

Cristina López Alayeto^{1,5,6}
Iraida Gimeno Pi^{2,6}
Carme Marquilles Bonet¹
Gianella Balladares Altamirano³
Sandra Alexandre Lozano^{4,5,6,*}

1. Enfermera especialista en familiar y comunitaria. Unitat de Ferides Complexes d'Atenció Primària (UFCAP-Lleida). Lleida, España.
2. Doctora en Salut. Enfermera especialista en familiar y comunitaria. Unitat de Ferides Complexes d'Atenció Primària (UFCAP-Lleida). Lleida, España.
3. Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Unitat de Ferides Complexes d'Atenció Primària (UFCAP-Lleida). Lleida, España.
4. Doctora en Salut. Enfermera especialista en familiar y comunitaria. Psiconeuroinmunóloga clínica. Unitat de Ferides Complexes d'Atenció Primària (UFCAP-Lleida). Lleida, España.
5. Grup de Recerca de Cures de Salut (GRECS), Institut de Recerca Biomèdica de Lleida - Fundació Dr. Pifarré (IRBLleida). Lleida, España.
6. Grup de Recerca d'Ecografia Clínica en Atenció Primària (GRECOCAP), Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Barcelona, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: feridesap.lleida.ics@gencat.cat (Sandra Alexandre Lozano).

Recibido el 13 de enero de 2026; aceptado el 25 de febrero de 2026.

Implementación de un modelo integrado para la unificación de curas en residencias de Lleida

Implementation of an integrated model for the standardization of wound care in nursing homes in Lleida

DOI: S1134-928X2026000300008

RESUMEN

Objetivos: Describir la implantación de un modelo organizativo integrado para la unificación de curas en centros residenciales de personas mayores, los cambios organizativos derivados y analizar la evolución del gasto asociado a los materiales de cura tras su implementación. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y longitudinal, desarrollado entre enero de 2020 y abril de 2024 en la Región Sanitaria de Lleida del Institut Català de la Salut (ICS) (Cataluña, España). Se incluyeron 78 centros residenciales de personas mayores de la región, que suman un total de 4.395 plazas. Se analizaron variables económicas relacionadas con el gasto en productos de curas, comparando el período previo y posterior a la implantación del modelo organizativo integrado. **Resultados:** Tras la implementación del nuevo modelo, el gasto en material de curas dispensado mediante receta procedente de los centros residenciales se redujo progresivamente, alcanzando una disminución acumulada del 90,38% respecto a 2020. Paralelamente, el suministro centralizado de materiales de curas desde atención primaria generó un incremento del 61,47% en el gasto gestionado a través de circuito interno, reflejando una distribución del gasto hacia un modelo más estructurado. **Conclusiones:** La implantación de un modelo organizativo integrado para la unificación de curas en centros residenciales se asocia a una mejora en la eficiencia de la gestión de los recursos, y a una atención más homogénea y equitativa. El modelo refuerza el papel de la enfermería en la coordinación asistencial y se presenta como una estrategia organizativa sostenible y potencialmente replicable en otros contextos sociosanitarios.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, heridas, atención primaria, residencias, impacto económico.

ABSTRACT

Objectives: To describe the implementation of an integrated organisational model for the unification of wound care in nursing homes for older adults, the organisational changes derived from its implementation, and to analyse the evolution of expenditure associated with wound care materials. **Methodology:** An observational, descriptive and longitudinal study conducted between January 2020 and April 2024 in the Lleida Health Region of the Institut Català de la Salut (ICS) (Catalonia, Spain). A total of 78 nursing homes for older adults were included, comprising 4,395 beds. Economic variables related to expenditure on wound care materials were analysed by comparing the period before and after the implementation of the integrated organisational model. **Results:** Following the implementation of the new model, expenditure on wound care materials dispensed through prescriptions from nursing homes progressively decreased, reaching a cumulative reduction of 90.38% compared to 2020. In parallel, the centralised supply of wound care materials from primary care led to a 61.47% increase in expenditure managed through the internal circuit, reflecting a redistribution of expenditure towards a more structured model. **Conclusions:** The implementation of an integrated organisational model for the unification of wound care in nursing homes is associated with improved efficiency in resource management and more homogeneous and equitable care. The model strengthens the role of nursing in care coordination and represents a sustainable organisational strategy with potential for replication in other social and healthcare settings.

