: úlcera de extremidad inferior.

En cuanto al número de visitas, se estratificaron en: primeras, sucesivas, procede de hospitalización y virtuales (teleúlceras). El gran grueso de las visitas (> 80%) fue el tipo sucesiva, lo que indica que la repetición de las visitas es frecuente: 7,24 de promedio. El 23% de los pacientes tuvieron más de 10 visitas en 2019. El peso de la visita virtual fue de un 2%.

Analizando la procedencia del paciente en las primeras visitas, el 53% era de urgencias, el 17% de los CAP y un 13% de interconsultas.

La tabla 3 informa sobre la proporción del tipo de heridas que acudieron a la consulta.

La figura 1 representa el medio de transporte que utilizaba el paciente para llegar a la consulta con relación a la etiología de la lesión: el 39% (286) de las visitas acudió en ambulancia. Los pacientes con lesiones isquémicas-diabéticas eran los que más recursos consumían en cuanto a ingreso en planta y traslado en ambulancia, seguidas de las lesiones arteriales. Se muestra también el poco peso de la visita virtual.

En el registro no constaba el resultado de la escala Barthel²⁰, por lo que se decidió recoger el tipo de movilidad que tenía el paciente para acceder a la consulta como indicador de su dependencia. La mayoría, más del

Tabla 3. Promedios de visitas de pacientes en 2019 frente a las úlceras de extremidades inferiores (pacientes evaluados, n = 100)

UEI	Promedio del número de visitas por paciente en 2019
Lesiones diabéticas-isquémicas	9,1
Calcifilaxis	8,8
Lesiones arteriales	8,4
Úlceras venosas	5,6
Úlcera de Martorell	3,5
Pie diabético	2,8
Heridas neoplásicas	2,0
Promedio de visitas total por paciente	7,24

UEI: úlceras de las extremidades inferiores.

60% de pacientes, acudió a la consulta en silla de ruedas, un 3% en cama y un 13% eran visitas de pacientes hospitalizados. En total, un 77% de las visitas no acudieron a pie.

Un 37% ingresó como mínimo en 1 ocasión durante 2019. El 13% de pacientes tuvo 2 o más ingresos en 2019. Un 13% requirió ingreso posterior en un centro sociosanitario consumiendo un promedio de 20,9 días, el 9% estuvo ingresado en el centro más de 50 días.

El análisis de algunos procedimientos y exploraciones realizados en la consulta fue: el 79% de las visitas requirió asistencia facultativa, así como otros procedimientos diagnósticos como, ecografías en un 19%, ITB en un 13%, cultivos en un 10% y angio-TC en un 5%. Las curas en ambiente húmedo fueron de un 56%. La anotación del dolor solo se registró en el 52% de las visitas. Los detalles de los resultados se presentan en la tabla 4.

Durante 2019, el 12% de los pacientes sufrió amputaciones y el 13% ya las había sufrido anteriormente, previas a 2019, de los que el diagnóstico de las lesiones eran 11 diabética isquémica y 1, UEI arterial.

En 2019, las lesiones se cicatrizaron en un 50%. El 39% de los pacientes, las lesiones persistían a finales de año. El promedio de visitas de estos pacientes fue de 9,9 visitas, y un 11% de los pacientes murió durante el año 2019.

DISCUSIÓN

Tal y como se podía esperar, el 80% de los pacientes procedían de Santa Coloma, de los que el 43% presentaron una UEI y el 36% otro tipo de lesiones. Esta proporción elevada de lesiones de la extremidad inferior se debe a que la consulta está adscrita al servicio de vascular.

El promedio de visitas da un perfil de pacientes hiperfrecuentadores. El 23% de los pacientes tuvieron más de 10 visitas. Sería interesante valorar si es posible disminuir este promedio. El peso de la visita virtual, que podría favorecer este aspecto, fue prácticamente nulo²².

