

Universitat de Lleida

TESIS DOCTORAL

**Cuidado a las personas con lesiones cutáneas
relacionadas con la dependencia en la
comunidad: fundamentos para una teoría de
situación específica**

Natalia Maella Rius

Memoria presentada para optar al grado de Doctor por la Universitat de
Lleida

Programa de Doctorado en Salud

Directores

Dra. Laura Martínez Rodríguez

Dr. Joan Enric Torra i Bou

Tutor

Dr. Joan Blanco Blanco

2025

A todas las personas en situación de dependencia

Este trabajo:

- Ha sido financiado parcialmente por el *Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona* (www.coib.cat) en el marco de las *Ayudas a la Investigación Enfermera* (PR-501/2021).
- Ha recibido financiación del *Programa de Ayudas a Doctorandos y Realización de Tesis* del *Consejo General de Enfermería* de 2022.
- Ha obtenido un módulo de 60 horas en la *7ª Convocatòria dels Ajuts a la Recerca de la Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord* de l'*Institut Català de la Salut*.
- Ha recibido el premio a la investigación y la difusión de investigaciones relacionadas con las heridas de la *Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas GNEUAPP - Fundación Sergio Juan Jordán* en la *Convocatoria 2021-2023*.
- Ha sido presentado en formato póster en las *IX Jornadas Doctorales del Campus Iberus* en Jaca en 2023.
- Ha sido presentado en el concurso *Tesis en 3 minutos* del *Campus Iberus* en Zaragoza en 2023.
- Ha sido presentado en formato póster en la *Jornada Científica PECT* de *Mataró-Maresme* en 2023.
- Ha sido parcialmente publicado en un artículo en la revista científica *Índex de Enfermería* con el título: [Impacto de las lesiones por presión en un paciente post Covid-19](#)
- Ha sido parcialmente publicado en un artículo en la revista científica *Gerokomos* con el título: [Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con LCRD y otras heridas crónicas en la comunidad](#)
- Ha sido parcialmente publicado en un artículo en la revista científica *British Journal of Community Nursing* con el título: [Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: a scoping review](#)

AGRADECIMIENTOS

El camino del doctorando es una carrera de fondo en la que se hace complicado mantener el equilibrio cuerpo-mente-espíritu. Este camino no hubiera sido posible sin la cooperación necesaria de muchas personas entre las que destaco especialmente:

A mi directora, la Dra. Laura Martínez Rodríguez, que con su mirada cualitativa, metodológica y enfermera me ha enseñado que, sin la voz de los pacientes, nada. Por dirigirme con tanto esmero, por tener siempre una visión holística y dar solución a cada problema que ha surgido en el camino. Por su amabilidad y su disposición, pero sobre todo por alegrarse tanto por cada uno de mis logros como si fueran suyos.

A mi director, el Dr. Joan Enric Torra i Bou. Nuestro encuentro en la jornada para la prevención de las lesiones por presión en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol en noviembre de 2019 dio un giro inesperado a mi carrera profesional. Es para mí un referente, un maestro y un mentor en el mundo de las heridas y en la vida en general.

A mi tutor, el Dr. Joan Blanco Blanco. Aunque se incorporó en el último momento su ayuda con todos los trámites y su capacidad de respuesta casi instantánea me dieron seguridad en el largo proceso burocrático.

A la Dirección de Atención Primaria del área Metropolitana Nord, a la Unitat de Suport a la Recerca del Institut Català de la Salut y al grupo de investigación GREMSAS por la colaboración que han mostrado siempre ante el desarrollo del presente trabajo, especialmente a la Dra. Rosa García Sierra, que de forma proactiva ha velado porque este estudio tuviera un buen desarrollo dentro de la institución.

A Cristina, Esther, Mari Pau, Mónica, Miriam i Mercè, el grupo motor de enfermeras territoriales expertas en heridas, por haber compartido conmigo la aventura laboral más intensa de mi vida hasta la fecha.

A las enfermeras participantes en los grupos focales que compartieron su vasta experiencia en los cuidados a pacientes con heridas en el ámbito de la comunidad.

A los pacientes participantes en este estudio por compartir su experiencia de manera generosa; conocer sus historias me impactó profundamente.

A mis compañeras de la Escuela de Enfermería de Huesca, especialmente a Sandra y Laura, por los cuatro años tan intensos que compartimos y que nos unieron para siempre.

A mis compañeras del Máster de Investigación, sobre todo a Carme y a Anaïs.

A mis compañeras del Posgrado en Enfermería de Práctica Avanzada en la Atención Integral a la Persona con Heridas de Sant Joan de Déu, especialmente a Jéssica.

A Sara y Xenia, enfermeras referentes en heridas que se convirtieron en amigas.

A los estudiantes de doctorado, o, mejor dicho, jóvenes investigadores del Campus Iberus: Ana, David, Gonzalo, Gustavo, Ricardinho, Nutria y Mar, por la *life-changing experience* vivida en las jornadas de Jaca 2023 y por todas las aventuras que vendrían después.

A mi psicólogo y maestro espiritual Simón, y a todos los maestros que le han precedido y transmitido su sabiduría.

A Gabriel, mi amigo, referente y gestor financiero; por estimularme culturalmente con hechos históricos y actuales. Por estar siempre a mi lado en la persecución de mis metas, desde el principio.

A Marta y Sonia, por los mejores años de mi vida. Mi lugar donde volver.

A mi madre Montse, por enseñarme todas las conjugaciones del verbo cuidar; a mi hermana Marta, por aportarme siempre su visión sobre los condicionantes sociales del continuum salud-enfermedad; a mi hermano Jorge, por ser para mí una fuente de inspiración en el ámbito laboral y en la consecución de retos; y a mi cuñada Elea, otra de mis cuidadoras profesionales favoritas.

A mis sobrinas Velia y Maya, y a mis primas Daniela y Eliana, por mantener los genes asociados al sexo en su máximo esplendor. A mi primo Sergio y a mi tía Ana, por ser un ejemplo de vida para mí. Y a mi padre Félix, otro tipo de maestro.

A Mariona, que con su fresca visión me ofrece otras perspectivas y soluciones a mis problemas, además de su interés en ver fotos de heridas mientras cena, y por vivir mis éxitos como si fueran suyos.

Pero, sobre todo, a Oriol, por ir a la biblioteca de Vilassar de Mar a buscar el libro Modelos y Teorías en enfermería: contigo empezó todo. Aun cuando le costó entender que me matriculara en un doctorado y en un posgrado a la vez. Por ser mi mayor fan. Sin su soporte logístico y emocional, nada.

RESUMEN

Antecedentes: Las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) tienen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. A pesar de su elevada prevalencia en la comunidad, la investigación en este ámbito sigue siendo escasa. En este contexto, se hace necesario desarrollar una teoría enfermera que facilite la comprensión del fenómeno y optimice la práctica clínica, promoviendo una atención centrada en la persona.

Objetivos: Se plantearon dos objetivos principales: (1) Identificar los elementos que configuran una teoría de situación específica (TSE) para su abordaje y (2) construir una primera aproximación a su conceptualización.

Métodos: Siguiendo el proceso integrativo de Im y Meleis, se realizó una revisión exploratoria de la literatura, entrevistas y grupos focales con enfermeras y pacientes bajo el paradigma cualitativo. Se emplearon metodologías como la teoría fundamentada y las técnicas inductivas y deductivas de Walker y Avant.

Resultados: El análisis permitió formular la TSE *Itinerarios Paralelos*, que describe el fenómeno de las LCRD a través de cuatro conceptos principales: (1) La atención en la comunidad a los pacientes con LCRD, (2) la situación de dependencia, (3) la progresión de la cicatrización y (4) la vivencia individual. Además, se definieron los subconceptos relacionados y sus proposiciones teóricas.

Conclusión: Este estudio proporciona un marco teórico innovador para la atención de las LCRD en la comunidad. La TSE *Itinerarios Paralelos* es aplicable a la práctica clínica, la formación y la investigación, contribuyendo a mejorar la calidad de los cuidados enfermeros. Se recomienda ampliar su estudio en distintos contextos asistenciales.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Úlcera por Presión; Cicatrización de Heridas; Actividades de la Vida Diaria; Calidad de Vida; Teoría de Enfermería.

RESUM

Antecedents: Les lesions cutànies relacionades amb la dependència (LCRD) tenen un gran impacte en la qualitat de vida dels pacients i els seus cuidadors. Tot i la seva elevada prevalença en la comunitat, la investigació en aquest àmbit continua sent escassa. En aquest context, es fa necessari desenvolupar una teoria infermera que faciliti la comprensió del fenomen i optimitzi la pràctica clínica, promovent una atenció basada en l'evidència i centrada en la persona.

Objectius: Es van plantejar dos objectius principals: (1) Identificar els elements que configuren una teoria de situació específica (TSE) per al seu abordatge i (2) construir una primera aproximació a la seva conceptualització.

Mètodes: Seguint el procés integratiu d'Im i Meleis, es va realitzar una revisió exploratòria de la literatura, entrevistes i grups focals amb infermeres i pacients sota el paradigma qualitatiu. Es van utilitzar metodologies com la teoria fonamentada i les tècniques inductives i deductives de Walker i Avant.

Resultats: L'anàlisi va permetre formular la TSE *Itineraris Paral·lels*, que descriu el fenomen de les LCRD a través de quatre conceptes principals: (1) L'atenció en la comunitat a les persones amb LCRD, (2) la situació de dependència, (3) la progressió de la cicatrització i (4) la vivència individual. A més, es van definir els subconceptes relacionats i les seves proposicions teòriques.

Conclusió: Aquest estudi proporciona un marc teòric innovador per a l'atenció de les LCRD en l'àmbit comunitari. La TSE *Itineraris Paral·lels* és aplicable a la pràctica clínica, la formació i la investigació, contribuint a millorar la qualitat dels cures infermers. Es recomana ampliar-ne l'estudi en diferents contextos assistencials.

Paraules clau: Atenció Primària de Salut; Infermeria en Salut Comunitària; Úlcera per Pressió; Cicatrització de Ferides; Activitats de la Vida Diària; Qualitat de Vida; Teoria d'Infermeria.

ABSTRACT

Background: Dependency-related skin injuries (DRSI) have a major impact on the quality of life of patients and their caregivers. Despite their high prevalence in the community, research in this field remains scarce. In this context, it is necessary to develop a nursing theory that facilitates understanding of the phenomenon and optimizes clinical practice by promoting evidence-based, person-centered care.

Objectives: Two main objectives were proposed: (1) To identify the elements that define a situation-specific theory (SST) for addressing DRSI and (2) to build an initial conceptual framework.

Methods: Following the integrative process described by Im and Meleis, an exploratory literature review, interviews and focus groups with nurses and patients were conducted under a qualitative paradigm. Grounded theory and the inductive and deductive techniques of Walker and Avant were used.

Results: The analysis led to the formulation of the SST *Parallel Pathways*, which describes the phenomenon of DRSI through four major concepts: (1) Community care for patients with DRSI, (2) the situation of dependency, (3) wound healing progression and (4) individual experience. In addition, related subconcepts and theoretical propositions were defined.

Conclusion: This study provides an innovative theoretical framework for the care of DRSI in the community. The SST *Parallel Pathways* is applicable to clinical practice, education and research, contributing to improved nursing care quality. Further study is recommended in various care contexts.