KEYWORDS: Nursing, wounds, primary health care, nursing homes, health economics.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha incrementado el número de personas frágiles institucionalizadas en centros residenciales, en los que la prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia suponen un reto clínico organizativo relevante¹⁻³. La complejidad del cuidado en este ámbito, junto con la fragilidad cutánea y la pluripatología asociadas a la edad avanzada, exige modelos asistenciales específicos y coordinados⁴⁻⁷.

Proporcionar una atención holística y de calidad a personas con heridas en el entorno residencial representa un gran reto para los profesionales de enfermería⁸. La variabilidad en los criterios de actuación y en la gestión del material de curas puede generar desigualdades en la atención y un uso poco eficiente de los recursos⁹⁻¹⁴.

En este contexto, la implantación de modelos organizativos integrados entre atención primaria (AP) y centros residenciales, con circuitos definidos y una gestión homogénea del material de curas, se plantea como una estrategia para mejorar la atención a las personas con heridas y optimizar el uso de los recursos disponibles. En esta línea, desde la Región Sanitaria de Lleida del ICS (Cataluña, España) se impulsa la adquisición de materiales de cura mediante un modelo centralizado, que, según apuntan algunos estudios, podría contribuir a la reducción del gasto sanitario⁹. Tradicionalmente, la provisión de estos materiales se realizaba mediante receta, coexistiendo con un circuito de dispensación centralizada a través de la plataforma logística LOGARITME, especializada en el suministro de material sanitario.

OBJETIVOS

- *Objetivo principal:* describir la implantación de un modelo organizativo integrado para la unificación de curas en centros residenciales de personas mayores.
- *Objetivos secundarios:*
 - Describir los cambios organizativos derivados de la implementación del modelo.
 - Analizar la evolución del gasto asociado a los materiales de cura tras su implementación.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal, desarrollado entre enero de 2020 y abril de 2024.

Ámbito

El estudio se llevó a cabo en la Región Sanitaria de Lleida (ICS), que incluye 6 comarcas y cuenta con una población de referencia de 379.710 habitantes^{15,16}.

Unidad de estudio

Se incluyeron todos los centros residenciales de personas mayores de la Región Sanitaria de Lleida (n =78), que suman un total de 4.395 plazas.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los establecimientos destinados a personas con discapacidad u otros centros de atención no geriátrica.

Variables económicas del estudio

- Gasto en productos de curas dispensados mediante receta.
- Gasto en productos de curas dispensados a través de la plataforma logística LOGARITME.

Recogida de datos

Los datos económicos relacionados con el consumo de material de curas fueron facilitados por la Gerencia de Atención Primaria y Comunitaria de Lleida, e incluyeron el gasto anual en apósitos y productos de curas dispensados tanto mediante receta individual como a través de la plataforma logística LOGARITME.

Los datos se recogieron de forma agregada para el período comprendido entre 2020 y 2024, sin incluir información clínica individual ni datos identificativos de personas usuarias.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los datos económicos, comparando la evolución anual del gasto en material de curas dispensado mediante receta y a través del circuito centralizado entre los años 2020 y 2024.

Los resultados se expresaron en valores absolutos y porcentajes. No se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales.

Ética

El estudio se realizó a partir de datos económicos agregados y anonimizados, sin recogida de datos clínicos ni participación directa de personas usuarias. De acuerdo con la normativa vigente, no fue necesaria la obtención de consentimiento informado ni la evaluación por un comité de ética de la investigación. No obstante, se solicitó y obtuvo la correspondiente autorización institucional para el uso y análisis de los datos con fines de investigación.

Descripción del modelo organizativo implementado

El modelo que se presenta se enmarca en una trayectoria previa de más de una década de trabajo especializado en el ámbito de las curas de AP en la Región Sanitaria de Lleida. Entre 2008 y 2020, se consolidaron elementos clave como la designación y formación de enfermeras referentes de heridas para la unificación de criterios de tratamiento, la creación de un catálogo unificado de productos de cura, el lanzamiento de la consulta virtual de heridas y la puesta en marcha de la Unitat de Ferides Complexes d'Atenció Primària (UFCAP). En 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se creó la figura de la enfermera gestora de residencias, que supuso un elemento clave en la coordinación entre niveles asistenciales.