Sería cuestionable si una consulta que funciona como referencia en el área, debería visitar de forma repetitiva a los pacientes, y/o gracias a un

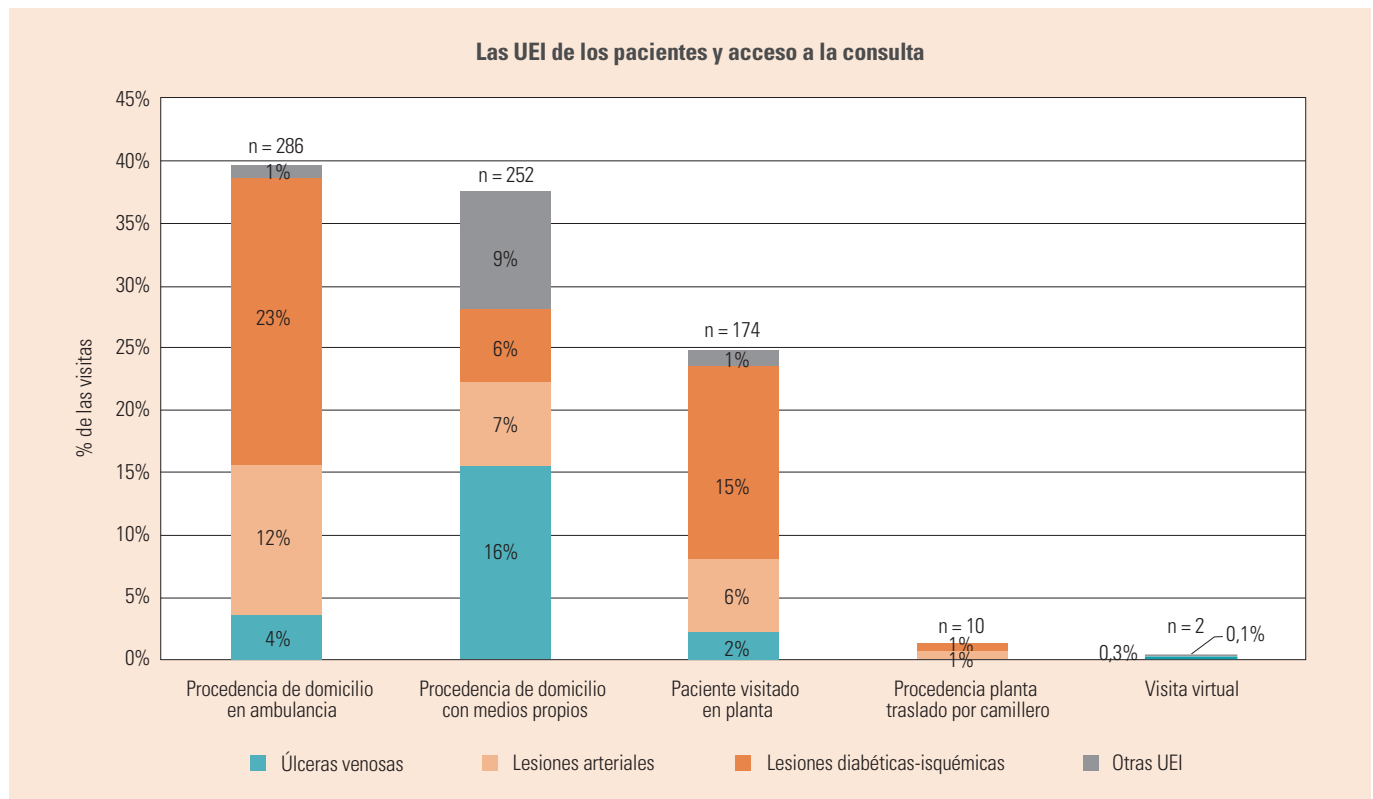


Figura 1. Acceso de los pacientes a la consulta.

UEI: úlceras de las extremidades inferiores.