Keywords: Primary Health Care; Community Health Nursing; Pressure Ulcer; Wound Healing; Activities of Daily Living; Quality of Life; Nursing Theory.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	20
2.1 <i>Situación de dependencia y lesiones cutáneas asociadas</i>	22
2.1.1 Personas en situación de dependencia.....	22
2.1.2 Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia	26
2.1.3 Magnitud del problema.....	50
2.1.4 Atención a las personas con LCRD.....	57
2.2 <i>Teorías y modelos de enfermería</i>	63
2.2.1 Introducción a las teorías de enfermería	63
2.2.2 Niveles de abstracción	64
2.2.3 Modelos y teorías en atención a pacientes con heridas.....	74
CAPÍTULO 3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	76
3.1 <i>Preguntas de investigación.....</i>	77
3.2 <i>Objetivos.....</i>	78
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....	80
4.1 <i>Método integrativo</i>	81
4.1.1 Entrevista preliminar.....	90
4.1.2 Revisión bibliográfica	92
4.1.3 Grupos focales	94
4.1.4 Entrevistas	99
4.1.5 Coocurrencia de los conceptos	106
4.2 <i>Posicionamiento de la investigadora</i>	110
4.3 <i>Criterios de rigor</i>	110
4.4 <i>Consideraciones éticas.....</i>	112
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	114
5.1 <i>Atención a las LCRD en la comunidad</i>	121
C1. Entorno comunitario.....	121
C2. Rol profesional.....	122
C3. Proceso enfermero	124
C4. Gestión de los cuidados	130
5.2 <i>Situación de dependencia.....</i>	134
D1. Causa de la dependencia	134
D2. Adaptación a la dependencia	137
D3. Cuidadoras	142
D4. Prevención LCRD	144
5.3 <i>Progresión de la cicatrización</i>	148
P1. Inicio de la herida.....	149
P2. Características de la herida	150
P3. Factores que afectan a la cicatrización.....	151
P4. Complicaciones	152

5.4 <i>Vivencia individual</i>	155
V1. Actitud del paciente.....	155
V2. Conocimientos de los pacientes	159
V3. Contexto	161
V4. Dimensiones de la Salud	166
V5. Calidad de vida	173
5.5 <i>Facilitadores y barreras en los cuidados a pacientes con LCRD en la comunidad</i>	178
CAPÍTULO 6. INTEGRACIÓN	181
6.1 <i>TSE Itinerarios Paralelos</i>	183
6.2 <i>Elementos del metaparadigma enfermero</i>	195
6.3 <i>Los elementos fundamentales</i>	197
6.4 <i>Rol de la enfermera</i>	199
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN	201
7.1 <i>Contraste de resultados con estudios previos</i>	203
7.2 <i>Interpretación reflexiva de los hallazgos</i>	217
7.3 <i>Limitaciones del estudio</i>	220
7.4 <i>Implicaciones para la práctica clínica y la investigación</i>	222
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES	225
CAPÍTULO 9: BIBLIOGRAFÍA	230
CAPÍTULO 10: ANEXOS	244
<i>Anexo 1. Hoja de recogida de variables de pacientes</i>	245
<i>Anexo 2. Guion para entrevistas y grupos focales</i>	247
<i>Anexo 3. Artículo 1: Impacto de las lesiones por presión en un paciente post COVID-19</i>	248
<i>Anexo 4. Artículo 2: Nursing care in patients with DRSI in the community: a scoping review</i>	253
<i>Anexo 5. Artículo 3: Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con LCRD y otras heridas crónicas en la comunidad</i>	264
<i>Anexo 6. Hoja de consentimiento informado</i>	273
<i>Anexo 7. Hoja de información a la enfermera</i>	274
<i>Anexo 8. Hoja de información al paciente</i>	276

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Proceso enfermero modificado	18
Figura 2 Modelo teórico de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (2.0)	26
Figura 3. Lesión por presión de categoría I en el talón	28
Figura 4. Lesión por presión de categoría II en el maléolo externo	29
Figura 5. Lesión por presión de categoría III	30
Figura 6. Lesión por presión de categoría IV.....	31
Figura 7. Lesión de tejidos profundos ocasionada por presión y cizalla en el talón	32
Figura 8. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad de categorías 1A y 1B	35
Figura 9. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad de categorías 2A y 2B	36
Figura 10. Dermatitis intertriginosa en el pliegue abdominal	37
Figura 11. Lesiones por fricción de categoría I en la espalda	39
Figura 12. Lesión por fricción de categoría II	40
Figura 13. Lesión por fricción de categoría III en el talón.....	41
Figura 14. Desgarro cutáneo.....	42
Figura 15. Piel con dermatoporosis, atrofia y púrpura senil	43
Figura 16. Pseudo-escara blanca sobre una piel con desgarro cutáneo previo ya cicatrizado	43
Figura 17. Desgarro cutáneo de categoría 1 y reposicionamiento del colgajo .	44
Figura 18. Desgarro cutáneo de categoría 2 en el dorso de la mano.....	45
Figura 19. Desgarro cutáneo de categoría 3 tras la retirada de un apósito de vía periférica.....	45
Figura 20. Desgarros cerrados y abiertos con presencia de hematoma y coágulos en la lesión.....	46
Figura 21. Lesión combinada por humedad-presión	47
Figura 22. Lesión combinada por presión y cizalla-fricción	48
Figura 23. Lesión combinada por humedad-fricción.....	48
Figura 24. Lesión multicausal.....	49
Figura 25. Marco conceptual CVRS LPP	54
Figura 26. Estructura de la disciplina de la enfermería	64
Figura 27. La escalera de la abstracción.....	67

Figura 28. Relaciones entre teorías prácticas, teorías de rango intermedio, grandes teorías y TSE.....	71
Figura 29. Proceso integrativo para el desarrollo de TSE	81
Figura 30. Exploración del fenómeno LCRD desde múltiples fuentes según el proceso integrativo	87
Figura 31. Proceso de desarrollo de la teoría según el enfoque integrativo....	89
Figura 32. Diagrama PRISMA de la revisión bibliográfica.....	92
Figura 33. Atención a las LCRD en la comunidad.....	183
Figura 34. La progresión de la cicatrización.....	186
Figura 35. La situación de dependencia.....	188
Figura 36. La vivencia individual	190
Figura 37. TSE itinerarios paralelos	192
Figura 38. Modelo Toe and Flow.....	207
Figura 39. Modelo EAPC y el equipo multidisciplinar	208
Figura 40. La escalera a la amputación	209
Figura 41. La escalera a la LCRD	209
Figura 42. El bucle de la dependencia	211
Figura 43. Factores que influyen en la complejidad y en la dificultad de cicatrización.....	213
Tabla 1. Análisis de la entrevista preliminar	91
Tabla 2. Análisis de la revisión bibliográfica.....	93
Tabla 3. Análisis de los grupos focales	98
Tabla 4. Análisis de las entrevistas	105
Tabla 5. Coocurrencia de los conceptos analizados de las cuatro fuentes	109
Tabla 6. Temas, subcategorías y categorías del análisis de los datos.....	120
Tabla 7. Facilitadores y barreras de los cuidados de las enfermeras de APC a los pacientes con LCRD.....	179
Tabla 8. Factores que afectan a la cicatrización	187
Tabla 9. Factores contextuales	190

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- **ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria
- **ACV:** Angiología y Cirugía Vascular
- **AGHO:** Ácidos Grasos Hiperóxigenados
- **APC:** Atención Primaria y Comunitaria
- **APS:** Atención Primaria de Salud
- **ATDOM:** Atención Domiciliaria
- **AVD:** Actividades de la Vida Diaria
- **BVD:** Baremo de Valoración de la Dependencia
- **CAP:** Centro de Atención Primaria
- **CEI:** Comité de Ética de la Investigación
- **COREQ:** Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- **CPR:** Cirugía Plástica y Reparadora
- **CVRS:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud
- **DC:** Desgarro Cutáneo
- **EAP:** Equipos de Atención Primaria
- **EAPC:** Enfermera de Atención Primaria y Comunitaria
- **EPA:** Enfermera de Práctica Avanzada
- **EPA:** Enfermera de Práctica Avanzada
- **EPA-HCC:** Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas
- **EEII:** Extremidades Inferiores
- **EPS:** Educación para la Salud
- **GNEAUPP:** Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
- **ICS:** Institut Català de la Salut
- **IP:** Investigadora Principal
- **LC:** Lesión Combinada
- **LCRD:** Lesiones Cutáneas Relacionadas con la Dependencia
- **LESCAH:** Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad
- **LF:** Lesión por Fricción

- **LM:** Lesión Medular
- **LMC:** Lesión Multicausal
- **LPC:** Lesión por Cizalla
- **LPP:** Lesión por Presión
- **MAPC:** Médico de Atención Primaria y Comunitaria
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association
- **NIC:** Nursing Interventions Classification
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification
- **SEMP:** Superficies Especiales para el Manejo de la Presión
- **TSE:** Teoría de Situación Específica
- **TSS:** Trabajo Social Sanitario

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

If a patient is cold, if a patient is feverish, if a patient is faint, if he is sick after taking food, if he has a bed-sore, it is generally the fault, not of the disease, but of the nursing.

Florence Nightingale

Notes on Nursing: What it is, and what it is not

1859

Nos referimos a una herida cuando la integridad de cualquier tejido se ve comprometida¹. Las heridas han acompañado a los seres humanos desde sus orígenes y existen registros de los diferentes tratamientos que se han utilizado para sus cuidados, desde productos vegetales y animales en la prehistoria, hasta la cura en ambiente húmedo² o los modernos sustitutos cutáneos³.

Una condición indispensable para la supervivencia de los seres vivos es la capacidad de reparar y restaurar de manera efectiva la función de los tejidos dañados o perdidos¹. Esta reparación se lleva a cabo mediante la cicatrización, una cadena compleja de eventos que puede dividirse en cuatro fases: hemostasia, inflamación, proliferación y maduración. Todas ellas se superponen en algún momento y no todas suceden de manera secuencial. Se trata de un proceso complejo, no lineal y progresivo, influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos que pueden retrasar o favorecer la cicatrización⁴.

Las heridas pueden clasificarse según su tiempo de evolución (agudas o crónicas), su etiología (heridas traumáticas, heridas quirúrgicas, quemaduras, úlceras vasculares, úlceras por presión, úlceras de pie diabético, etc.) y su categoría, entre otros criterios.

Uno de los avances más importantes de los últimos años ha sido el desarrollo de nuevos paradigmas a través de marcos conceptuales que facilitan el abordaje de las heridas que comparten etiología, como las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD)⁵ y las lesiones cutáneas por compromiso vital severo^{6,7}.

En los sistemas sanitarios, la atención a pacientes con heridas históricamente ha estado vinculada a la práctica enfermera y es uno de los campos de la investigación que ha experimentado un mayor desarrollo, siendo gran parte de esta investigación realizada y liderada por enfermeras.^{8,9} Habitualmente, estos cuidados tienen lugar en el ámbito de la comunidad, tanto en los centros de salud como en los domicilios de los pacientes.

Los profesionales de enfermería basan su trabajo en el método enfermero, que incluye las fases de valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.¹⁰ Como se muestra en la Figura 1, todos estos pasos se fundamentan en la teoría y la ciencia enfermera y sus conceptos enfermeros subyacentes. Es en esa base donde se sitúan las teorías y modelos de enfermería que guían la práctica, la docencia y la investigación dentro de la disciplina enfermera. Existen diferentes modelos y teorías enfermeras en función de su nivel de abstracción, desde los más generales, que definen el alcance de la profesión, hasta los más concretos, que definen procedimientos más sencillos de la práctica.¹¹

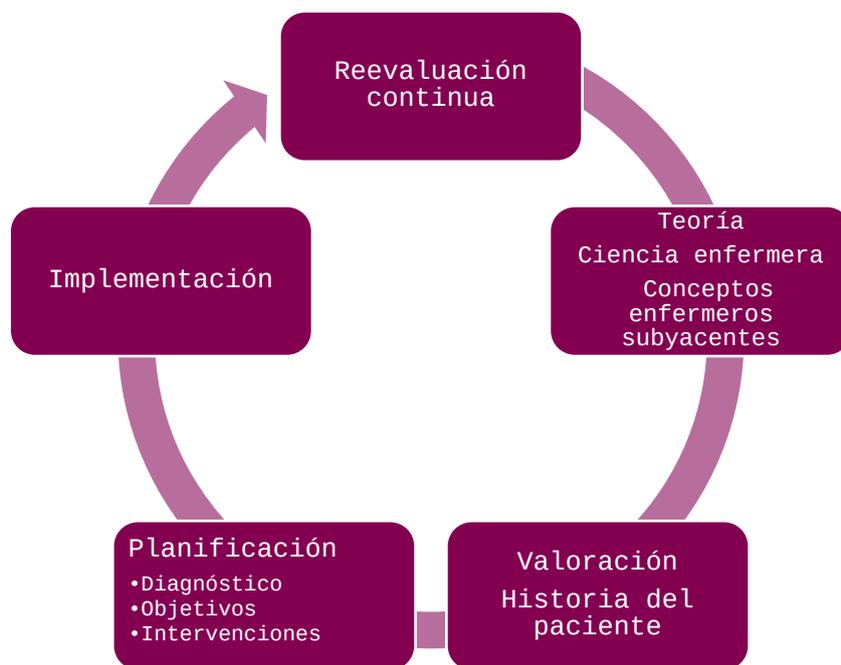


Figura 1. Proceso enfermero modificado

Fuente: adaptado de NANDA International, Inc.¹²

A pesar del desarrollo de la investigación enfermera en la atención a pacientes con heridas, se ha identificado una brecha entre la teoría y la práctica en relación con el uso de modelos de enfermería en el cuidado de las heridas.¹³ El presente trabajo busca disminuir esta brecha y aportar los fundamentos teóricos necesarios para generar un modelo integral de atención a los pacientes que padecen LCRD en el ámbito de la comunidad, que sirva de guía para las enfermeras en la gestión, asistencia, docencia e investigación.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

*Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela.
Y si no puedes consolar, acompaña.*

Virginia Henderson

El cuidado de personas en situación de dependencia que presentan o están en riesgo de desarrollar LCRD, según la metodología enfermera, requiere un abordaje integral que contemple tanto los factores clínicos, como los sociales y contextuales que condicionan la aparición y evolución de estas lesiones.