Hasta la implantación del modelo, los centros residenciales gestionaban mayoritariamente las heridas de las personas institucionalizadas de forma autónoma. Las enfermeras realizaban la valoración inicial de la herida, se consultaba al médico, y este pautaba el tratamiento y realizaba la receta del material de cura necesario. Con esta forma de trabajar, las intervenciones eran heterogéneas y dependían, en parte, de la prescripción del médico (fig. 1).

Como antecedente del modelo actual, en 2015 se puso en marcha un proyecto piloto en un centro residencial de Lleida, que permitió implementar por primera vez un circuito estructurado y coordinado entre AP y centros residenciales, basado en la formación específica del personal

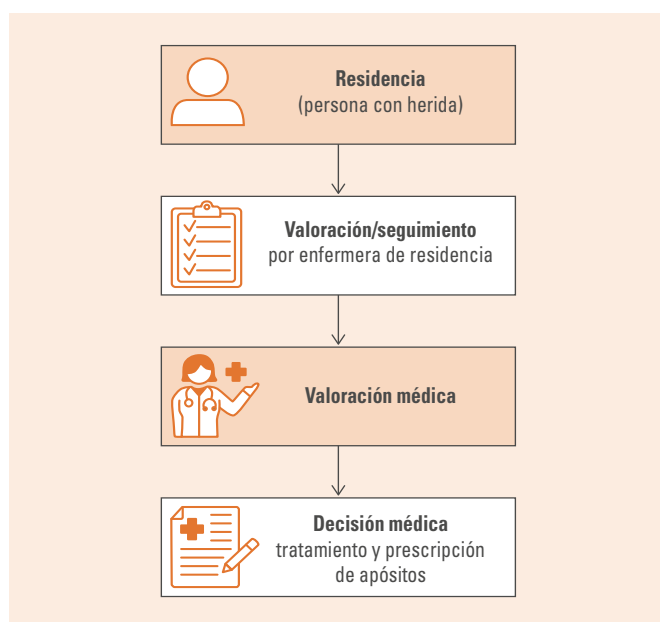


Figura 1. Circuito de atención a personas con heridas en centros residenciales basado en la indicación médica y prescripción vía receta.

sanitario de la residencia, el uso racional del material de curas y un seguimiento compartido. Esta experiencia inicial se amplió posteriormente en 2018 a otros centros residenciales, y sirvió como base para el despliegue progresivo del modelo organizativo integrado a partir de 2021 en el conjunto de residencias de la región.

El modelo operativo se articuló en 3 ejes principales:

1. La centralización del suministro de material de curas mediante un catálogo unificado y la plataforma logística LOGARITME (anexo 1).
2. El establecimiento de un circuito asistencial consensuado entre AP y centros residenciales, con la enfermera gestora de residencias como figura de referencia.
3. La formación específica teórica y práctica del personal de enfermería, basada en las guías clínicas vigentes¹⁷⁻²¹ y orientada al manejo de heridas y al uso adecuado del material de curas, como soporte para la correcta aplicación del modelo.

El modelo promueve una atención sanitaria basada en la evidencia, con el acompañamiento de referentes de heridas y gestoras de residencias, garantizando un uso racional de los recursos y consensuando la toma de decisiones clínicas y terapéuticas (fig. 2).

En abril de 2022 se inició la dispensación centralizada del material de curas a todos los centros residenciales desde los centros de AP de referencia a través de la plataforma logística LOGARITME, lo que permitió una gestión homogénea del suministro. Este sistema facilita el acceso a formatos más eficientes (envases de 5-10 unidades), a diferencia de la prescripción individualizada, que suele entregar envases de solo 3 unidades, optimizando la relación coste/unidad y favoreciendo una gestión económica más racional del material de curas.

