

Prevalencia e incidencia de heridas crónicas en Atención Primaria

MARÍA-JESÚS SAMANIEGO-RUIZ*¹, FEDERICO PALOMAR LLATAS²

¹ENFERMERA ESPECIALISTA EN FAMILIAR Y COMUNITARIA – UNIDAD FUNCIONAL HERIDAS – AGS NORDESTE DE GRANADA

²ENFERMERO – UNIDAD DE ÚLCERAS Y HERIDAS. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA – PROFESOR FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

*Autora para correspondencia: mariaje88@gmail.com

Recibido: 21 de mayo de 2020 – Aceptado: 29 de mayo de 2020

Resumen

En la actualidad hay un aumento de la prevalencia de heridas crónicas además de un incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas. De modo que, las personas con heridas crónicas suelen presentar múltiples comorbilidades, lo que supone un desafío en su atención.

Objetivo: Conocer la prevalencia de personas con heridas crónicas, su perfil y las características de las lesiones.

Método: Estudio observacional prospectivo llevado a cabo en la Zona Básica de Salud de Benamaurel (Granada, España). Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo, durante el periodo de reclutamiento de 1 año.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 108 pacientes con heridas crónicas de distinta etiología, atendidos en sus domicilios o centros de Atención Primaria. La prevalencia de heridas crónicas en mayores de 15 años fue de 1,59%. Y en mayores de 65 años de 3,03%. La prevalencia según el tipo de heridas fue: úlceras relacionadas con la dependencia; 0,38% (14,47% en los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados), úlceras venosas; 0,46%, úlceras arteriales; 0,18%, y pie diabético; 0,13%.

Se trata de pacientes, predominantemente mujeres, con un bajo nivel educativo. Con una edad media de 76 años y presencia de comorbilidad alta.

Conclusión. La prevalencia de heridas crónicas en mayores de 15 años se ha establecido en 1,59%, con una incidencia acumulada al final del año de estudio de 1,46%. Encontrándose en mayor proporción úlceras vasculares y otros tipos de heridas crónicas como son las postraumáticas o postquirúrgicas.

Palabras Claves: Prevalencia – Úlcera – Atención Primaria de Salud.

Abstract

Prevalence and incidence of chronic wounds in Primary Care

Currently, there is an increased prevalence of chronic wounds in addition to, an increase in the frequency of chronic diseases. Thus, people with chronic wounds often have multiple comorbidities, which is a challenge in their care.

Objective: To know the prevalence of people with chronic wounds, their profile and the characteristics of the injuries.

Method: Prospective observational study carried out in the Basic Health Zone of Benamaurel (Granada, Spain). A consecutive non-probability sampling was performed during the 1-year recruitment period.

Results: The sample consisted of 108 patients with chronic wounds of different etiology, treated in their homes or in Primary Care centres.

The prevalence of chronic wounds in people over 15 years of age was 1.59% and 3.03% in people over 65. The prevalence according to the type of wounds was: ulcers related to dependency; 0.38% (14.47% in patients included in the programme for those immobilised), venous ulcers; 0.46%, arterial ulcers; 0.18%, and diabetic foot; 0.13%.

These are patients, predominantly women, with a low educational level. With an average age of 76 years and presence of high comorbidity.

Conclusion: The prevalence of chronic wounds in people over 15 years of age has been established at 1.59%, with a cumulative incidence at the end of the study year of 1.46%; being in greater proportion vascular ulcers and other types of chronic wounds such as the post-traumatic or post-surgical ones.

Keywords: Prevalence – Ulcer – Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas (HC) se pueden definir como lesiones de la piel con una escasa tendencia a la cicatrización, mientras que se mantenga la causa que la produce⁽¹⁾.

Existen diferentes criterios de clasificación de estas heridas crónicas pero con el fin de garantizar una mejor comprensión de la prevalencia de este tipo de lesiones las abarcaremos atendiendo al agente causal, encontrando: úlcera por presión (UPP), úlcera por humedad, úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera neuropática y otras⁽¹⁾.

Las UPP son las heridas crónicas que presentan mayor prevalencia en todos los niveles asistenciales y afectan principalmente a personas mayores de 65 años. En España presentan una prevalencia en adultos entre el 7% y el 8,5% en hospitales, entre el 12% y el 14% en centros sociosanitarios, y del 0,11% en atención primaria; aumentando hasta el 8-9% si los usuarios están incluidos en los programas de atención domiciliaria (AD).