Este capítulo desarrolla los fundamentos teóricos que permiten contextualizar el fenómeno y sirven de base para el enfoque metodológico de la investigación. Por ello, el contenido se ha organizado en torno a dos ejes: por un lado, se profundiza en la situación de dependencia de la persona como determinante en la aparición de las LCRD y en su atención; por otro, se analizan los modelos y teorías de enfermería que sustentan y orientan la práctica del cuidado profesional.

En la primera parte del capítulo, se analiza el concepto de dependencia desde una perspectiva sociosanitaria, considerando su definición, tipología, formas de evaluación y repercusiones en la salud y la autonomía personal, haciendo énfasis en la diferencia con el concepto de discapacidad y en el caso particular de los lesionados medulares, un colectivo donde las LCRD son frecuentes.

A continuación, se profundiza en las LCRD, atendiendo a su fisiopatología, tipología, factores de riesgo y clasificación. Seguidamente, se aborda la magnitud del problema, con datos epidemiológicos, impacto clínico y repercusiones económicas y sociales asociadas a estas lesiones.

Por último, se expone la organización de la atención a las personas con LCRD, especialmente en el ámbito comunitario, tanto profesional como informal, e incluye una reflexión sobre las principales teorías y modelos de enfermería que abordan el cuidado a la persona en situación de dependencia de manera explícita.

En la segunda parte del capítulo, se presenta una introducción a las teorías y modelos de enfermería y se describe su clasificación por niveles de abstracción; y se comenta la utilidad de las teorías y modelos en la atención a personas con LCRD, con el fin de establecer un marco teórico coherente con los objetivos del presente estudio.

2.1 Situación de dependencia y lesiones cutáneas asociadas

2.1.1 Personas en situación de dependencia

La dependencia se define como la *situación de una persona que no puede valerse por sí misma*.¹⁴ Esta situación de dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no solo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se asocia con frecuencia a múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.

Para cuantificar la dependencia en la práctica clínica habitual suelen utilizarse instrumentos que evalúan la capacidad funcional de una persona en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como el Índice de Barthel, que permite estimar el grado de independencia mediante la puntuación de diez actividades fundamentales como la alimentación, el baño, el control de esfínteres, la movilidad y el uso del retrete, entre otras.¹⁵

En España, la dimensión del problema está aumentando debido a factores sociodemográficos como el envejecimiento de la población y los cambios que se están produciendo en la estructura y dinámica de la familia. Se calcula que uno de cada tres dependientes tiene más de 65 años en la actualidad.¹⁶

Además, el crecimiento anual de personas mayores se duplicará en los próximos años, especialmente a partir de 2030, cuando se registrarán los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de la generación del baby boom.¹⁷

2.1.1.1 Perspectivas legales

La dependencia puede reconocerse legalmente y clasificarse en diferentes grados, de manera que la ley otorgue derecho a recibir ayudas para la atención a las personas en esta situación.

El Estado español define la dependencia en el artículo 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia¹⁸ como: *el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.*

A efectos de esta Ley, se distingue entre *cuidados no profesionales* (la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada) y *cuidados profesionales* (los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro).

En el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero¹⁹ se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. Este incluye la valoración de una relación de actividades y tareas: comer y beber, higiene personal relacionada con la micción y defecación, lavarse, realizar otros cuidados corporales, vestirse, mantenimiento de la salud, cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse dentro y fuera del hogar, realizar tareas domésticas y tomar decisiones.

La determinación del grado y nivel oficial de dependencia se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la escala Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)²⁰ basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS²¹. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

El BVD permite identificar tres grados de dependencia con dos niveles por grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

El Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad²² unifica los dos niveles dentro de cada grado y asigna los recursos para los cuidados de las personas con dependencia en función únicamente del grado.

2.1.1.2 Discapacidad

En la práctica clínica a menudo se entremezclan los conceptos, por lo que es importante remarcar que la discapacidad no implica dependencia, ya que para que haya dependencia debe existir una imposibilidad de realizar las ABVD.¹⁶

El concepto de persona con discapacidad se refiere a aquellas personas que se encuentran en una *situación de falta de igualdad de oportunidades de participación y de acceso a sus derechos por causa de la interacción entre su entorno, es decir, los espacios, los productos y los servicios, y por otro lado, sus estructuras y funciones corporales o mentales.*²³

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social²⁴ define la discapacidad como la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento y su prevalencia está aumentando debido a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores y es más elevada en las mujeres que en los hombres, y

también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.²⁵

Un total de 4,32 millones de personas de seis o más años tenía algún tipo de discapacidad en España en 2020, un 14% más que en 2008. De ellas, 2,55 millones eran mujeres y un 1,77, hombres, siendo los problemas de movilidad el tipo de discapacidad más frecuente.²⁶

2.1.1.3 Lesión medular

Un tipo concreto de discapacidad que puede causar dependencia es la lesión medular (LM). El colectivo que presenta LM destaca en el estudio de las LCRD por la dificultad para detectar criterios de alarma, percibir dolor y/o la necesidad de reposicionarse.

En el mundo hay más de 15 millones de personas con LM.²⁷ La LM afecta predominantemente a varones, con una relación de 4:1 respecto a las mujeres. Son pacientes jóvenes, con una media de edad de 35 años. La causa predominante de esta lesión es la traumática y de éstas la más frecuente es el accidente de tráfico. Las lesiones de etiología no traumática han aumentado considerablemente en las últimas décadas debido al aumento de la esperanza de vida de la población general, causando lesiones vasculares y neoplásicas.

En España, según los datos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia la población estimada con discapacidad por lesión medular de 6 o más años residente en hogares es de 108.279 personas.²⁸ Las variables socioeconómicas y laborales tienen un gran impacto en el perfil de lesionados medulares. Por un lado, destaca el aumento de población inmigrante con LM causada en actividad laboral de riesgo y por otro lado, la relación del nivel socioeconómico con la calidad de vida del paciente, desde su rehabilitación funcional hasta su inserción social y laboral.²⁹

2.1.2 Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

La definición de LCRD incluye aquellas lesiones que aparecen en pacientes con algún tipo de dependencia, independientemente de su edad, proceso o incluso estado de la enfermedad, que no pueden cuidarse a sí mismos y dependen de una tercera persona (profesional o familiar).

Aunque estas lesiones generalmente aparecen en pacientes postrados en cama, inmovilizados o incontinentes, también pueden observarse en niños o pacientes que son temporalmente dependientes mientras se someten a procedimientos diagnósticos o de tratamiento específicos.

Estas lesiones se definen como relacionadas con la dependencia y se clasifican como se detalla a continuación:⁵

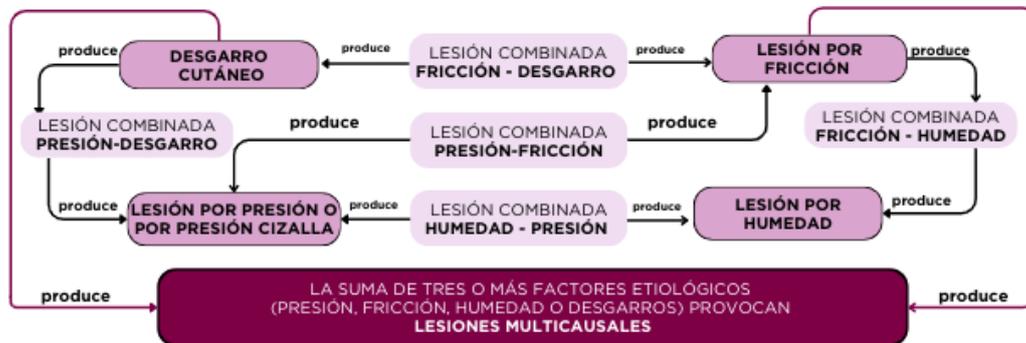


Figura 2 Modelo teórico de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (2.0)

Fuente: Adaptado de García-Fernández, FP et al³⁰

2.1.2.1 Lesiones por presión o por presión-cizalla

Se define una lesión por presión (LPP) como *una lesión localizada en la piel o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión en combinación con las fuerzas de cizalla.*

En ocasiones, también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.³⁰

Si se ejercen presiones superiores a unos 20mmHg, que sería la presión de oclusión de los capilares en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se inicia un proceso de anoxia e isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, originando una degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, lo que provoca alteraciones en la membrana celular y la liberación de aminas vasoactivas. Si se prolonga, se ocasionan necrosis y muerte celular en esa zona.

Cuando predomina el componente de presión por sí solo serán lesiones que generalmente evolucionarán de fuera hacia dentro, mientras que, si se combinan las fuerzas de presión con las de cizalla, las lesiones irán de dentro hacia fuera por el daño tisular profundo generado.

Cuando el componente principal es sólo la presión, se presentan como lesiones redondeadas u ovaladas situadas perpendicularmente sobre prominencias óseas. También pueden producirse sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por distintos materiales o dispositivos clínicos usados con fines diagnósticos o terapéuticos.

Por el contrario, cuando las LPP se combinan con las fuerzas de cizalla, las lesiones suelen presentarse con forma más irregular (no tan redondeada) y se caracterizan por la presencia de un doble eritema, (el segundo más oscuro y dentro del primero) y están desplazadas entre 30-45°.

Además, los tiempos de evolución y cicatrización de las lesiones también suelen ser distintos, siendo más fáciles de cicatrizar o revertir las LPP que las originadas por presión y cizalla (LPC).

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas (GNEAUPP), en su documento Técnico nº II propone clasificar las LPP como se expone a continuación³⁰:

- **Categoría I: eritema no blanqueable**

Corresponde a piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea, aunque también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación con los tejidos adyacentes, y presentar edema o induración. El enrojecimiento no blanqueable puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura, por lo que es necesario valorar los cambios de temperatura, induración y edema de los tejidos.



Figura 3. Lesión por presión de categoría I en el talón

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

- **Categoría II: úlcera de espesor parcial**

Cursa con pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelos. En esta categoría pueden darse confusiones con otras lesiones como las relacionadas con la humedad, las lesiones por fricción (LF) o los desgarros por adhesivos clínicos.

La valoración detallada de la lesión permite diferenciarlas; la existencia de signos de maceración orienta hacia lesiones por humedad, mientras que la presencia de ampollas o flictenas orienta hacia LF, aunque también pueden existir lesiones combinadas. Esta categoría no debería usarse para designar a lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones cutáneas.



Figura 4. Lesión por presión de categoría II en el maléolo externo

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

- **Categoría III: pérdida total del grosor de la piel**

Se presenta la pérdida completa del tejido dérmico. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Puede

presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco), que no oculta la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y/o tunelizaciones.

La profundidad de la lesión por presión de categoría III varía según la localización anatómica. En el puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo, que no tienen tejido subcutáneo (adiposo), las úlceras pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de Categoría III extremadamente profundas. En cualquier caso, el hueso, el músculo o el tendón no son visibles o directamente palpables.



Figura 5. Lesión por presión de categoría III

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

- **Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos**

Se produce la pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto. Pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco). A menudo también presentan cavitaciones y/o tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría IV también varía según la localización

anatómica y el tejido subcutáneo (adiposo) que ésta contenga. Las úlceras de Categoría IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo darse con bastante frecuencia una osteomielitis u osteítis. El hueso o músculo expuesto es visible o directamente palpable.