Previamente al inicio de la dispensación centralizada, cada centro residencial se reunió con las gestoras de residencias y referentes de heridas de los centros de salud para revisar y difundir el catálogo unificado, y promover un uso adecuado de los productos. Asimismo, se estableció un circuito interno de gestión para la solicitud y entrega del material desde

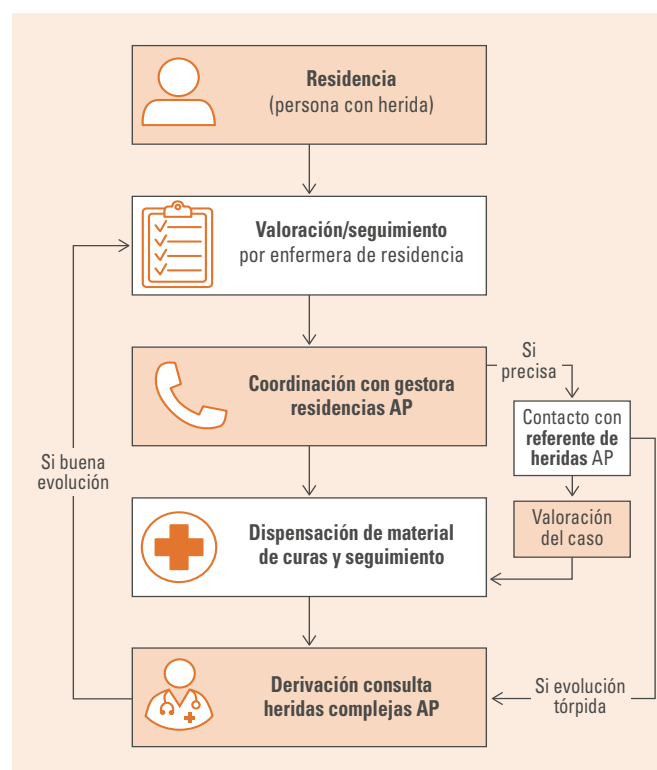


Figura 2. Circuito de atención a personas con heridas en centros residenciales tras la implementación del modelo integrado de curas.

los centros de AP, favoreciendo la deprescripción progresiva del material dispensado mediante receta.

RESULTADOS

Del total de centros residenciales de personas mayores de la Región Sanitaria de Lleida ($n = 78$), el 53,85% participó activamente en la implementación inicial del modelo organizativo. En el resto de los centros, la ausencia de personal de enfermería durante el período de estudio limitó su incorporación efectiva. No obstante, todos los centros recibieron el material teórico en formato digital y se estableció un circuito de dispensación de material desde los centros de AP. Durante este período, la enfermera gestora de residencias asumió temporalmente la valoración de heridas y la gestión de los pedidos de material.

Entre los años 2020 y 2024, el gasto en material de curas dispensado mediante receta procedente de los centros residenciales mostró una reducción progresiva (fig. 3). En 2021, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se observó un aumento puntual del gasto en material de curas mediante receta respecto al año previo. A partir de 2022, con la implantación en la totalidad de centros residenciales, el gasto asociado a la prescripción mediante receta disminuyó de forma sostenida, alcanzando una reducción acumulada del 90,38% en comparación con el año 2020.

De forma paralela, el gasto correspondiente al suministro centralizado de material de curas a través de la plataforma logística LOGARITME aumentó un 61,47% en comparación con el año 2020. El gasto total registrado a través de esta plataforma incluye tanto el material de curas utilizado en los centros de AP como el material dispensado a los centros residenciales.