El 95% de las úlceras de la extremidad inferior son venosas, isquémicas y neuropáticas. Como datos epidemiológicos fiables se recomienda una prevalencia comprendida entre el 0,10 y el 0,30%; siendo su incidencia de tres a cinco nuevos casos por 1000 personas y año, teniendo en cuenta que ambos datos deben multiplicarse por dos cuando se considere el segmento de población de edad mayor de 65 años⁽²⁾.

Las úlceras venosas suponen entre el 75-80% de estas úlceras, con una prevalencia del 0,5% al 0,8% y una incidencia entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año⁽²⁾.

En el caso de las úlceras de etiología isquémica se recomienda una prevalencia entre 0,2% y 2% con una incidencia de 220 casos nuevos por cada millón de habitantes al año⁽²⁾.

En las úlceras de etiología neuropática se estima una prevalencia del 15-25% y una incidencia de 5 a 10 nuevos casos por mil pacientes diabéticos y año⁽²⁾.

El incremento de pacientes mayores junto con la prevalencia de heridas crónicas no solo atrae la atención a los diferentes profesionales, sino también a las administraciones de salud en relación al impacto. Ya que este perfil demográfico caracterizado por una tendencia al envejecimiento y un aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas, hace que casi la mitad de la personas con heridas crónicas presenten múltiples comorbilidades, lo que supone un desafío hacia un enfoque que incluye la herida, el paciente y su entorno.

De ahí nuestros objetivos:

1. Conocer la prevalencia de personas con heridas crónicas atendidas en la zona básica de salud de Benamaurel.
2. Identificar el perfil y características de las lesiones de los pacientes que presentan heridas crónicas.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo llevado a cabo en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Benamaurel. Zona de tipo rural, con una densidad de 12,8 habitantes/km², perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada, con el Hospital de Baza como referente.

La población de esta ZBS era de 7.609 pacientes (datos obtenidos en octubre del 2017 a partir de las claves médicas), de los cuales 6.796 eran mayores de 15 años (3.385 hombres y 3.411 mujeres) y 2442 mayores de 65 años.

La muestra la formaron los individuos mayores de 15 años de ambos sexos con, al menos, una herida crónica que hubieran sido atendidos en la ZBS de Benamaurel. Durante un periodo de un año (entre noviembre de 2016 y octubre de 2017).

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años de ambos sexos con al menos una herida crónica (> 3 semanas de duración) que hubieran sido atendidos en sus domicilios o en un centro sanitario. Y que firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personas que no entendieran el castellano (se necesitaría contar con traductores para el consentimiento).

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo, durante el periodo de reclutamiento de 1 año.

La obtención de la información se tuvo a partir de: dirección, profesionales enfermeros, historia clínicas y entrevistas con los sujetos del estudio.

Los datos se trataron de forma anónima, teniendo en cuenta las recomendaciones establecidas por la Ley Básica 41/2002 de Autonomía del paciente y el Reglamento 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos. Siendo el trabajo aprobado por el comité de ética de la investigación de la provincia de Granada.

A continuación, estos datos fueron introducidos y analizados con ayuda del software estadístico SPSS.

En primer lugar, se obtuvieron las cifras de prevalencia/incidencia sobre la población obtenida según las claves médicas en octubre del 2017. Para su cálculo en la atención domiciliaria se incluyeron los pacientes que a esa fecha estaban activos en el programa de inmovilizados (datos obtenidos del módulo de listados de DIRAYA).

En segundo lugar, se realizó un estudio descriptivo de las variables cuantitativas mediante su media, desviación estándar (DE) y mediana, y de las variables cualitativas y las cuantitativas categorizadas (según el rango de valores proporcionado por cada escala empleada) mediante la distribución de frecuencias de cada una de las categorías y porcentajes. También se evaluaron posibles diferencias entre grupos con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un nivel de significación del 5%.

Artículo Original

Prevalencia e incidencia de heridas crónicas en Atención Primaria

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 108 pacientes con heridas crónicas de distinta etiología, atendidos en sus domicilios o centros de Atención Primaria. Del total de 108 pacientes;

9 fueron los casos al inicio del estudio, 30 se recuperaron, 3 fallecieron y hubo 2 pérdidas.