Figura 6. Lesión por presión de categoría IV

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

- **Lesión de tejidos profundos**

Corresponde a un área localizada de la piel con forma irregular (provocada por la deformación que causan las fuerzas de cizalla y generalmente de forma no tan redondeada como el resto de las LPP) que suele presentar un doble eritema, el segundo más oscuro (de color púrpura o marrón) y dentro del primero, que puede estar desplazada unos 30-45° de las crestas óseas. El área puede estar circundada por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o frío en comparación con los tejidos adyacentes.



Figura 7. Lesión de tejidos profundos ocasionada por presión y cizalla en el talón

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

La lesión de tejidos profundos puede presentarse con distinta coloración en los pacientes de piel oscura, por lo que su detección puede ser difícil, siendo necesario valorar los cambios de temperatura, induración y edema de los tejidos. La lesión puede evolucionar desfavorablemente de manera rápida y llegar a capas profundas de tejido incluso con un tratamiento óptimo.

Según el quinto estudio nacional de prevalencia de LCRD³¹, y en consonancia con los precedentes, las localizaciones más frecuentes de LPP son el sacro-coxis (32,7%), el talón (31,1%) y el trocánter-isquion (9,9%).

Las zonas más susceptibles de desarrollar LPP dependen de la posición corporal adoptada:

- Decúbito supino: occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones y dedos de los pies.
- Decúbito lateral: pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos y lateral del pie.
- Decúbito prono: frente, pómulos, pabellón auricular, mamas, crestas ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas y dedos de los pies.
- Sedestación: occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas, subglúteos, huecos poplíteos y talones.

- Sujeción mecánica y otros dispositivos: fosas nasales (con sondajes), pabellón auricular (gafas nasales), meato urinario (con sonda vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones), frente, pómulos y puente de la nariz (mascarilla de ventilación mecánica no invasiva).

2.1.2.2 Lesiones por humedad

Las lesiones de la piel asociadas a la humedad han sido consideradas tradicionalmente como LPP y se catalogaron como tales hasta hace apenas unos años.

El GNEAUPP propone la siguiente definición de lesión por humedad: *la lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) o erosión de esta, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (p. ej., orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco).*³⁰

La exposición continua o casi continua a efluentes y su potencial capacidad irritante provocan que la piel del paciente se vuelva vulnerable por la alteración de la barrera protectora, haciéndola más frágil y aumentando la probabilidad de que se rompa.

Las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) habitualmente se presentan como una inflamación de la piel, manifestada como eritema, que puede ocurrir sola o con presencia de erosiones o infecciones cutáneas secundarias. A menudo no se detectan hasta que aparece inflamación significativa, maceración o erosión de la piel.

Son lesiones superficiales que se presentan generalmente en zonas sin prominencias óseas (glúteos, pliegues mamarios, surco anal, etc.), con bordes difusos e irregulares, en espejo (forma simétrica de la lesión), acompañadas de eritema importante y con solución de continuidad de la piel. Estas lesiones suelen

ir acompañadas de síntomas como ardor, prurito u hormigueo, y el dolor también es frecuente.

A continuación, se describen diferentes afecciones que se englobarían bajo el paraguas de las LESCAH, teniendo cada una de ellas características, localizaciones y abordajes específicos siendo la dermatitis asociada a la incontinencia y la dermatitis intertriginosa las más frecuentes.

En función de diversos trabajos sobre clasificación de las dermatitis y las lesiones por incontinencia, el GNEAUPP propone la siguiente clasificación de las LESCAH:

- **Categoría I: eritema sin pérdida de la integridad cutánea**

Corresponde a la piel íntegra con enrojecimiento, que puede ser no blanqueable, de un área localizada, en general sometida a humedad. A su vez, en función del eritema puede clasificarse en:

- 1A: leve-moderado (piel rosada)



A

- 1B: intenso (piel de color rosa oscuro o rojo)



Figura 8. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad de categorías 1A y 1B

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

El eritema puede ser especialmente difícil de detectar en individuos con tonos de piel oscura, y la inflamación puede manifestarse con un color distinto de la piel de los alrededores. Las lesiones de esta categoría pueden confundirse con frecuencia con LPP o con LF.

- **Categoría II: eritema con pérdida de la integridad cutánea**

Es la pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una lesión abierta, poco profunda, con un lecho de la herida de color rojo-rosado. Los bordes de la piel perilesional suelen estar macerados, presentando un color

blanco-amarillento. En lesiones extensas compuestas por multitud de lesiones satélite pueden entremezclarse los colores rojo-rosado y blanco-amarillento.

A su vez, en función del grado de erosión o denudación pueden clasificarse en:

- 2A: leve-moderado (erosión menor del 50% del total del eritema)



A

- 2B: intenso (erosión del 50% o más del total del eritema)



B

Figura 9. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad de categorías 2A y 2B

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

Pueden confundirse con otras lesiones, como las LPP o LF, las producidas por adhesivos, las excoriaciones y las laceraciones.



Figura 10. Dermatitis intertriginosa en el pliegue abdominal

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

Los síntomas de estas dermatitis incluyen dolor, picazón, ardor o quemazón y mal olor. Es frecuente la sobreinfección por bacterias y hongos.

2.1.2.3 Lesiones por fricción o roce

Se producen por deterioro tisular debido a fuerzas tangenciales superficiales. La fricción se produce cuando dos superficies en contacto se mueven en la misma dirección, pero en sentido contrario, de modo que una de ellas (la sábana, el sillón, la cama, una férula, un dispositivo clínico, etc.) se opone al movimiento de la otra (la piel del paciente).

Esta energía mecánica se puede transformar en calor (primer principio de la termodinámica) y lesionar los tejidos del paciente.

Estas lesiones se presentan sobre cualquier zona corporal sometida a fricción (que puede ser o no una prominencia ósea) y fundamentalmente aparecen cuando el enfermo, sentado o acostado con la cabecera elevada, se va deslizando y provoca un roce de la piel, en general a través de una sábana con el sillón o la cama.

También es muy frecuente durante el ejercicio de movilizar al paciente, cambiarlo de postura o desplazarlo (subirlo) sin haber separado por completo su cuerpo de la cama o del sillón.

Si, por el contrario, la piel del paciente no se desliza, sino que se queda adherida al sillón o la cama (rozamiento estático), la fuerza predominante será la de cizallamiento y provocará lesiones de los tejidos profundos.

También en estas situaciones las fuerzas de roce-fricción y cizallamiento se pueden dar de manera combinada, pudiendo originar lesiones combinadas o multicausales.

Las lesiones por roce o LF pueden ser dolorosas y suelen acompañarse de un ligero edema. El GNEAUPP propone la siguiente clasificación de las lesiones por roce o LF³⁰:

- **Categoría I: eritema sin flictena**

Corresponde a piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada, generalmente una zona sometida a fricción, donde el eritema presenta formas lineales, siguiendo los planos de deslizamiento.

La zona puede ser dolorosa, estar más caliente en comparación con los tejidos adyacentes y presentar edema. En esta fase, las lesiones pueden confundirse con LPP.



Figura 11. Lesiones por fricción de categoría I en la espalda

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

El eritema de la categoría I puede ser difícil de detectar e identificar en personas con tonos de piel oscura, ya que su color puede diferir del de la piel circundante.

- **Categoría II: presencia de flictena**

Aparece una flictena (vesícula o ampolla, en función de su tamaño) que se mantiene intacta, sin solución de continuidad, y que está llena de suero o líquido claro, lo que indica solo lesión a nivel de la epidermis o de la dermis superficial. La piel que forma la flictena, por lo general, es fina y fácil de retirar.

En ocasiones puede haber contenido hemático por lesión de la dermis profunda, aunque no se ven afectados los tejidos subyacentes. Si el contenido es hemático, se pueden confundir con lesiones combinadas de presión (cizalla) y fricción.

En estos casos, la lesión afecta a los tejidos profundos y la piel que la recubre suele ser mucho más dura.



Figura 12. Lesión por fricción de categoría II

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

- **Categoría III: lesión con pérdida de la integridad cutánea**

Es la pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una úlcera abierta, poco profunda, con un lecho de la herida de color rojo-rosado (aunque también pueden existir restos de hematoma o sangre coagulada).

En la zona perilesional pueden quedar restos de la piel que recubría la flictena, y los bordes de la piel que rodea a la lesión pueden estar levantados o dentados.



Figura 13. Lesión por fricción de categoría III en el talón

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

Esta categoría puede confundirse con otras lesiones, como las relacionadas con la humedad o la presión, las producidas por adhesivos, las excoriaciones y las laceraciones. Las localizaciones más frecuentes de las LF son la espalda (en especial la zona escapular), los glúteos, el sacro, los maléolos y los talones (principalmente las caras externas de ambos).

2.1.2.4 Desgarros cutáneos

Se define desgarro cutáneo (DC), en inglés Skin Tear, como: *la lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) de origen traumático causada por fuerzas mecánicas, incluidas las originadas por la retirada de adhesivos potentes. La gravedad puede variar según la profundidad, pero con carácter general no se extiende más allá de la dermis e hipodermis.*³⁰ Estas lesiones se incluyeron dentro del marco conceptual de LCRD en noviembre de 2021 por parte del GNEAUPP.³²

El mecanismo etiológico son los traumatismos, o simplemente microtraumatismos, como los producidos por la retirada de productos con adhesivos como apósitos o esparadrapos, producidos sobre pieles extremadamente frágiles con presencia de dermatoporosis.

Este término fue definido por Gürkan Kaya y Jean-Hilaire Saurat en 2007 refiriendo un nuevo síndrome, un nuevo concepto clínico, utilizado para describir la piel que presenta signos clínicos de atrofia y fragilidad extrema relacionada con la edad y con las consecuencias funcionales que de ello se derivan. Clasifican la dermatoporosis en dos tipos: primaria y secundaria.

La primaria es la más común y ocurre debido a la edad y a la exposición crónica al sol y suele verse en personas mayores; la dermatoporosis secundaria ocurre más temprano en la vida, es más severa y está asociada con el uso crónico de corticosteroides tópicos y sistémicos.³³ Los tres marcadores de la dermatoporosis son: atrofia de la piel, púrpura senil y pseudo-escara blanca (estiramiento y fractura de las fibras de colágeno dérmico sin ruptura macroscópica de la epidermis suprayacente. Estas tienen configuración estrellada, pero también lineal o en forma de placa).



Figura 14. Desgarro cutáneo

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.³⁰



Figura 15. Piel con dermatoporosis, atrofia y púrpura senil

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.³⁰



Figura 16. Pseudo-escara blanca sobre una piel con desgarro cutáneo previo ya cicatrizado

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.³⁰

Estos marcadores se encuentran con mayor frecuencia en el dorso de los antebrazos, las zonas pretibiales, el dorso de las manos, la zona pre-esternal y el cuero cabelludo³⁴, como vemos en zonas especialmente expuestas al sol.

Según el International Skin Tear Advisory Panel, los DC pueden clasificarse en 3 categorías³⁵ que han sido asumidas por el GNEAUPP:

- **Categoría 1: Sin pérdida de piel**

Desgarro lineal o colgajo donde la solapa de la piel puede reposicionarse para cubrir el lecho de la herida.



Figura 17. Desgarro cutáneo de categoría 1 y reposicionamiento del colgajo

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

- **Categoría 2: Pérdida parcial del colgajo**

El colgajo de piel no se puede volver a colocar para cubrir la totalidad del lecho de la herida.



Figura 18. Desgarro cutáneo de categoría 2 en el dorso de la mano

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.³⁰

- **Categoría 3: Pérdida total del colgajo**

Pérdida total del colgajo de la piel que expone el lecho de la herida.



Figura 19. Desgarro cutáneo de categoría 3 tras la retirada de un apósito de vía periférica

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

Son muchos los factores de riesgo asociados con la aparición de los DC, tanto a nivel del estado de salud general del paciente (enfermedad crónica o crítica, polimedicación, agitación, deterioro cognitivo, sensitivo o sensorial, malnutrición, etc.), de la movilidad (antecedentes de caídas, limitación de la movilidad, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y traumatismo mecánico) y de la piel (edades extremas, piel frágil y antecedentes de DC)³⁶

En otras ocasiones puede presentarse como un hematoma cerrado (con la colección de sangre coagulada en su interior) o abierto con restos de coágulos que deben ser eliminados para una correcta cicatrización de la lesión.³⁰



Figura 20. Desgarros cerrados y abiertos con presencia de hematoma y coágulos en la lesión

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

2.1.2.5 Lesiones mixtas o combinadas

Por tanto, podríamos definir las lesiones mixtas o combinadas como aquellas que se originan como consecuencia de la acción de dos o más factores etiológicos de las LCRD.