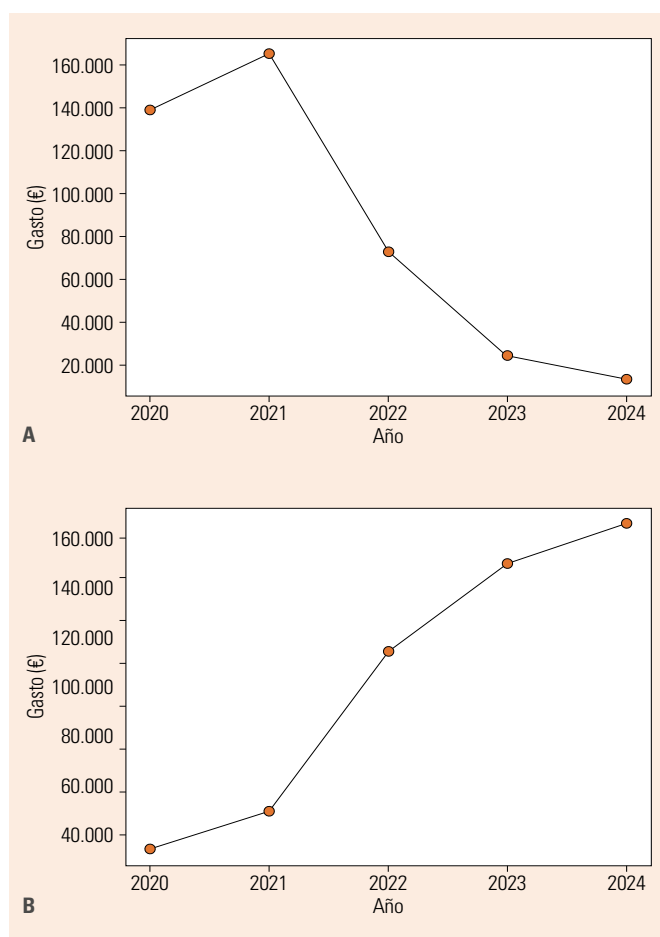


Figura 3. Evolución del gasto en material de curas. A) Mediante recetas (2020-2024). B) Mediante LOGARITME (2020-2024).

DISCUSIÓN

La atención a las personas con heridas en el ámbito residencial se ha descrito en la literatura como un proceso vulnerable a la fragmentación asistencial, con una elevada variabilidad en los criterios de actuación y en la gestión de los recursos, particularmente en contextos marcados por el envejecimiento poblacional y la cronicidad. Esta fragmentación puede tener repercusiones no solo organizativas, sino también económicas, al favorecer circuitos poco eficientes y un uso heterogéneo de material de curas²²⁻²⁵.

En este contexto, el presente estudio describe la implementación progresiva de un modelo organizativo integrado para la unificación de curas en centros residenciales de personas mayores de la Región Sanitaria de Lleida. A diferencia de otros trabajos centrados fundamentalmente en el ámbito hospitalario o en unidades especializadas^{10,11}, este modelo se ha desarrollado en el entorno comunitario y residencial, donde la coexistencia de distintos circuitos de suministro hacía especialmente necesaria una estrategia de racionalización y homogeneización.

Diversos autores han señalado que la estandarización de productos de curas, la centralización de logística y la reducción del uso de la prescripción individualizada pueden contribuir a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios^{8,9,14}. En línea con estas aportaciones, el modelo descrito muestra una reducción progresiva del gasto en material de curas dispensado mediante receta, superior al 90% a lo largo de 4 años. Este descenso se acompaña de

un aumento de suministro a través del circuito centralizado, lo que refleja una distribución hacia un modelo de gestión más estructurado.

Estos hallazgos son coherentes con los descritos en otros sistemas sanitarios que han apostado por la reorganización de los circuitos de dispensación y centralización del suministro^{8,9}. Tal como se ha señalado en la literatura, la reducción del gasto asociado a la receta no implica necesariamente una disminución del consumo, sino un cambio en la forma de provisión de material, con impacto directo en la eficiencia económica del sistema⁹.

Un aspecto relevante del modelo es que la utilización de un catálogo unificado y un circuito de dispensación común ha permitido que las personas institucionalizadas accedan a los mismos productos de curas que se emplean en los centros de AP, con criterios compartidos y basados en la evidencia. Este enfoque contribuye a reducir desigualdades en el acceso a recursos sanitarios y evita circuitos paralelos de provisión, frecuentemente asociados a una mayor variabilidad y a un uso menos eficiente de los materiales^{1,14,23}.

Desde el punto de vista organizativo, la implantación del modelo ha puesto de manifiesto la importancia de la coordinación entre AP y centros residenciales como elemento facilitador del cambio. La incorporación de figuras de referencia, como la enfermera gestora de residencias y las referentes de heridas en AP, ha facilitado la implementación del circuito y el acompañamiento en la toma de decisiones, favoreciendo un uso más racional de los recursos.

Aunque el presente estudio no evalúa resultados clínicos ni indicadores de calidad de vida, los cambios observados en los patrones de gasto y en los circuitos de dispensación sugieren que los modelos organizativos integrados pueden constituir una herramienta útil para mejorar la eficiencia del sistema sanitario en el ámbito residencial.