Tabla 4. Procedimientos realizados durante las visitas en consulta (n = 100)

Procedimiento realizado	Número de visitas	%*
Asistencia/supervisión facultativa	574	79
Curas CAH	405	56
Registro del dolor	374	52
Realización de desbridamientos cortantes	209	29
Eco-Doppler venoso/ECO	139	19
Derivaciones a otras CCEE	108	15
Curas terapia compresiva	107	15
ITB	97	13
Cultivos	74	10
Angio-TC	35	5
Derivaciones a urgencias	22	3
Bloqueos	15	2
Alprostadil CEX	13	2
Curas TPN	9	1
EMG	7	1
Número total de visitas	724	—

Angio-TC: angiografía por tomografía computarizada; CAH: cura en ambiente húmedo; CCEE: consultas externas; CEX: consulta externa; EMG: electromiograma; ITB: índice tobillo-brazo; TPN: terapia de presión negativa.

*Se pueden aplicar varios procedimientos en una visita.

soporte telemático la enfermería del CAP podría asumir y realizar algunas curas y reducir el volumen de la consulta.

La edad media de los pacientes fue de 74,1 ± 13,2 años. La edad de los pacientes resultó ser similar a la de los del estudio de prevalencias de las heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona (2009), en que se estudiaban diferentes áreas de asistencia y heridas crónicas, y que recopilaba UPP y heridas de la extremidad²¹, y al estudio multicéntrico llevado a cabo en 2013 en el área metropolitana sud de Barcelona²³.

Se confirma la pluripatología, que afecta directamente al paciente con UEI con la reducción de la calidad y la esperanza de vida^{6,10,24}.

En cuanto a las primeras visitas, llama la atención una procedencia superior al 50% de pacientes del servicio de urgencia, lo que, en parte, indicaría que el paciente tiene la necesidad de acudir a urgencias como puerta de entrada al servicio especializado y no derivado del CAP²⁵, generando la duda, si hay un procedimiento claro de derivación en este ámbito de los CAP al hospital, sabiendo la importante carga de trabajo que suponen las UEI para este nivel asistencial²⁶.

Es remarcar el número de calcifilaxis diagnosticadas, que supuso un 6% de los pacientes, consumiendo un promedio de 8,8 visitas. Todos estos resultados difieren de los reportados por la bibliografía^{27,28}, que observaron entre un 1 y un 4%. Nos invita a reflexionar por qué nuestro grupo de lesiones venosas es un 28% inferior a los datos bibliográficos^{10,11,23} y por qué la calcifilaxis toma tanta importancia en nuestra muestra comparado con otros estudios. La prevalencia baja del pie diabético, con un 6%, se explicaría por la existencia de una unidad de pie diabético en el hospital de referencia a 5 km del nuestro²⁹. La última guía de la CONUEI 2018 habla de una prevalencia global del 15 al 25% y de una incidencia de 5 a 10 nuevos casos por 1.000 pacientes diabéticos al año¹⁰.

Un 77% de las visitas no entraron a la consulta a pie, esto se traduce en un aumento de las cargas de trabajo de los profesionales de la consulta. El alto porcentaje de traslados en ambulancia supone un aumento considerable de costes para el sistema de salud y una pérdida de calidad de vida para el paciente. Valdría la pena implementar alternativas a la visita en el hospital.

Nada desdeñable es el número de visitas que se realizó en planta, un total de 174 (25%).

El paciente con UEI, aparte de ser un gran frequentador de las visitas, consume muchos días de hospitalización y en múltiples ocasiones precisa, tras la estancia en hospital, días de ingresos en centros sociosanitarios.

Se observó que las lesiones diabéticas isquémicas eran las que con más frecuencia, un 65%, se derivaban por dolor o complicaciones al servicio de urgencias. A continuación, un 22% pertenecía al grupo de lesiones arteriales y un 9% al de lesiones venosas.

En una consulta de heridas de la extremidad inferior, la valoración del cirujano vascular resulta indispensable. Entre otros motivos porque el propio paciente lo solicita. Este hecho se refleja en el dato sobre la valoración facultativa de la herida de la tabla 4.

Se realizaron 15 procedimientos de bloqueos poplíteos. Personalmente lo valoramos positivamente, ya que mediante esta técnica se elimina el dolor durante el desbridamiento y la cura, pero dudamos si la consulta habitual es el sitio más adecuado para realizarlo.