Nos vamos a encontrar lesiones de seis tipos (en las que presión incluye también cizalla):

- Lesiones combinadas por humedad-presión
- Lesiones combinadas por presión-fricción
- Lesiones combinadas por humedad-fricción
- Lesiones combinadas por presión-desgarro.
- Lesiones combinadas por fricción-desgarro.
- Lesiones multicausales en las que tres o más componentes (presión-cizalla, roce-fricción, humedad o trauma) pueden interactuar de manera conjunta



Figura 21. Lesión combinada por humedad-presión

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹



Figura 22. Lesión combinada por presión y cizalla-fricción

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹



Figura 23. Lesión combinada por humedad-fricción

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹



Figura 24. Lesión multicausal

Fuente: Tomada de García-Fernández, FP et al.¹

La categorización de estas lesiones es difícil, debido a su complejidad etiológica. El GNEAUPP sugiere describirlas de la manera más detallada posible (mejor con una imagen), haciendo hincapié en el factor etiológico predominante, si es posible identificarlo.

Se propone clasificar las lesiones combinadas según el tipo o tipos de lesión y su categoría. Para la evolución de las lesiones, debemos recordar que no revierten su categoría, puesto que no pasan de categoría III a II, sino que cicatrizan.

2.1.3 Magnitud del problema

2.1.3.1 Epidemiología

Prevalencia de LCRD en centros de atención primaria de salud

El último estudio nacional de prevalencia de LCRD del GNEAUPP³⁷ del año 2022 muestra que la prevalencia de LCRD en pacientes atendidos en programas de atención domiciliaria (ATDOM) fue del 5,82%, siendo las LPP las más frecuentes. La mayoría de las LCRD que presentaban las personas en Atención Primaria de Salud (APS) se habían producido en los propios domicilios, y solo un pequeño porcentaje era de origen nosocomial.

La prevalencia casi se duplica en los centros rurales y mixtos respecto a los centros urbanos. El perfil es el de una mujer de 83 años, con incontinencia mixta y que utiliza una superficie especial para el manejo de la presión estática.

La distribución de las LCRD es heterogénea, pero predominan las LPP que principalmente se localizan en el talón, en el sacro y en el coxis. Para los desgarros cutáneos, las localizaciones principalmente son en las piernas y brazos.

Prevalencia de LCRD en residencias de mayores y centros sociosanitarios

En el último estudio nacional³⁷ la prevalencia global de LCRD fue del 9,28%, un 3% más que en el anterior. La prevalencia de todas las LCRD fue mayor en los centros públicos que en los concertados y privados.

En un 85,2%, las LCRD eran de origen nosocomial (originadas en la residencia u otra institución residencial) y solo un 10,9% se originaron en los domicilios. La prevalencia en este tipo de instituciones es la más alta de las últimas series, esto podría explicarse por la situación en que han quedado muchos centros tras la pandemia por COVID-19 y una relajación en los programas de prevención implementados.

Prevalencia de las LCRD en adultos hospitalizados en España

La prevalencia global de LCRD fue del 8,4% en el ámbito hospitalario. Los hospitales pequeños, de menos de 200 camas, son los que presentan prevalencias mayores. Las unidades con prevalencias más altas fueron: cuidados paliativos, UCI y unidades posquirúrgicas y de reanimación. La mayoría de las lesiones son de origen nosocomial, producidas en el mismo o en otro hospital.³⁷

2.1.3.2 Mortalidad

A pesar de la escasez de estudios que analizan la mortalidad relacionada con las LCRD, se sabe que presentar este tipo de lesiones está relacionado con un aumento en su ocurrencia.³⁸ Un metaanálisis mostró que los pacientes que viven con úlceras por presión tienen un riesgo estimado dos veces mayor de mortalidad en comparación con los pacientes que no las padecen, especialmente los pacientes ancianos con úlceras por presión concurrentes.³⁹

En España varios estudios han analizado las LPP como causas de defunción en las últimas décadas observando una disminución generalizada de la mortalidad por LPP tanto en mujeres como en hombres, y también en los mayores de 65 años y en cada grupo de edad. Los cambios en las tendencias comenzaron alrededor del año 2006 y fueron más pronunciados después de 2008 para todas las edades y ambos sexos. Fue entonces cuando el Gobierno de España comenzó a implementar acciones en torno a las políticas de seguridad del paciente y aparecieron estrategias de prevención de LPP en esas políticas, que pueden ser, señalan los autores, la causa de esta sensible disminución de la mortalidad relacionada con dichas lesiones.^{40,41}

2.1.3.3 Impacto económico

Las heridas suponen un importante problema económico que oscilaría según las fuentes y aproximaciones entre un 0,4% y el 5,2% del gasto total en salud.⁴² Aunque el coste de las heridas parece que puede reducirse al coste de los recursos materiales, un abordaje integral del tema permite definir costes directos, costes indirectos y costes intangibles del cuidado de las heridas siendo los

componentes del coste más importantes en el cuidado de las heridas el tiempo de los profesionales y la prolongación de las estancias.¹

La prevención de las LPP es, a pesar de su coste económico, mucho más rentable que su tratamiento.⁴² Aunque hay una gran heterogeneidad en los estudios económicos para poder compararlos, se ha calculado que el coste de la prevención de úlceras por presión por paciente en riesgo puede variar entre 2,65€ y 87,57€ en todos los entornos. El costo del tratamiento de úlceras por presión por paciente puede variar entre 1,71 € y 470,49 € en todos los entornos.⁴³

2.1.3.4 Aspectos legales

La incidencia de LPP, en su mayoría evitables, puede ser considerada como negligencia asistencial y conllevar importantes repercusiones legales para profesionales e instituciones. La actuación profesional inadecuada (mala praxis) se produce cuando el sanitario realiza su actividad sin seguir las normas y los principios establecidos por la comunidad científica, actuando de una forma descuidada, negligente, imprudente y técnicamente inadecuada (sin ajustarse a la *lex artis*).

El protocolo para la prevención y el tratamiento de las LPP es responsabilidad del centro, así como la responsabilidad por falta del material adecuado para la prevención y el tratamiento. Igualmente, para que el personal no sea considerado responsable de la falta de medios deberá poder demostrar que ha puesto todo en su mano para la provisión del material adecuado y de que este se halla en condiciones de buen funcionamiento, debiendo documentarse todo esto en la historia clínica.⁴⁴

2.1.3.5 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto subjetivo que despierta en las personas distintos sentimientos y respuestas. Si se preguntara a un grupo de personas al azar sobre qué significa calidad de vida, es probable que sus respuestas se asocien con nociones como bienestar, felicidad, satisfacción o capacidad de

funcionar en un momento determinado. Este concepto se vincula también con creencias, costumbres, hábitos, gustos, proyectos vitales y estilos de vida, es decir, con aspectos profundamente influenciados por las representaciones sociales de cada individuo.⁴⁵

En el caso de las personas con LPP, una revisión sistemática evidenció que estas lesiones representan una complicación que afecta de manera significativa la calidad de vida, no solo de quienes las padecen, sino también de sus cuidadores. El mayor impacto negativo se localiza en la dimensión emocional, seguida de la afectación en la vida social y en las actividades cotidianas. Según los testimonios, el tratamiento prolongado y los síntomas de las LPP conducen a una situación de discapacidad, haciendo a las personas completamente dependientes de su entorno y del sistema sanitario.⁴⁶

Gorecki y sus colaboradores desarrollaron un marco conceptual (véase figura 25) que describe el impacto de las LPP sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este modelo identifica cuatro dominios principales: el bienestar físico, el bienestar psicológico, la vida social y el tratamiento médico. Cada dominio incluye subdominios y componentes específicos que ayudan a comprender de forma integral las consecuencias de las LPP sobre la vida de las personas.⁴⁷

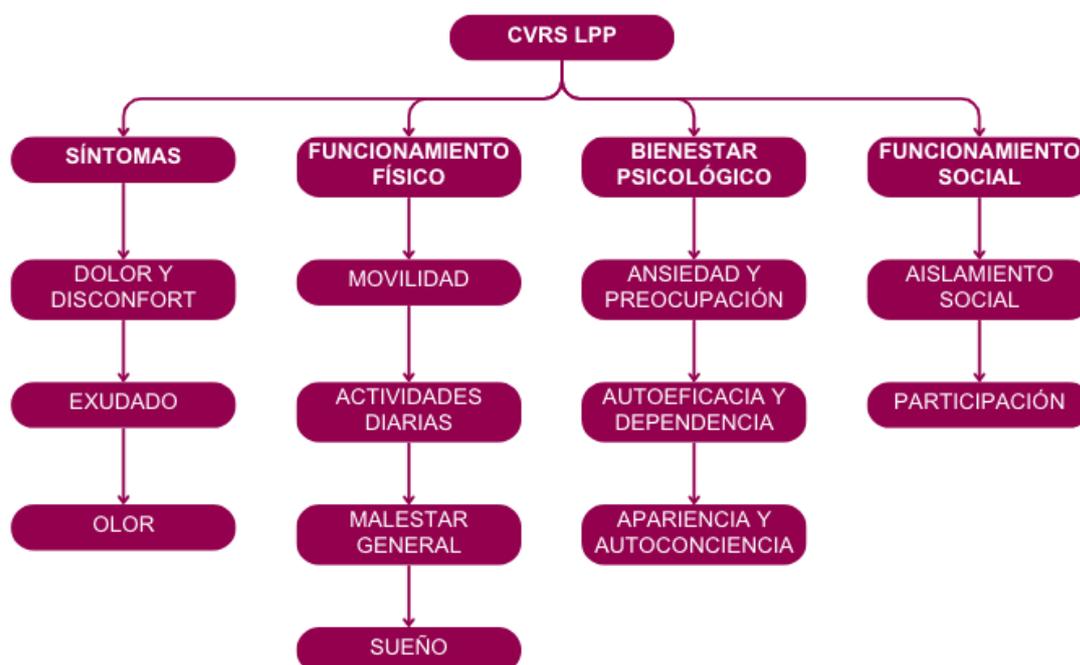


Figura 25. Marco conceptual CVRS LPP

Fuente: Adaptada de Gorecki, C et al.⁴⁷

Este marco conceptual permite abordar de forma multidimensional las necesidades de los pacientes con LPP y subraya la importancia de integrar esta perspectiva en la atención clínica. No fue hasta 2013 cuando se desarrolló y validó el primer instrumento específico para valorar la calidad de vida en pacientes con úlceras por presión, aportando una herramienta estandarizada que permite evaluar de manera sistemática esta dimensión.⁴⁸

Además, investigaciones recientes han confirmado que los pacientes con heridas crónicas o complicadas presentan niveles bajos de calidad de vida, que mejoran significativamente a medida que la lesión cicatriza. Factores clínicos como la duración, el tipo de herida, su profundidad, el exudado, el dolor, el olor y el aspecto visible están fuertemente asociados con una peor percepción de calidad de vida.⁴⁹

Al mismo tiempo, las vidas de los pacientes se ven afectadas tanto socialmente como en sus actividades diarias, ya que el tratamiento y los síntomas de las úlceras conducen a una situación de discapacidad, haciéndolos completamente dependientes de su entorno de apoyo y de los servicios de salud.⁵⁰

No obstante, la calidad de vida relacionada con las LCRD no ha sido ampliamente evaluada como entidad propia dada la reciente formulación del marco teórico específico para las LCRD. En la literatura predominan los estudios sobre CVRS en el contexto de LPP y, de forma más general, sobre heridas crónicas.