Finalmente, como resultado de una trayectoria asistencial y organizativa consolidada, la UFCAP fue acreditada como "Unidad de Heridas Complejas" por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras y Heridas (GNEAUPP), siendo una de las primeras unidades acreditadas en AP en España. Este reconocimiento no se atribuye exclusivamente al modelo descrito en este estudio, sino que refleja el cumplimiento de estándares de calidad, la experiencia acumulada del equipo profesional y el desarrollo progresivo de iniciativas orientadas a la mejora continua de la atención y de la gestión de los recursos.

CONCLUSIONES

El proyecto demuestra que un modelo organizativo unificado para la atención a personas con heridas mejora la eficiencia del sistema y la calidad asistencial. La colaboración entre profesionales y la centralización en la adquisición de materiales han permitido reducir costes y estandarizar prácticas. Además, pone en valor el rol de la enfermería como agente clave y líder en la transformación del modelo asistencial ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las autoras expresan su agradecimiento a los profesionales de enfermería de los centros residenciales y de AP por su implicación, colaboración y participación activa en el desarrollo del proyecto. A las direcciones de los centros residenciales, por facilitar la participación de sus profesionales y permitir su acceso a la formación. A la Gerència d'Atenció Primària de la Comunitat de Lleida y al CatSalut por proporcionar los datos necesarios para el análisis del modelo implementado.

Anexo 1. Catálogo de material de curas

Tipos	Descripción	Unidades
Espumas	Apósito hidrocelular con adhesivo de silicona. Medida de superficie total, $10 \times 10 \pm 4$ cm	5
	Apósito de espuma de poliuretano multicapa sin borde no adherente. Medida de superficie activa, $15 \times 15 \pm 2$ cm	5
	Apósito de espuma de poliuretano con silicona, grosor < 3 mm sin borde adherente. Medida de superficie activa, $15 \times 15 \pm 2$ cm	5
	Apósito alveolar gelificando de silicona. Medida de superficie total, $12,5 \times 12,5 \pm 2$ cm	5
	Apósito de espuma de poliuretano y un soporte protector de poliuretano no tejido. Medida de superficie total, 15×15 cm	5
	Apósito superabsorbente, con capacidad de absorción $> 1,6$ g/cm ² , sin bordes, no recortable, con fibras de celulosa. Medida, $15 \times 15 \pm 2$ cm	10
	Apósito espuma de poliuretano multicapa con borde. Medida de superficie total, $15 \times 15 \pm 2$ cm. Se puede utilizar como sacro	10
Talonerías	Apósito de espuma adaptable con talón sin borde, no adhesiva	3
Sacro	Apósito de espuma de poliuretano multicapa con borde. Medida de superficie total, $22 \times 22 \pm 2$ cm	10
Espumas especiales	Apósito desbridante osmótico. Medida de superficie activa, $4 \times 4 \pm 2$ cm	10
	Apósito desbridante osmótico. Medida de superficie activa, $3 \times 3 \pm 2$ cm con informe	10
	Apósito superabsorbente, con capacidad de absorción $> 1,6$ g/cm ² , sin bordes, no recortable, con fibras de celulosa. Medidas, $15 \times 15 \pm 2$ cm	10
	Apósito no adhesivo con ibuprofeno en apoyo de espuma. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	16
Alginato y fibras	Apósito de hidrofibra de hidrocoloide no adhesivo por desbridamiento, absorción, control y retención. Medidas, 10×10 cm	10
	Apósito de fibra de alginato. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
	Apósito de fibra de poliácrlato con hidrocoloide. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
	Apósito de fibra de poliácrlato con hidrocoloide. Medida de superficie activa, mínimo 5×40 cm	5
Especiales	Emulsión desbridante y de generación celular, restaura la función barrera, microcirculación cutánea. Frasco de 50 ml	1
	Apósitos bactericidas sin plata con cadexómero yodado sobre un soporte de malla. Medida de superficie activa, $6 \times 8 \pm 2$ cm	3
	Apósito bioactivo de espuma de poliuretano (PU) con matriz lípido-coloidal, modulador de las metaloproteasas, para la gestión del exudado y la cicatrización de heridas. Con apoyo de malla. Medida total, 10×10 cm	10
Estimulantes de la cicatrización	Apósito bioactivo con carga iónica. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
	Apósito antioxidante. Con matriz liofilizada vegetal absorbente y solución de hidratación de acetilcisteína y cúrcuma	1
	Apósito bioactivo de colágeno modulador de proteasas en matriz, 5×5 cm	10
Hidrocoloides	Apósito de malla de poliéster con hidrocoloide y vaselina, flexible, indicado para quemaduras y epidermólisis bullosa. Medida total $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
	Apósito hidrocoloide en placa de grosor < 3 mm (extrafinos) sin borde. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
Hidrogel	Apósito de hidrogel en estructura laminar sin borde. Medida de superficie activa, $10 \times 20 \pm 2$ cm	
	Apósito hidrogel en estructura laminar sin borde. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	5
	Hidrogel en estructura amorfa. Presentación, $15 \text{ g} \pm 10\%$	
Plata	Apósito bactericida con liberación de plata en apoyo de fibra con hidrocoloide. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
	Apósito bactericida con plata nanocristalina en apoyo de malla. Medida de superficie activa, $10 \times 20 \pm 2$ cm	12
	Apósito de fibra de poliácrlato con hidrocoloide y plata. Medida de superficie activa, $10 \times 10 \pm 2$ cm	10
Soluciones descontaminantes	Solución estéril para la irrigación de heridas para la limpieza de estados contaminados-colonizados-infectados. Compatible con curas húmedas. Composición: undecilenamidopropil, betaina y polihexanida	1
	Gel descontaminante de polihexanida y betaina al 0,1%	1
	Solución en spray descontaminante de heridas con función bactericida. Presentación en spray de 250 ± 10 ml	1
Antimicrobiano	Apósito bacteriostático sin plata y sin borde. Superficie activa, $5 \times 10 \pm 2$ cm	40