La prevalencia de heridas crónicas en mayores de 15 años fue de 1,59% (IC 1,32-1,92). Y en mayores de 65 años de 3,03% (IC 2,42-3,79).

Tabla I. Descriptiva variables cualitativas del paciente.

		LUGAR				P-valor
		Domicilio		Centro salud		
		n	%	n	%	
Sexo	Mujer	34	52,3%	31	47,7%	0,041*
	Hombre	13	30,2%	30	69,8%	
Estilo de vida	Activo/a	0	0,0%	7	100,0%	<0,001**
	Encamado/a	25	100,0%	0	0,0%	
	Sedentario/a	21	28,4%	53	71,6%	
	Silla ruedas	1	50,0%	1	50,0%	
Hábitos tóxicos	Alcohol	2	33,3%	4	66,7%	0,246
	No	42	46,7%	48	53,3%	
	Tabaco	2	50,0%	2	50,0%	
	Tabaco y alcohol	1	12,5%	7	87,5%	
Adherencia	NO	7	46,7%	8	53,3%	0,789
	SI	40	43,0%	53	57,0%	
Nivel educativo	EGB/ESO	0	0,0%	4	100,0%	0,093
	Estudios básicos	47	46,1%	55	53,9%	
	FP	0	0,0%	2	100,0%	

*Significativo al 95%. **Significativo al 99%.
Nota: el test utilizado fue el Test de Chi Cuadrado.

Tabla II. Descriptiva variables cuantitativas del paciente.

	LUGAR						P-valor	(IC)Prueba
	Domicilio			Centro salud				
	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana		
Edad	85	12	87	70	16	72	<0,001**	(10,9-21,2)NP
Charlson	8	2	8	6	3	6	<0,001**	(1,3-3,0)NP
Medicamentos	7	3	7	6	4	5	0,146	(-0,3-2,4)P
Barthel	34	35	15	92	14	100	<0,001**	(69,5-46,8)NP
MNA	19,2	3,0	19,0	24,4	1,7	25,0	<0,001**	(6,1-4,0)NP
Braden	15	3	14	20	2	21	<0,001**	(-6,2-4,0)NP
Gijón	12	2	11	8	2	8	<0,001**	(2,5-4,2)NP

**Significativo al 99%. Nota: DE = desviación estándar. El p-valor se obtuvo con t-test en caso de prueba paramétrica (P) y el test de U de Mann-Whitney en caso de no paramétrico (NP).

Tabla III. Descriptiva variables cuantitativas categorizadas del paciente.

		LUGAR			
		Domicilio		Centro salud	
		n	%	n	%
Charlson	Ausencia	0	0,0%	4	100,0%
	Comorbilidad baja	1	33,3%	2	66,7%
	Comorbilidad alta	46	45,5%	55	54,5%
Barthel	Dependencia total	25	100,0%	0	0,0%
	Dependencia severa	6	75,0%	2	25,0%
	Depend. moderada	15	50,0%	15	50,0%
	Dependencia leve	1	7,7%	12	92,3%
	Independencia	0	0,0%	32	100,0%
MNA	Malnutrición	14	100,0%	0	0,0%
	Riesgo malnutrición	32	69,6%	14	30,4%
	No riesgo malnutric.	1	2,1%	47	97,9%
BRADEN	Riesgo alto	19	100,0%	0	0,0%
	Riesgo moderado	7	87,5%	1	12,5%
	Riesgo bajo	21	25,9%	60	74,1%
GIJON	Buena situac. social	10	16,7%	50	83,3%
	Riesgo social	27	71,1%	11	28,9%
	Problema social	10	100,0%	0	0,0%

Tabla IV. Descriptiva problemas de salud.

		LUGAR				P-valor
		Domicilio		Centro salud		
		n	%	n	%	
Alteraciones aparato locomotor	NO	8	17,8%	37	82,2%	<0,001**
	SI	39	61,9%	24	38,1%	
Alteraciones cardiorespiratorias	NO	6	27,3%	16	72,7%	0,159
	SI	41	47,7%	45	52,3%	
Alteraciones inmunológicas	NO	35	43,8%	45	56,3%	0,988
	SI	12	42,9%	16	57,1%	
Alteraciones metabólicas	NO	18	36,7%	31	63,3%	0,207
	SI	29	49,2%	30	50,8%	
Demencia	NO	31	34,1%	60	65,9%	<0,001**
	SI	16	94,1%	1	5,9%	
Incontinencia	NO	16	23,9%	51	76,1%	<0,001**
	SI	31	75,6%	10	24,4%	

**Significativo al 99%. Nota: el test utilizado es el Test de Chi Cuadrado.

Artículo Original

Prevalencia e incidencia de heridas crónicas en Atención Primaria

Tabla V. Descriptiva de tratamientos sistémicos.