2.1.3.6 Ética

Las LCRD pueden ser observadas como un problema ético, dada su naturaleza mayormente evitable y la obligación ética de la prevención por parte de los profesionales. Aunque durante años se han considerado un problema banalizado inherente a problemas de salud del ser humano como inmovilidad o situaciones terminales, hoy en día, la comunidad científica lo reconoce como un problema

que se puede evitar con medidas preventivas y/o tratamiento adecuados siendo responsabilidad de los profesionales enfermeros el proporcionar cuidados profesionales de calidad.⁵¹

En esta dirección cabe destacar la declaración de Río de Janeiro de 2011 sobre la prevención de las LPP como derecho universal. En la declaración se señala que estas lesiones, prevenibles en su mayoría, causan sufrimiento evitable, deterioro funcional, exclusión social y costes sanitarios innecesarios. Por ello, hace un llamamiento a los gobiernos, organizaciones internacionales, profesionales sanitarios y sociedad civil para que adopten políticas públicas, programas formativos y sistemas de registro que garanticen una atención equitativa, basada en la evidencia y centrada en la dignidad de las personas.⁵²

En marzo de 2025 la European Wound Management Association, el GNEAUPP y la Sociedad Española de Heridas firmaron la declaración de Barcelona⁵³ que reconoce que el acceso a un cuidado de las heridas de calidad y basado en la evidencia es un derecho humano básico, esencial para preservar la dignidad, la salud y la calidad de vida de las personas.

Subraya que este derecho debe garantizarse universalmente, sin distinción por edad, estado de salud, situación económica o condición social, y con especial énfasis en la protección de los colectivos más vulnerables. La falta de acceso a este tipo de atención genera inequidades y sufrimiento evitable, lo que supone una vulneración del principio de justicia sanitaria.

Asimismo, se señala que la atención debe ser proporcionada por equipos transdisciplinarios, con los pacientes, sus cuidadores y comunidades situados en el centro del cuidado. Las personas afectadas deben tener acceso a información adecuada y participar activamente en los planes de tratamiento, respetando sus preferencias y creencias.

Todo ello se fundamenta en los principios de equidad, autonomía y respeto por la persona, y se exige a los sistemas sanitarios que garanticen la cobertura,

calidad, continuidad y adecuación de los cuidados, desde una perspectiva de compromiso ético y responsabilidad social.⁵³

Sin embargo, la disparidad de criterios en la práctica clínica ante este tipo de lesiones, la escasa formación y conocimientos sobre LPP y bioética, la falta de protocolos que unifiquen criterios y la gran repercusión que origina en el paciente puede suponer una irresponsabilidad ética de enfermería de manera importante pues se reconoce una escasez de conocimiento de la bioética derivando en una vulneración de los principios bioéticos en la práctica clínica asistencial.⁵¹

2.1.3.7 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente parte de la premisa de que cometemos errores, y de que debemos aprender de ellos para que no se repitan. Para trabajar en la seguridad del paciente es imprescindible disponer de datos de incidencia, su registro como evento adverso y una cultura de seguridad que implique a todas las personas que forman parte de una institución, tanto a quienes están en contacto con los pacientes como a quienes les dan soporte, así como a los propios pacientes.⁵⁴

La APS se ha descrito como el área sanitaria más vulnerable para poder garantizar la seguridad del paciente por ser un entorno de bajo nivel tecnológico, organización más heterogénea y donde prevalecen los autocuidados o cuidados en domicilio por personas no profesionales.

En este sentido, la figura de la enfermería de práctica avanzada (EPA) en heridas desempeña, o debería desempeñar, un papel fundamental para acercar la seguridad del paciente en materia de integridad cutánea al lugar donde se realizan los cuidados y a los profesionales que los prestan, tanto en los hospitales como en la APS y la atención sociosanitaria.¹

2.1.4 Atención a las personas con LCRD

El abordaje de los cuidados de personas con dependencia es complejo y multidimensional. Esta investigación se centra específicamente en los cuidados de estas personas en el ámbito de la comunidad, es decir, aquellas que viven en sus domicilios y reciben cuidados por parte de los profesionales de atención comunitaria. Para ello, en este apartado se analizan los cuidados desde la perspectiva más general a la más específica.

2.1.4.1 Teorías enfermeras

Las teorías de enfermería que abordan la dependencia de manera central en su planteamiento ofrecen una base para comprender las necesidades de los pacientes y la acción de la enfermera en contextos de pérdida de autonomía. Entre estas destacan el modelo de Virginia Henderson y la teoría de Dorothea Orem.

Virginia Henderson, una de las fundadoras de la enfermería moderna y creadora de las primeras filosofías de la profesión, consideraba a la persona como un ser integral biopsicosocial, cultural y espiritual, que tiende a la independencia, es decir, el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.¹¹

Henderson define la dependencia como el desarrollo insuficiente del potencial de la persona, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que dificulta o impide la realización de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Por el contrario, considera la autonomía como la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. Por lo tanto, un agente de autonomía asistida es la persona que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia.⁵⁵

La teoría de Dorothea Orem, ampliamente utilizada entre la comunidad enfermera, define los conceptos de autocuidado, cuidado dependiente, requisitos de autocuidado y déficit de autocuidado.

La teoría del cuidado dependiente explica cómo se modifica el sistema de autocuidado cuando se dirige a una persona que es socialmente dependiente y necesita ayuda para satisfacer sus requisitos de autocuidado. Para las personas que son socialmente dependientes y no pueden satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico, es necesaria la ayuda de otras personas. En muchos aspectos, el autocuidado y el cuidado dependiente son paralelos; la principal diferencia es que cuando se proporciona cuidado de la persona dependiente, la persona está satisfaciendo las necesidades de autocuidado de otra persona.¹¹

Estos modelos y teorías, si bien resultan útiles para comprender el fenómeno de la dependencia y el autocuidado desde una amplia perspectiva, por su grado de abstracción y generalidad limitan su aplicabilidad directa en la práctica clínica. Por otro lado, la literatura revisada no ofrece teorías más prácticas u operativas que permitan abordar este fenómeno de forma más concreta.

2.1.4.2 Atención en la comunidad

Cuando hablamos de la atención en el ámbito de la comunidad, emergen distintos términos que pueden generar confusión. La denominación APS remite a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1978, recogida en la Declaración de Alma-Ata.⁵⁶

Por otro lado, el término Atención Primaria y Comunitaria (APC) alude específicamente al modelo instaurado en España a partir de 1984 mediante el Real Decreto 137/1984⁵⁷, y posteriormente desarrollado por la Ley General de Sanidad de 1986.⁵⁸

En el presente documento se ha optado por utilizar la nomenclatura APC, ya que es la empleada en el contexto donde se ha llevado a cabo la investigación, salvo

en aquellos casos en los que se citan fuentes que utilizan explícitamente el término APS.

Ambos conceptos hacen referencia a un mismo modelo de atención y comparten principios fundamentales: accesibilidad al sistema sanitario, atención integral a lo largo del ciclo vital, enfoque biopsicosocial centrado en la persona, participación de la comunidad, equidad como principio rector, continuidad asistencial, coordinación intersectorial, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y trabajo en equipos multidisciplinares.

Desde la creación del modelo de APC en España, el cuidado de las heridas se ha desarrollado principalmente en el ámbito comunitario, es decir, en la consulta de enfermería de los centros de salud o en el domicilio del paciente.⁵⁹

La consulta de enfermería constituye una interacción profesional entre la persona usuaria y la enfermera, orientada a proporcionar ayuda tanto al individuo como a su entorno familiar y comunitario, con el fin de fomentar el autocuidado a lo largo de todo el ciclo vital mediante un proceso terapéutico y específico de interacción.⁶⁰

En este contexto, la enfermera de APC ha transitado desde un modelo asistencial centrado en la enfermedad hacia un enfoque más integral, basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Su papel es clave en la coordinación de cuidados, la gestión de casos y la intervención en salud pública.⁶¹

La figura de la enfermera de familia y comunitaria (EFC), reconocida como especialidad desde 2005, se centra en la atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, abordando áreas como la prevención, la promoción y la educación para la salud, así como la asistencia, la rehabilitación y la investigación en el ámbito comunitario. Su enfoque es holístico, centrado en la persona, y orientado a promover la autonomía y el autocuidado desde una perspectiva biopsicosocial.^{62,63}

No obstante, en España no todas las enfermeras que trabajan en el ámbito de la APC cuentan con esta especialidad, y en la práctica suelen asumir funciones similares. Por ello, en esta investigación, dada la implantación heterogénea del modelo de especialidades enfermeras, se utilizará el término “enfermera de APC” para referirse tanto a las EFC como a aquellas profesionales que ejercen en este ámbito sin haber cursado la especialidad.

En lo referente a las LCRD, como sabemos que la mayoría se pueden prevenir, las principales actuaciones de la enfermera serán la valoración del paciente y del riesgo de desarrollar una LPP ya que las guías recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema sanitario.

Otros cuidados a los pacientes para la prevención y tratamiento serán la administración de cuidados de la piel y heridas, la reducción de la presión mediante la movilización, cambios posturales y uso de superficies especiales para el manejo de la presión además la educación sanitaria al paciente y al cuidador que será la persona encargada de llevar a cabo los cuidados.^{64,65}

2.1.4.3 Enfermera de práctica avanzada

Una figura de reciente incorporación tanto en el ámbito comunitario como hospitalario ha sido la EPA que tiene como funciones la asistencia, la gestión, la investigación y la docencia.⁶⁶

La EPA es una enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimientos expertos, habilidades complejas para la toma de decisiones y competencias clínicas necesarias para una práctica ampliada, cuya especificidad se determina por el contexto y el país en el que ejerce. Esta figura profesional representa una evolución del rol enfermero tradicional hacia un modelo más autónomo, resolutivo y líder dentro del sistema sanitario.

Según el Instrumento de Definición del Rol de la Enfermera de Práctica Avanzada, las competencias de esta figura profesional se estructuran en seis

dominios fundamentales: la planificación del cuidado experto, la atención integral, la colaboración interprofesional, la educación y formación, la investigación y la práctica basada en la evidencia y el liderazgo profesional.

En España, la EPA aún carece de un reconocimiento normativo unificado, aunque está contemplada en estrategias de salud como una figura clave para la sostenibilidad del sistema sanitario. Pese a que el acceso al rol suele vincularse a formación de máster, no existe un desarrollo reglamentado ni una categoría profesional específica dentro del sistema público, salvo excepciones en algunas comunidades autónomas.

En lo que se refiere al cuidado de los pacientes con heridas complejas, su incorporación en APC ha producido buenos resultados. El análisis de los resultados de la incorporación en Andalucía muestra que permite no solo un seguimiento más especializado de las lesiones, sino también una mejora en la toma de decisiones clínicas, en la coordinación interprofesional y en la continuidad del cuidado.

Desde una perspectiva organizativa, las EPA actúan como nodos de conocimiento y soporte para el resto del equipo, favoreciendo la eficiencia del sistema al reducir derivaciones innecesarias y optimizar los circuitos asistenciales. Además, su papel contribuye a homogeneizar la práctica clínica, a fomentar el trabajo basado en la evidencia y a garantizar una atención más personalizada, adaptada a la complejidad de los pacientes con heridas.⁶⁷

2.1.4.4 Cuidados informales

La estructura de cuidados comunitarios que se ha descrito anteriormente suele ser un soporte a los cuidados informales que son las personas que cuidan a quien se encuentra en situación de dependencia. La mayor parte de las personas dependientes reciben cuidados de mujeres del entorno familiar (madres, hijas o esposas), lo que evidencia la feminización del cuidado.⁶⁸

La feminización de los cuidados responde a una división del trabajo históricamente arraigada, donde las mujeres han asumido la mayor parte de las responsabilidades de cuidado, tanto en el ámbito doméstico como en el profesional. A pesar de la incorporación de las mujeres al mercado laboral, esta distribución no ha cambiado significativamente, lo que ha generado una sobrecarga de trabajo que combina el empleo remunerado con las tareas de cuidado. Esta situación impacta en la desigualdad de género, afectando las oportunidades laborales, la calidad de vida y la autonomía de las mujeres.⁶⁹

Diversos estudios han mostrado que el perfil del cuidador informal se caracteriza por una escasa formación formal en cuidados, una elevada carga emocional y física, y una participación no remunerada que condiciona sus dinámicas familiares, laborales y sociales. A menudo, estas personas deben reorganizar su vida cotidiana para asumir las responsabilidades derivadas del cuidado, incluyendo adaptaciones en el empleo, reducción del tiempo de ocio o abandono de su lugar de residencia habitual.⁷⁰

En cuanto a los conocimientos de las cuidadoras principales sobre las LPP, algunos estudios han remarcado deficiencias importantes en aspectos fundamentales de prevención y manejo.