Continúa

Anexo 1. Catálogo de material de curas (cont.)

Tipos	Descripción	Unidades
Prevención	Aceite con ácidos grasos hiperoxigenados, sin silicona. Mínimo 95% ácidos grasos. Presentación en aceite en spray de 20-30 ml	1
	Emulsión con ácidos grasos hiperoxigenados, sin silicona. Mínimo 30% ácidos grasos. Presentación en emulsión con dosificador de 110 ± 10 ml	1
	Solución barrera sin zinc, lápiz tetrapolímero	
	Solución barrera sin zinc terpolímero. Presentación en spray de 30 ± 5 ml. Película barrera no irritativa	1
Carbón activado	Apósitos de fibras con carbón. Medida de superficie activa, 10 × 10 ± 2 cm	10
Vendajes	Sistema de vendas de compresión de 2 capas, presión de hasta 20 mmHg en el tobillo, capa almohadillada y venda elástica cohesiva de algodón, tracción larga. Medidas, 25-32 ± 4 cm. Sin látex	1
	Sistema de vendas de compresión de 2 capas, presión de hasta 40 mmHg en el tobillo, capa almohadillada y venda elástica cohesiva de algodón, tracción larga. Medidas, 18-25 ± 4 cm. Sin látex	1
	Venda elástica compresiva de tracción corta de algodón 100%, extensibilidad del 90%. Medidas, 10 × 5 m. Envase individual, sin látex	1
	Venda elástica compresiva de tracción corta de algodón 100%, extensibilidad del 90%. Medidas, 8 × 5 m. Envase individual, sin látex	1
Fieltro	Fieltro adhesivo de lana/acrílico, grosor 8 mm	3