En el estudio se objetivó el escaso número de curas realizadas con terapia de presión negativa. Sería recomendable tener en cuenta la eficacia de estos tratamientos y aumentar su uso en los casos indicados.

A veces, en algunos pacientes, la solución al problema de la herida pasa por la amputación. Después de múltiples curas e ingresos, la amputación puede llegar a ser un alivio para el paciente. Durante 2019, el 12% de los pacientes sufrió amputaciones y el 13% de estos ya había sufrido amputaciones previas a 2019, en línea con el documento de consenso de la CONUEI¹⁰, que indica una prevalencia de amputación en pacientes diabéticos del 14 al 20%, y es la causa más frecuente de amputación precediendo en un 85% a la amputación no traumática¹¹.

El dolor es un problema prevalente en las lesiones de extremidad inferior³⁰, sobre todo en el momento de realizar las curas. El resultado de un 52% de estos registros es claramente mejorable.

Limitaciones del estudio

Inicialmente se pensó en realizar un estudio descriptivo de las heridas, recogiendo características como localización, exudado, tejido de la lesión, signos de infección, tiempos de cicatrización, dolor, etc.

Al realizar la revisión de las primeras historias se objetivó que no existía un registro específico y metódico que permitiera la recogida de estas variables.

Esta experiencia evidencia la necesidad de crear un registro específico, útil para el seguimiento del paciente, posibles revisiones y estudios futuros, mediante un conjunto mínimo básico de datos que ayuden a la estandarización de la recogida de datos^{31,32}.

Otro aspecto importante y necesario para incluir en dichos registros serían las variables relacionadas con la calidad de vida en pacientes con UEI^{24,33}.

CONCLUSIONES

En el estudio se describió la actividad de la consulta de heridas crónicas y las características de los pacientes con UEI visitados procedentes de los