Por ejemplo, un estudio concluyó que, aunque el 92% realizaba cambios posturales y el 61% usaba superficies de apoyo, existían lagunas importantes sobre factores de riesgo y prevención. Solo el 36% mencionó la hidratación como medida preventiva y un porcentaje mínimo relacionó la nutrición o la fricción como causas posibles. Aun así, la mayoría eran capaces de reconocer una UPP en estadios iniciales por el color, dolor o estado de la piel.

Estos datos subrayan la necesidad de intervenciones educativas estructuradas para mejorar la competencia de las cuidadoras informales en el manejo integral de las LPP.⁷¹

2.2 Teorías y modelos de enfermería

2.2.1 Introducción a las teorías de enfermería

La historia de la enfermería profesional comienza con Florence Nightingale, quien reconoció el enfoque único de la enfermería y aclaró la distinción entre los conocimientos enfermeros y los conocimientos médicos; pero no fue hasta mediados del siglo XX cuando los profesionales de enfermería comenzaron a participar en la investigación, y se incluyeron asignaturas sobre investigación en los planes de estudios y la incorporación de los másteres y doctorados sobre enfermería.

Los investigadores en enfermería empezaron a desarrollar y a clarificar un corpus de conocimientos especializados en su campo, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes, proporcionar un estilo de práctica profesional y alcanzar el reconocimiento como profesión.

El recurso a filosofías, modelos y teorías (incluidas las de nivel medio) proporciona la base conceptual y empírica que orienta el razonamiento y la práctica enfermera, sustentando cuidados de calidad en todos los ámbitos asistenciales.

La importancia de la teoría para la enfermería es que esta disciplina depende de la teoría para su existencia continuada, es decir, la enfermería puede ser una vocación o puede ser una disciplina profesional de una práctica basada en el conocimiento. La teoría, entonces, no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es vital para la práctica profesional de la enfermería.¹¹

2.2.2 Niveles de abstracción

Para comprender los tres niveles de abstracción de la teoría se debe entender la estructura de la disciplina enfermera que comienza con los conceptos metaparadigmáticos o metaparadigma que define el foco de la enfermería como podemos observar en el óvalo superior de la Figura 26.

Estos conceptos representan los fenómenos de interés acordados que distinguen a la enfermería de otras disciplinas.⁷²

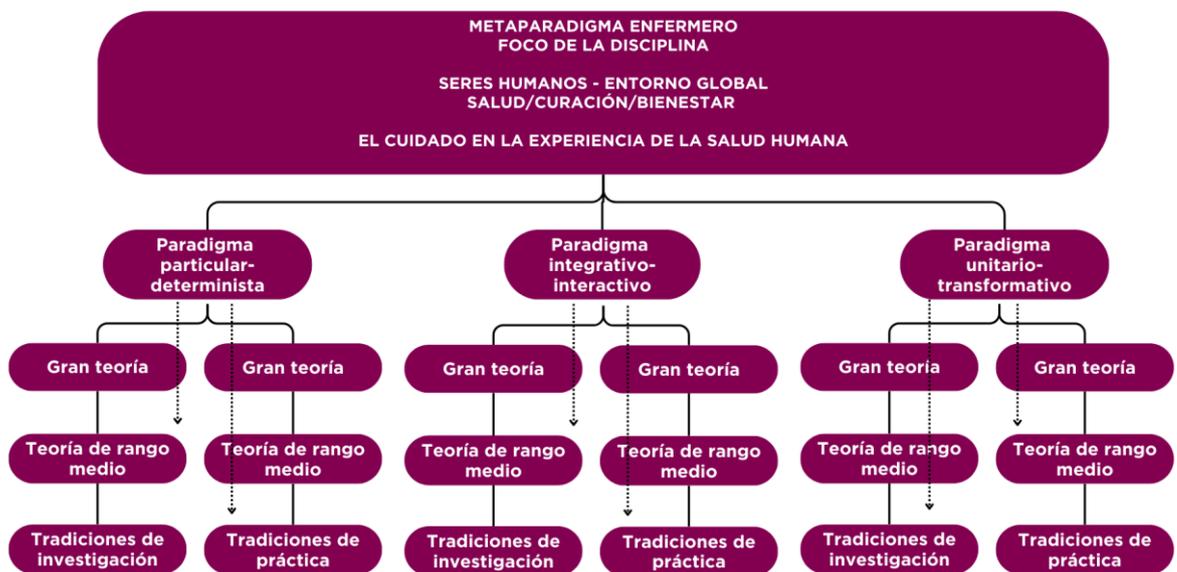


Figura 26. Estructura de la disciplina de la enfermería

Fuente: Adaptada de Smith MJ, Liehr PR, Carpenter RD.⁷²

2.2.2.1 Metaparadigma

El metaparadigma es el nivel de conocimiento más abstracto; es amplio, global y establece un límite conceptual distintivo del conocimiento enfermero. Los conceptos comúnmente aceptados son ser humano, salud, enfermería y entorno.¹¹

Fawcett definió el metaparadigma tras una revisión de la literatura sobre el desarrollo de teorías en enfermería donde observó un consenso sobre los conceptos centrales de la disciplina. El metaparadigma se considera, en general, como algo que trasciende los paradigmas.⁷³

Según Fawcett, la disciplina de enfermería es el estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, el entorno, la salud y la enfermería⁷² y cada teoría define estos cuatro conceptos según su perspectiva.

A continuación se presenta la versión actualizada de los cuatro conceptos paradigmáticos junto con la reciente adición del concepto cultura⁷⁴:

- Los **seres humanos** son *aquellas personas de todas las culturas en todo el mundo.*
- El **entorno global** se refiere a *los entornos internos y circundantes de cada persona.* El entorno se refiere a las personas significativas y los entornos físicos de los seres humanos, así como a los lugares donde ocurre la práctica de enfermería, que van desde hogares privados hasta centros de salud, comunidades y la sociedad en su conjunto.

El concepto de entorno en el metaparadigma también se refiere a todas las condiciones culturales, sociales, políticas y económicas locales, regionales, nacionales y mundiales que están asociadas con la salud de los seres humanos.⁷⁵

El entorno interno es definido como "todo lo que está dentro del cuerpo humano... cada cosa viva que no se ve", el entorno interno humano incluye tanto el proceso de autorregulación dentro del cuerpo como el mantenimiento del equilibrio entre los nervios y los fluidos intracelulares y extracelulares, reconociendo "la capacidad para la interacción armoniosa dentro del entorno interno."⁷⁵

- La **cultura** se refiere a conjuntos de *creencias, actitudes, prácticas religiosas, lenguaje, arte, música, valores, moral, patrones de comportamiento y costumbres alimenticias* de los grupos de personas.
- La **salud planetaria** es *la salud de las civilizaciones humanas y los sistemas naturales de los que dependen los humanos.*
- Las **actividades de las enfermeras** abarcan la definición de enfermería, *las acciones realizadas por enfermeras en nombre de o en conjunto con los seres humanos, y las metas o resultados de las acciones se consideran como un proceso mutuo entre los participantes y las enfermeras.*

El proceso abarca actividades que pueden considerarse la praxis y con frecuencia se describen como valoración, diagnóstico, planificación, intervención; y evaluación.

La proposición que vincula los conceptos del metaparadigma es que *las actividades de las enfermeras están dirigidas hacia los seres humanos y la salud planetaria dentro del contexto del entorno global y la cultura.*⁷⁶

El metaparadigma pese a ser ampliamente utilizado y aceptado por la comunidad enfermera no ha estado exento de críticas.⁷⁷

Descendiendo del nivel metaparadigmático, los niveles de abstracción se pueden ordenar en una escalera que es un sistema lógico que permite ubicar y relacionar tres niveles distintos de discurso: el filosófico, el teórico y el empírico.

Es una estructura que mapea la conexión entre estos niveles (véase figura 27). Siendo una escalera con tres peldaños, el más alto representa el nivel filosófico, el intermedio el teórico y el más bajo el empírico.



FIGURA: La escalera de abstracción

Figura 27. La escalera de la abstracción

Fuente: Adaptada de Smith MJ, Liehr PR, Carpenter RD.⁷²

2.2.2.2 Nivel filosófico

El nivel filosófico representa sistemas de creencias esenciales, creencias y supuestos que son aceptadas como verdaderas y fundamentales para la teoría. Dentro del nivel filosófico se describen principalmente tres paradigmas:

Un paradigma se define como *una familia de teorías relacionadas que comparten conceptos y características estructurales similares, basadas en un conjunto*

*relativamente compartido de supuestos teóricos iniciales, así como criterios de evidencia similares.*⁷³

Newman y sus colaboradores definieron el cuidado en la experiencia humana de la salud como el enfoque de la disciplina de enfermería e identificaron tres paradigmas que estructuran el enfoque de la disciplina: el **particular-determinista**, el **interactivo-integrativo** y el **unitario-transformador**.⁷²

Cada paradigma incorpora valores únicos sobre la experiencia humana de la salud, el cambio y el cuidado:

- En el **paradigma particular-determinista**, la experiencia de la salud humana es reducible a propiedades que pueden ser medidas, el cambio es una consecuencia de condiciones antecedentes que son lineales y causales, y el cuidado en la experiencia humana de la salud consiste en proporcionar intervenciones terapéuticas deterministas. La base de conocimiento del paradigma se fundamenta en las ciencias biofísicas.
- En el **paradigma interactivo-integrativo**, la experiencia de la salud humana es un proceso holístico con múltiples aspectos interrelacionados relacionados con un contexto específico, el cambio es un proceso recíproco con múltiples factores antecedentes interactuantes que es probabilístico, y el cuidado en la experiencia humana de la salud es una relación de cuidado recíproca y de apoyo mutuo. La base de conocimiento proviene de las ciencias sociales.
- En el **paradigma unitario-transformador**, la experiencia de la salud humana es unitaria, autoorganizada e integrada en un campo más amplio; el cambio es unidireccional e impredecible mientras los sistemas atraviesan etapas de organización, desde la desorganización hasta una organización más compleja; y el cuidado en la experiencia humana de la salud es un proceso unitario-transformador de despliegue creativo y mutuo. La base de conocimiento del paradigma se fundamenta en las ciencias humanas.

Estos paradigmas son conceptualizados como evolutivos porque los paradigmas más complejos abarcan y extienden el conocimiento de un paradigma anterior.⁷² Algunas voces críticas con el uso de los paradigmas recomiendan enfoques pluralistas que mantengan las perspectivas teóricas individuales de cada paradigma porque dichos enfoques protegen la integridad y el rigor de la construcción del conocimiento, asegurando así una contribución más valiosa y significativa al desarrollo de la disciplina.⁷⁸

2.2.2.3 Nivel teórico

El peldaño teórico en la escalera de abstracción puede incluir conceptos, marcos teóricos o teorías. Un concepto teórico es diferente de un concepto cotidiano porque es una imagen mental de un aspecto de la realidad que se pone en palabras para describir y explicar el significado de un fenómeno significativo para la disciplina de la enfermería.

Además, existen niveles de teoría dentro del peldaño teórico de la escalera. En el nivel más abstracto, se encuentran las grandes teorías, que tienen un alcance amplio.⁷²

Algunos autores diferencian entre teorías y modelos conceptuales. Fawcett las diferencia por cómo abordan los conceptos del metaparadigma según su definición. Aquellas que abordan el metaparadigma de los seres humanos, el entorno, la salud y la enfermería se etiquetan como modelos conceptuales, mientras que las que no lo hacen se consideran teorías generales. Walker y Avant incluyen los modelos conceptuales bajo la clasificación de teorías generales, y parece más lógico definir los modelos conceptuales por su alcance y nivel de abstracción en lugar de su enfoque explícito en el metaparadigma.

Modelos conceptuales

Los modelos conceptuales de enfermería son conjuntos de conceptos que abordan los fenómenos centrales de la enfermería en proposiciones que explican las relaciones entre ellos. Los modelos de enfermería son exhaustivos y abordan cada uno de los conceptos metaparadigmáticos de los seres humanos, el

entorno, la salud y la enfermería. Los modelos conceptuales de enfermería están constituidos por teorías explícitas derivadas de ellos por parte de los teóricos u otros estudiosos de la enfermería y teorías implícitas aún por desarrollar.¹¹

Gran teoría

El nivel de la gran teoría deriva del modelo conceptual y propone una teoría abstracta comprobable. Estas teorías tienen la capacidad de amenazar la solidez del modelo conceptual del que se derivan, porque ponen a prueba la premisa principal del modelo conceptual.