BIBLIOGRAFÍA

- Moreu Carbonell E. Envejecimiento activo, tecnología y salud: un desafío para las políticas públicas. Rev Aragonesa Adm Pública. 2024;XXV:265-97.
- Schremel S, Szeimiesch RM, Prantl L, Landthaler M, Babilas P. Wound healing in the 21st century. J Am Acad Dermatol. 2010;63: 866-81.
- Martínengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. Ann Epidemiol. 2019;29:8-15.
- Morales Flores S. Modelos habitacionales emergentes para mayores: del contexto europeo a su implantación en Barcelona. Proyecto Final de Máster Oficial. UPC, Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de Barcelona, Centre de Política del Sòl i Valoracions; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2117/357241>
- López-Alayeto C, Alexandre-Lozano S, Gimeno-Pi I, Marquilles-Bonet C, Bernis-Domenech M. Prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria de la provincia de Lleida en 2022. Gerokomos. 2023;34:134-7.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento técnico GNEAUPP n.º II: Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. 3.ª ed. Logroño: GNEAUPP; 2021. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/11/gneaupp.dt02.categorizacion-3ed.pdf>
- Ramos M. SAM Heridas y Cicatrización: Cicatrización en el envejecimiento. México: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2021. Disponible en: <https://bidi.cellpharma.com/wp-content/uploads/SAM-HERIDAS-L11.pdf>
- Jiménez García JF. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de las heridas crónicas complejas en Andalucía. Tesis doctoral. Universidad de Almería; 2020.
- Quesada-Ramos C, Beistegui-Alejandro I. Evaluación económica de un nuevo modelo de compra centralizada de apósitos: el caso del País Vasco. Gerokomos. 2014;25:118-23.
- Soldevilla J, Torra JE, Posnett J, Verdu J, San Miguel L, Mayan JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007;18:201-10.
- Drew P, Posnett J, Rusling L, on behalf of the Wound Care Audit Team. The cost of wound care for a local population in England. Int Wound J. 2007;4:149-55.
- Vowden K, Vowden P, Posnett J. The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. J Wound Care. 2009;18:93-4, 96-8, 100.
- Iruela-Sánchez M, García-Sierra R, Lladó-Blanch M, Naveras-Almenara F, Seda G, Torán-Montserrat P. Tipología de las heridas atendidas en atención primaria: estudio transversal multicéntrico. Semergen. 2023;49:101964.
- Rueda López J. Coste de las Heridas Complejas: Aplicación de modelos económicos desde una perspectiva enfermera. Tesis doctoral. Universitat de Lleida. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia; 2023.
- CatSalut. Població de referència del Servei Català de la Salut per a l'any 2024. Generalitat de Catalunya, CatSalut; 2024. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveïdors_professionals/registes_catalogs/documents/informe-poblacio-referencia-2024.pdf
- CatSalut. Memòria 2023 Regió Sanitària Lleida. Generalitat de Catalunya, CatSalut; 2023. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11921>
- Gencat.cat. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2015. Guia de productes de cura i prevenció de les ferides. Disponible en: <https://ics.gencat.cat/ca/Professionals/coneixement-assistencial/curas-infermeres/lesions-complexes/protocol-de-cura-de-ferides/>
- Prevençió de les lesions relacionades amb la dependència. Institut Català de la Salut; 2019. Disponible en: https://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/ares_primaria/plans/PC0075_Prevencio_Lesiones_dependencia_febrer-2019_inf.pdf
- Bastida N, Crespo R, González J, Montoto MJ, Vedia C. Maneig de les úlceres per pressió. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2002. Disponible en: https://ics.gencat.cat/web/.content/Documents/assistencia/gpc/guia_ulceres.pdf
- Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M, Fuentes Camps EM, Gayarre Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors: guia de pràctica clínica. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/45467/locale-attribute=es>
- Alexandre-Lozano S, Barallat-Gimeno E, Torra-Bou JE, García-Martínez E, Blanco-Blanco J. Adaptación transcultural y validación psicométrica en lengua española de la escala Perineal Assessment Tool para la evaluación de la dermatitis por incontinencia. Gerokomos. 2020;31:241-7.
- Lacasta Tintorer D. Impacto de la implementación de una herramienta de colaboración clínica en red (ECOPH) entre profesionales de atención primaria y especializada en la reducción del número de derivaciones. Tesis doctoral. Barcelona: Edició Universitat Autònoma de Barcelona; 2020.
- Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohme S, Ruiz-Pozos D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. Rev Esp Geriatria Gerontol. 2011;46:261-4.
- Pastor López A. Atención a mayores en riesgo social, experiencias de una realidad sociosanitaria compleja. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba; 2023.
- Saraiva Aguiar S. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. Enferm Glob. 2022;21:545-89.