		LUGAR				P-valor
		Domicilio		Centro salud		
		n	%	n	%	
Citotóxicos	NO	46	43,8%	59	56,2%	0,739
	SI	1	33,3%	2	66,7%	
Inmunosupresores	NO	47	43,5%	61	56,5%	-
	SI	0	0,0%	0	0,0%	
Corticoides	NO	41	43,6%	53	56,4%	0,991
	SI	6	42,9%	8	57,1%	
Antiinflamatorios no esteroideos	NO	46	46,9%	52	53,1%	0,062
	SI	1	10,0%	9	90,0%	
Antiagregantes	NO	25	36,2%	44	63,8%	0,125
	SI	22	56,4%	17	43,6%	
Anticoagulantes	NO	36	43,9%	46	56,1%	0,933
	SI	11	42,3%	15	57,7%	
Vasoactivos	NO	24	47,1%	27	52,9%	0,843
	SI	23	40,4%	34	59,6%	

**Significativo al 99%. Nota: el test utilizado es el Test de Chi Cuadrado.

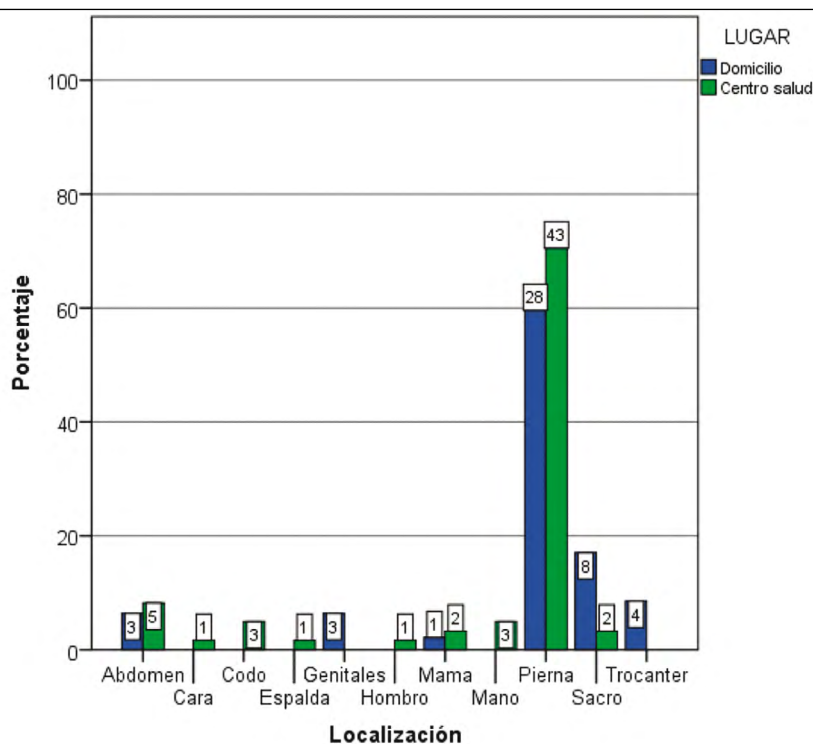


Figura 1. Localización de las heridas según el lugar de atención.

Tabla VI. Tipos de heridas crónicas.

	n	%
Otras	30	27,8%
Abceso	4	3,7%
Anafiláctica	1	0,9%
Arteritis	1	0,9%
Cristal calcio	1	0,9%
Injerto	1	0,9%
Mordedura animal	1	0,9%
Neoplasica	1	0,9%
Picadura	1	0,9%
Postquirúrgica	15	13,9%
Quemadura	1	0,9%
Tofo úrico	1	0,9%
Unión dermoepidérmica	1	0,9%
Vasculitis leucocitoclástica	1	0,9%
Pie Diabético	9	8,3%
Pie diabético postraumático	6	5,6%
Pie diabético	3	2,8%
Úlceras r/c Dependencia	26	24,1%
Humedad	3	2,8%
UPP	19	17,6%
UPP iatrogénica	4	3,7%
Úlceras Vasculares	43	39,8%
Arterial	10	9,3%
Postraumática arterial	2	1,9%
Postraumática venosa	16	14,8%
Venosa	14	13,0%
Venosa iatrogénica	1	0,9%

Para las úlceras relacionadas con la dependencia fue de 0,38% (IC 0,26-0,56), y de 14,47% (IC 9,76-20,94) entre los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados.