centros de atención primaria de Santa Coloma de Gramenet en 2019. Los resultados nos ayudan a conocer el perfil del paciente que acude a la consulta, aunque no son extrapolables a otras poblaciones. La principal conclusión es la falta de registros adecuados y estandarizados imprescindibles para realizar nuevos estudios epidemiológicos y compararlos con otros estudios poblacionales^{21,23} ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Comité de Investigación de la Fundación Hospital Espèrit Sant.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guest JF, Vowden K, Vowden P. The health economic burden that acute and chronic wounds impose on an average clinical commissioning group/ health board in the UK. *J Wound Care.* 2017;26:292-303.
2. Phillips CJ, Humphreys I, Fletcher J, Harding K, Chamberlain G, Macey S. Estimating the costs associated with the management of patients with chronic wounds using linked routine data. *Int Wound J.* 2016;13:1193-7.
3. Olsson M, Järbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair Regen.* 2019;27:114-25.
4. Rondas AA, Schols JM, Halfens RJ, Hull HR, Stobberingh EE, Evers SM. Cost analysis of one of the first outpatient wound clinics in the Netherlands. *J Wound Care.* 2015;24:426-36.
5. González RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. *Gerokomos.* 2010;21:131-9
6. Sibbald RG, Goodman L, Woo KY, Krasner DL, Smart H, Tariq G, et al. Special considerations in wound bed. *Adv Skin Wound Care.* 2011;24:415-36.
7. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Clasificación – categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº II. Logroño: GNEAUPP; 2014
8. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Pérez-López C, Soldevilla Agreda J. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos.* 2019;30:76-86.
9. García-Fernández F, Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda J, Pancorbo-Hidalgo P. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. *Gerokomos.* 2019;30:134-41.
10. Marinell-Io Roura J, Verdú Soriano J, coordinadores. Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (CO-NUEI). Documento de consenso 2018. 2.ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
11. Asociación Española de Enfermería Vasculiar y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3.ª ed. Madrid: AEEVH; 2017. Disponible en: <https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>
12. Rueda López J, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, Roche Rebollo E, et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew, 2002-2003: Epidemiología de úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. *Gerokomos.* 2004;15:230-47.
13. García Fernández FP, López Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP no 10. Logroño: GNEAUPP; 2012.
14. Manual de Acreditación de Unidades - Clínicas de heridas para la gestión de Úlceras por Presión y otras Heridas. Disponible en: <https://gneaupp.info/acreditaciones-gneaupp/acreditacion-gneaupp-de-unidades-clinicas-de-heridas/>
15. Gottrup F. Optimizing wound treatment through health care structuring and professional education. *Wound Repair Regen.* 2004;12:129-33.
16. González de la Torre H, Verdú Soriano J, García Fernández FP, Soldevilla Agreda J. Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. *Gerokomos.* 2017;28:142-50.
17. Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, López Casanova P. Enfermeras consultoras en Heridas Crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 13. Logroño: GNEAUPP; 2016.
18. Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piaggese A, Bakker K, et al. High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study. *Diabetologia.* 2005;50:18-25.
19. Samaniego-Ruiz MJ, Llatas FP, Jiménez OS. Assessment of chronic wounds in adults: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03315.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
21. Ferrer-Solà M, Chirveches-Pérez E, Molist-Señé G, Molas-Puigvilac M, Besolí-Codinad A, Jaumira-Areñase E, et al. Prevalencia de las heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. *Enferm Clin.* 2009;19:4-10.
22. Smith-Strøm H, Iversen MM, Graue M, Skeie S, Kirkevold M. An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management – essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers. *Int J Med Inform.* 2016;94:59-66.
23. Díaz-Herrera MA, Martínez-Riera JR, Verdú-Soriano J, Capillas-Pérez RM, Pont-García C, Tenllado-Pérez S, et al. Multicentre Study of Chronic Wounds Point Prevalence in Primary Health Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona. *J Clin Med.* 2021;10:797.
24. González-Consuegra RV, Verdú Soriano J. 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. *Gerokomos.* 2011;22:131-6.
25. Bellmunt Montoya S, Díaz Sánchez S, Sánchez Nevárez I, Fuentes Camps E, Fernández Quesadah F, Piquer Farrés N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. *Aten Primaria.* 2012;64:135-45.
26. Guinot Bachero J, Herrera Herzog E, Ibáñez Valero I, Sorribes Lengua M, Adusara Molina MJ, Garralón Pérez A, et al. Heridas en consultas de enfermería: ¿qué lesión genera más carga de trabajo? Estudio observacional urbano. *Gerokomos.* 2017;28:42-8.
27. Angelis M, Wong LL, Myers SA, Wong LM. Calciphylaxis in patients on hemodialysis: a prevalence study. *Surgery.* 1997;122:1083-9.
28. Fine A, Zacharias J. Calciphylaxis is usually non-ulcerating: risk factors, outcome and therapy. *Kidney Int.* 2002;61:2210-7.
29. Rubio JA, Aragón-Sánchez J, Lázaro-Martínez JL, Almaraz MC, Mauricio D, Antolín Santos JB, et al. Unidades de pie diabético en España: conociendo la realidad mediante el uso de un cuestionario. *Endocrinol Nutr.* 2014;61:79-86.
30. Herrera J, Curto P, Soriano J, Canalda E. El dolor en las heridas crónicas de las extremidades inferiores. Libro de Comunicaciones: XXVI Congreso Nacional de Enfermería Vasculiar y Heridas. Madrid; Aglnf. 2014;18:175-7.
31. Homs-Romero 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. Logroño: GNEAUPP; 2018.
32. Homs-Romero E, Romero-Collado A. Development of a minimum data set registry for chronic venous insufficiency of the lower limbs. *J Clin Med.* 2019;8:1779.
33. Romero-Collado A, Hernández-Martínez-Esparza E, Zabaleta-Del-Olmo E, Urpi-Fernández AM, Santesmases-Masana R. Patient-reported outcome measures of quality of life in people affected by diabetic foot: A psychometric systematic review. *Value Health.* 2022;25:1602-18.