Para las vasculares fue del 0,63% (IC 0,47-0,85). Venosas 0,46% (IC 0,32-0,65) y arteriales 0,18% (IC 0,10-0,31).

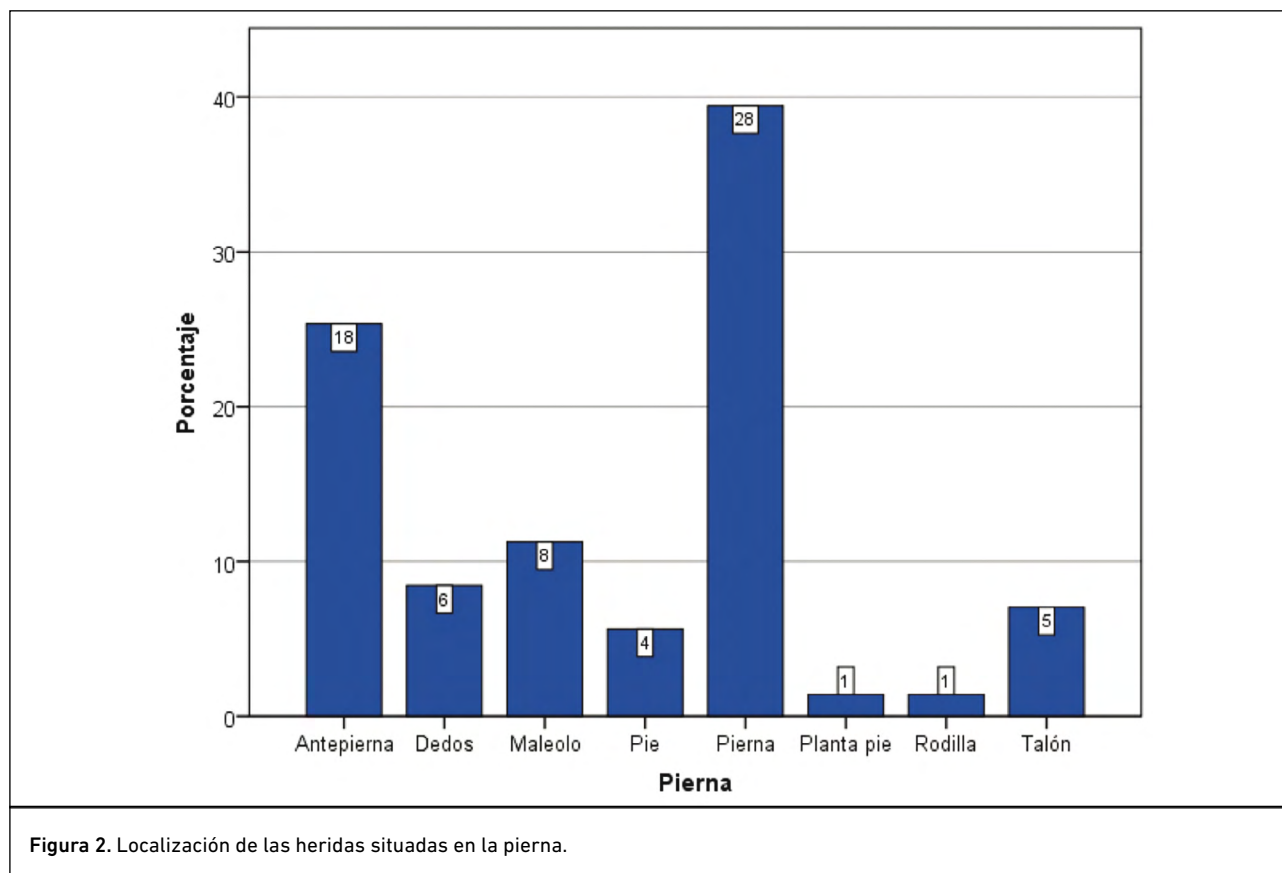
El pie diabético presentó una prevalencia de 0,13% (IC 0,07-0,25).

Entre las heridas localizadas en la pierna, las vasculares constituyeron el 59,15% (IC 47,54-69,83). El 15,49% fueron

úlceras relacionadas con la dependencia y hubo paridad en 12,68% entre el pie diabético y otras heridas crónicas.

La incidencia acumulada al final del periodo estudiado fue de 1,46%, 0,33% para úlceras relacionadas con la dependencia, 0,57% para vasculares (0,413% venosas y 0,162% arteriales), y 0,41% para otros tipos de heridas.

Para las úlceras relacionadas con la dependencia en pacientes inmovilizados la incidencia acumulada fue del 13,74%.



La morbilidad media durante el periodo estudiado fue del 1,102%, con un promedio de mortalidad y letalidad de 0,044% y 3,85% respectivamente.

En la Tabla I se muestra un predominio de mujeres y del estilo de vida sedentario, con diferencias según el lugar de atención.

La edad media de la muestra fue de 76,12 (DE 15,64), la mínima fueron 30 años y la máxima 102 (Tabla II).

En general son pacientes con alta comorbilidad (Tabla III). Entre las patologías más prevalentes estaban las relacionadas con alteraciones cardiorespiratorias (Tabla IV). Con una prescripción media de 6,5 medicamentos por paciente (DE 3,6). Siendo los más frecuentes los vasoactivos y antiagregantes, seguidos de los anticoagulantes (Tabla V).

En general, las heridas crónicas más prevalentes fueron las vasculares (Tabla VI). La localización más frecuente fue la pierna (Figura 1). Se distribuían por la pierna en general, seguidas por las presentes en la zona tibial (Figura 2).

Por tipo de herida y de mayor a menor frecuencia, las vasculares y pie diabético se distribuían por la pierna; las úlceras por presión por la pierna (talón, pierna, maléolos, pies), sacro, trocánter y genitales; y otros tipos de heridas por: pierna, abdomen, mama, mano, codo, sacro, espalda, hombro y cara.

El 79,6% presentaba solo una herida, en el 41,7% de los casos se trataba de una recidiva y un 3,7% había tenido al menos una amputación previa. Más de la mitad (59,3%) presentaba un mes de evolución, hasta un máximo de 45 meses.

DISCUSIÓN

Por una parte, la información que aportan los resultados sobre la prevalencia e incidencia es útil, sobre todo si se considera la escasez de estudios epidemiológicos sobre úlceras en el ámbito de la atención primaria de salud.

En Europa, se estima una prevalencia de heridas entre el 1 y el 1,5%⁽³⁾. Sin embargo, en un estudio realizado en una comarca de Barcelona en 2004 incluyendo AP, sociosanitaria y agudos se reportó una prevalencia de HC de 0,29%⁽⁴⁾. Y en otro trabajo, en el 2013, se estimó un 0,28% de HC en mayores de 15 años en AP⁽⁵⁾. Llegando al 0,45% encontrado en ocho ZBS de Murcia⁽⁶⁾. Datos inferiores a nuestro 1,59% encontrado en AP. Al igual que ocurre con la incidencia de 0,24% reportada en un estudio en AP de Barcelona, frente a nuestro 1,46%. Esto puede deberse a que la recogida no es directa, sino que suelen tratarse de estudios retrospectivos que obtienen la información a partir de los registros de la historia clínica digital.

En cuanto a los distintos tipos de heridas. En España se ha reportado una prevalencia de UPP en adultos del 0,11% para atención primaria⁽⁷⁾, igual que se reportó en un estudio realizado en dos comarcas de Barcelona en 2003⁽⁸⁾. Datos que difieren con nuestro 0,38%. Sin embargo, nuestros resultados son similares a los de un estudio realizado en 2005 en una ZBS Asturias que reportó una prevalencia de 0,39%⁽⁹⁾. Y en relación a las UPP en pacientes en atención domiciliaria en este estudio se reportó un 12,78%, cifra que también concuerda con nuestro 14,47%. Encontrando cifras menores en otros estudios: 9,3% obtenido en una zona rural de Cádiz⁽¹⁰⁾, 9,18% en dos áreas básicas de salud de Barcelona⁽¹¹⁾ o el 7,3% en dos comarcas de Barcelona⁽⁸⁾.

La prevalencia de úlceras venosas obtenida de 0,46%, se acerca al 0,5-0,8% que se recomienda en Europa⁽²⁾. Al igual que el 0,18% de etiología arterial, recomendándose entre 0,2-2%⁽²⁾. Con una incidencia de úlceras venosas de 4,1 nuevos casos por 1000 personas y año, próxima al 2-5, y de 1620 nuevos casos por millón de personas y años, superior al 220 reportado en Europa⁽²⁾.

Siendo la prevalencia de úlceras venosas algo menor si se tiene en cuenta las úlceras de la extremidad inferior, considerándose que un 75-80% son venosas frente a nuestro 59%. Sin embargo, en un estudio se reportó que de todas las HC encontradas⁽⁵⁾, 30,23% eran venosas similar al 28,7% de nuestro estudio (31 de 108). Esto puede deberse al incorrecto diagnóstico; como se detectó en un estudio⁽¹²⁾, o la falta de registros adecuados. Así al realizar el seguimiento se apreció que no siempre coincidía el diagnóstico codificado con el que se escribía en las notas de texto libre⁽⁵⁾. Los diagnósticos enfermeros sobre úlceras van evolucionando⁽¹³⁾, sin embargo no son adecuados para diferenciar los tipos de úlceras. A lo que se añade el infraregistro, por ejemplo en el caso de las UPP, ya que son consideradas un indicador de calidad de los cuidados. Por lo que en muchas unidades su registro va a repercutir en una reducción de la productividad del profesional.

En el pie diabético se encontró una prevalencia superior a la recomendada (15-25%)⁽²⁾; con un 28%, y a la de otros estudios publicados en diferentes países. Estos trabajos informaron de unos porcentajes desde el 2% hasta el 18% en la población diabética. Reportándose una prevalencia global del 6,9%, donde el porcentaje mayor correspondía a Norte América y el menor a Oceanía⁽¹⁴⁾. Esta variación puede deberse a la limitación de los estudios debido a los test diagnósticos, la falta de registros y la población seleccionada (factores sociales, sanitarios y preventivos)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Así como a la tendencia ascendente de las personas con diabetes y con ello, de sus complicaciones⁽¹⁷⁾.

Respecto a los datos de prevalencia en AP debemos destacar un especial interés en la población mayor de 65

años, donde la morbi-mortalidad aumenta con los factores de riesgo asociados⁽⁹⁾. Y donde se puede multiplicar por dos la prevalencia de HC⁽²⁾, como ha ocurrido en nuestro estudio.

Así como la importancia de considerar otros tipos de heridas de larga evolución que no han sido tenidas en cuenta pero que en nuestro estudio han supuesto una proporción superior a la de UPP y pie diabético.

Por otra parte, en el centro de salud se ha encontrado paridad en relación al sexo, como ocurrió en otro estudio⁽⁵⁾. Mientras que en el domicilio predomina el sexo femenino en más de 2/3, al igual que en otro estudio realizado en atención domiciliaria⁽¹⁰⁾. Esto puede deberse a que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida⁽¹⁸⁾.

Así, la edad media en el domicilio ha sido significativamente mayor que en el centro de salud, dato que se puede comprobar en otros estudios de distintos ámbitos asistenciales^(5,7,10).

Con respecto a las fortalezas de este trabajo, encontramos un método directo recogida de datos que ofrece ventajas sobre los métodos basados en registros o cuestionarios que no proporcionan información individual y además presentan sesgos como son el bajo número de respuestas o datos incorrectos debidos a los diferentes criterios y denominaciones.

Sin embargo, consideramos que las cifras obtenidas deben ser consideradas a la baja, ya que muchos pacientes a pesar de presentar heridas no solicitan atención sanitaria. Captándose un caso de un paciente con heridas de más de un año de evolución que no había demandado atención, pero acompañaba a su mujer que presentaba lesiones en peor estado. En cuanto a los datos de prevalencia podrían ser algo incongruentes, ya que para su cálculo sólo se consideró la población total al final del estudio.

En el futuro, se prevé una acentuación de esta población dispersa, envejecida y en regresión, por lo que se mantendrán o aumentarán las cifras de HC si no se desarrollan políticas de prevención que tengan en cuenta los distintos niveles asistenciales y la continuidad de cuidados.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de heridas crónicas en mayores de 15 años se ha establecido en 1,59%, con una incidencia acumulada al final del año de estudio de 1,46%. Se han encontrado en mayor proporción las úlceras vasculares y otros tipos de heridas crónicas como son las postraumáticas o postquirúrgicas.

Se trata de pacientes, predominantemente mujeres, con un bajo nivel educativo, con una edad media de 76 años y presencia de comorbilidad alta. ●

Bibliografía

- [1] 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. Grupo Nacional para Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño: 2012.
- [2] MARINEL-LO ROURA J, VERDÚ SORIANO J (COORD.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
- [3] PROBST S, SEPPÄNEN S, GERVER V, GETHIN G, HOPKINS A, RIMDEIKA R. EWMA document: home care-wound care: overview, challenges and perspectives. *J Wound Care*. 2014; 23Suppl 5a:S1-41.
- [4] FERRER-SOLÀ M, CHIRVECHES-PÉREZ E, MOLIST-SEÑÉ G, MOLAS-PUIGVILA M, BESOLÍ-CODINA A, JAUMIRA-AREÑAS E, ET AL. Prevalencia de la heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. *Enferm Clin*. 2009; 19 (1): 4-10. DOI: 10.1016/j.enfcli.2008.10.005.
- [5] 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*. 2017; 16 (46): 445-463. DOI:10.6018/eglobal.16.2.251311.
- [6] AVILÉS ARANDA JD, MORENO PINA JP, PALOMAR LLATAS F, PEÑALVER HERNÁNDEZ F, VIVANCOS OLIVA V, PASTOR MACIA J. Heridas crónicas en un área de salud de Murcia. *Enferm Dermatol*. 2016; 10 (27): 19-24.
- [7] PANCORBO HIDALGO PL, GARCÍA FERNÁNDEZ FP, TORRA I BOU JE, VERDÚ SORIANO J, SOLDEVILLA AGREDA JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *GEROKOMOS* 2014; 25 (4): 162-170.
- [8] HERAS-FORTUNY R, MORROS-TORNÉ C, ÁLVAREZ-CARRERA A, MOIX-MMANUBENS I, SABRIA-MARTÍNEZ I, SANTAELULÀLIA-POTRONY L. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. *Enferm Clin*. 2006; 16 (1): 1-54. DOI: 10.1016/S1130-8621(06)71175-5.
- [9] CON REDONDO J, MARTINEZ CUERVO F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. *Gerokomos*. 2009; 20 (2): 92-97.
- [10] NIETO GARCÍA JA, REVUELTA AGUDO JA, CRESPO CASTRO J, MARÍN SEGURA R, PUYA BARROSO M. Prevalencia de las úlceras por presión en una zona rural de la provincia de Cádiz. *Semergen*. 2011; 37 (6): 273-330. DOI: 10.1016/j.semerg.2011.01.005.
- [11] USTRELL OLARIA A, AMORÓS MIRÓ G. Prevalencia de heridas de la piel en pacientes de atención domiciliar de 2 áreas básicas de salud de Barcelona: implicaciones en la práctica enfermera. *Enferm Clin*. 2008; 18 (5): 232-238. DOI: 10.1016/S1130-8621(08)72381-7.
- [12] TALENS BELEN F. Formación y prevención en úlceras por presión: prevalencia en el Hospital General de Elche. *Gerokomos*. 2016; 27 (1): 33-37.
- [13] RUMBO PRIETO JM. Novedades sobre úlceras e integridad cutánea en la nueva clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA 2015-2017. *Enferm. Dermatol*. 2018; 9 (26): 7-9.
- [14] ZHANG P, ZHU D, BI Y. Global and Chinese prevalence of diabetic foot. *Diabetes Res Clin Pract*. 2016 Oct; 120 (S1): S45. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0168-8227\(16\)31008-7](https://doi.org/10.1016/S0168-8227(16)31008-7).
- [15] ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª ed. Madrid: AEEVH; 2017.
- [16] MARINEL-LO ROURA J. Úlceras de la extremidad inferior. 2ª ed. Barcelona: Glosa; 2011.
- [17] MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Madrid: INE; 2018.
- [18] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Proyecciones de salud 2016-2066. Madrid: INE; 2016.