Las teorías en enfermería pueden derivar de filosofías de enfermería, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías abstractas de enfermería o trabajos en otras disciplinas. Un trabajo tipificado como una teoría de la enfermería se desarrolla a partir de un marco conceptual o una gran teoría y no es tan específico como una teoría de nivel medio.¹¹

Teoría de rango intermedio

Las teorías de rango medio han ganado un atractivo creciente en la enfermería.⁷³ La teoría de rango medio puede describirse como un conjunto de ideas relacionadas que se centran en una dimensión limitada de la realidad de la enfermería. Estas teorías están compuestas por conceptos y relaciones sugeridas entre ellos que pueden representarse en un modelo.⁷²

Los detalles en las teorías de nivel medio incorporan aspectos como el grupo de edad del paciente, la situación familiar, el estado de salud del paciente, la ubicación del paciente y, lo más importante, la acción de la enfermera. Pueden desarrollarse de manera inductiva o deductiva¹¹ y estar o no directamente relacionadas con las grandes teorías.

Las asunciones filosóficas subyacentes a la teoría de rango intermedio pueden ser localizadas en el nivel del paradigma en vez del de la gran teoría. Sin embargo, este enlace es importante para establecer la validez de la teoría como una teoría de enfermería.

El trabajo teórico se localiza en la disciplina de enfermería cuando dirige el foco de la disciplina y comparte las asunciones filosóficas de los paradigmas de enfermería o de las grandes teorías.⁷²

Teoría de situación específica

La literatura incluye una variedad de términos confusos para referirse al nivel de teoría que se considera menos abstracto, más específico y más estrecho en su alcance que las teorías de rango intermedio.⁷⁹ Algunos términos utilizados son el de teoría práctica o microteoría.⁷² (véase figura 28).

En 1999, Im y Meleis introdujeron el término de teoría de situación específica (TSE) para hacer referencia a la *teoría que focaliza en un fenómeno específico de enfermería, que refleja la práctica clínica y que está limitado a una población específica o a un campo particular de la práctica.*⁷⁹

Im y Meleis defienden este nivel de desarrollo de teoría, reivindicando que las teorías de rango intermedio y las grandes teorías fallan en proveer de guía adecuada en determinar los cuidados enfermeros para el aumento de diversidad de usuarios en los complejos sistemas de salud.

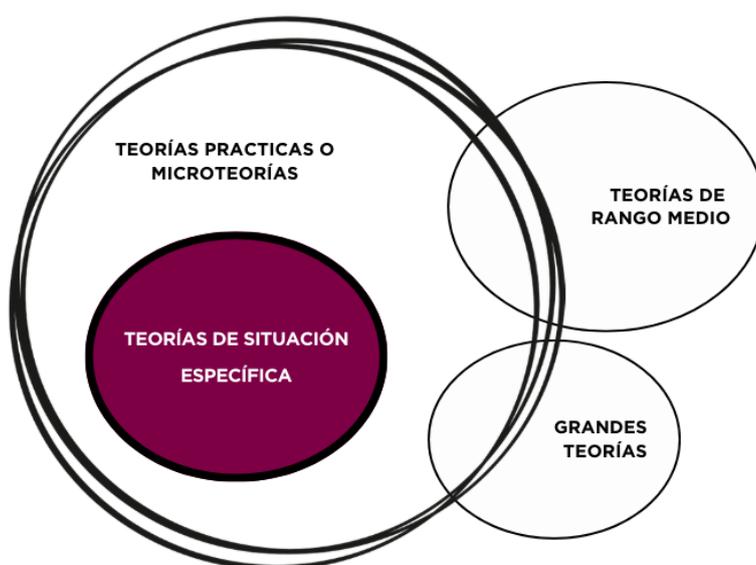


Figura 28. Relaciones entre teorías prácticas, teorías de rango intermedio, grandes teorías y TSE

Fuente: Adaptada de Eun-Ok Im⁷⁹

Hay un número de características que distinguen estas teorías de grandes teorías o teorías de rango intermedio:

- Tienen un nivel de abstracción más bajo
- Reflejan un fenómeno específico de enfermería
- Describen el contexto
- Presentan conexión fácilmente accesible para la investigación y práctica enfermera
- Reflejan las diversidades en el fenómeno de enfermería
- Tienen una capacidad limitada de generalización

Las TSE pueden basarse en los supuestos del post-empirismo, la teoría social crítica y el feminismo, y/o la hermenéutica.

Las TSE no siempre asumen su posibilidad de ser verificadas empíricamente. Algunas teorías específicas de situación ciertamente tienen como objetivo la operacionalización de conceptos centrales para la comprobación de hipótesis en entornos reales.

Sin embargo, otras no están pensadas para ser verificadas, ya que se desarrollan desde fundamentos filosóficos (por ejemplo, la hermenéutica, la fenomenología, la teoría crítica, el posmodernismo) en los que los enfoques positivistas como la formulación de hipótesis no tienen cabida. En cambio, las teorías específicas de situación buscan ayudar a los investigadores a comprender los conceptos centrales mediante trabajo de campo cualitativo y/o observación participante.

Si una teoría específica de situación se desarrolla a partir del postempirismo, puede orientarse a la operacionalización, la medición y la prueba de hipótesis. Por el contrario, si surge desde una perspectiva fenomenológica, no se utilizará para operacionalizar, medir o probar hipótesis, sino que aspirará a explicar y comprender la experiencia vivida de los seres humanos en el contexto del fenómeno.⁸⁰

Las TSE establecen vínculos más sólidos entre la teoría y la práctica y como consecuencia, gracias a su especificidad y aplicabilidad directa, pueden permitir a las enfermeras obtener mejores resultados en los cuidados que otras teorías que no delimitan el tiempo, las situaciones o los perfiles de los pacientes.⁷⁹

2.2.2.4 Nivel empírico

El nivel empírico representa lo que puede observarse a través de los sentidos e incluye percepciones, significados simbólicos, autoinformes, comportamiento observable, indicadores biológicos e historias personales. El nivel empírico también incluye indicadores fisiológicos, instrumentos de medición, observación, entrevistas y narrativas. El nivel empírico de discurso se mueve desde lo más concreto (indicadores fisiológicos) hacia lo más abstracto (narrativas). Sin embargo, incluso en este nivel más bajo de discurso, hay un rango de abstracción. Lo empírico es el peldaño más bajo de la escalera, en un nivel concreto de discurso.⁷²

2.2.3 Modelos y teorías en atención a pacientes con heridas

El cuidado de las personas con heridas es un campo complejo de la práctica y la valoración de pacientes con heridas puede resultar difícil sobre todo para los profesionales menos experimentados.

Las teorías y modelos de enfermería sirven como marco de referencia para los profesionales además de proporcionar un nivel óptimo de atención para el paciente. Sin embargo, algunas enfermeras utilizan un modelo de referencia médico o un modelo de enfermería que no comprenden del todo.

Por ello, es imperativo que los profesionales de enfermería que se dedican al cuidado de las heridas aspiren a desarrollar aptitudes y competencias profesionales para discernir qué modelo utilizar en los pacientes con diferentes tipos de heridas. Sin embargo, la presión asistencial, la falta de formación específica y la ausencia de un marco conceptual concreto contribuyen a ampliar la brecha entre la teoría y la práctica. En muchos casos, los cuidados se prestan desde marcos personales informales, basados en la experiencia y la intuición, difícilmente transmisibles y apenas fundamentados teóricamente.

Además, las heridas crónicas y en particular las LCRD, suelen ser manifestaciones de enfermedades sistémicas subyacentes. Desde el punto de vista clínico, con frecuencia son relegadas frente a la patología principal, lo que también influye en su abordaje fragmentado. En este escenario, el uso de modelos de enfermería no solo permite organizar la atención, sino también visibilizar las necesidades específicas de estos pacientes.¹³

A pesar de la necesidad manifiesta de marcos conceptuales que orienten la práctica enfermera en el ámbito de las LCRD, en la actualidad no existen TSE desarrolladas específicamente para este tipo de lesiones. Esta carencia contribuye a la invisibilización epistemológica del fenómeno y refuerza la necesidad de generar conocimiento disciplinar que permita comprender y abordar las LCRD desde una perspectiva teórica propia de la enfermería.

CAPÍTULO 3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Solo escuchamos aquellas preguntas para las que estamos en condiciones de encontrar respuestas.

Friedrich Nietzsche

3.1 Preguntas de investigación

En el capítulo anterior se han definido los conceptos referentes a la situación de dependencia y sus características, el marco conceptual de las LCRD y las implicaciones que tienen tanto para las personas que las padecen como para la sociedad en su conjunto.

Este es un tema relevante socialmente dado el aumento progresivo de la esperanza de vida en la población y con ello de la dependencia, es prioritario para la práctica clínica y pertinente para la disciplina enfermera, ya que es esta profesión la responsable históricamente de los cuidados de los pacientes con heridas.

A pesar de la amplia bibliografía sobre heridas crónicas y LCRD, se ha evidenciado la brecha existente entre la teoría y práctica enfermera, ya que no existen modelos de cuidados integrales específicos para este tipo de pacientes y solo se hace referencia a técnicas para su clasificación, prevención y tratamiento.

Asimismo, de la experiencia clínica se desprende que puede haber elementos suficientes para generar una teoría de situación específica que pueda dotar a las enfermeras de un marco para la atención integral del paciente con LCRD.

En este contexto nos planteamos las siguientes inquietudes:

- ¿Qué necesidades tienen las personas con LCRD?
- ¿Qué aportaría a las enfermeras y a los pacientes la creación de una TSE centrada en el cuidado de pacientes con LCRD?
- ¿A qué dificultades se enfrentaría y qué beneficios aportaría?

Para llegar finalmente a la pregunta principal de investigación:

- ¿Qué elementos de los cuidados a personas con LCRD podrían fundamentar una TSE?

3.2 Objetivos

A partir de las preguntas de investigación se establecen los siguientes objetivos generales y específicos:

OG1. Conocer los elementos que configurarían una TSE para pacientes con LCRD por parte de la enfermera de APC

OE 1.1 Identificar el conocimiento existente sobre los cuidados de enfermería a pacientes con o en riesgo de desarrollar LCRD en el ámbito comunitario

OE 1.2 Conocer las necesidades, significados, percepciones y vivencias de las personas con LCRD que reciben cuidados de sus heridas en la comunidad

OE 1.3. Conocer los significados, percepciones y vivencias de las enfermeras en relación con los cuidados a los pacientes con LCRD y otras heridas crónicas en la comunidad

OE 1.4 Describir los elementos facilitadores y las barreras de estas prácticas

OG2. Construir una primera aproximación a la conceptualización de una TSE para pacientes con LCRD en la comunidad

OE 2.1 Describir los elementos del metaparadigma enfermero que constituyen una TSE para personas con LCRD atendidos en la comunidad por la enfermera de APC

OE 2.2 Describir los elementos fundamentales que constituyen una TSE para pacientes con LCRD atendidos en la comunidad por la enfermera de APC

OG 2.3 Describir cuál es el rol de la enfermera de APC en la atención a pacientes con LCRD en la comunidad

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

Cuando hablas, solo repites lo que ya sabes; cuando escuchas, puedes aprender algo nuevo.

Dalai Lama

4.1 Método integrativo

Esta investigación adopta el enfoque integrativo propuesto por Im y Meleis⁸¹ para el desarrollo de TSE, el cual permite la incorporación de diversas metodologías. El proceso consta de cuatro pasos, representados en la Figura 29, que no siguen necesariamente una secuencia lineal. De hecho, algunos pasos pueden omitirse, mientras que otros pueden repetirse en distintas fases del desarrollo teórico.

El abordaje principal de la presente investigación está basado en el paradigma cualitativo, que permite indagar sobre la vida de las personas, comportamientos y emociones a través de la experiencia de los sujetos.⁸² Además, se ha incluido la teoría fundamentada y las técnicas inductivas y deductivas descritas por Walker y Avant⁷³ para la generación de la TSE.

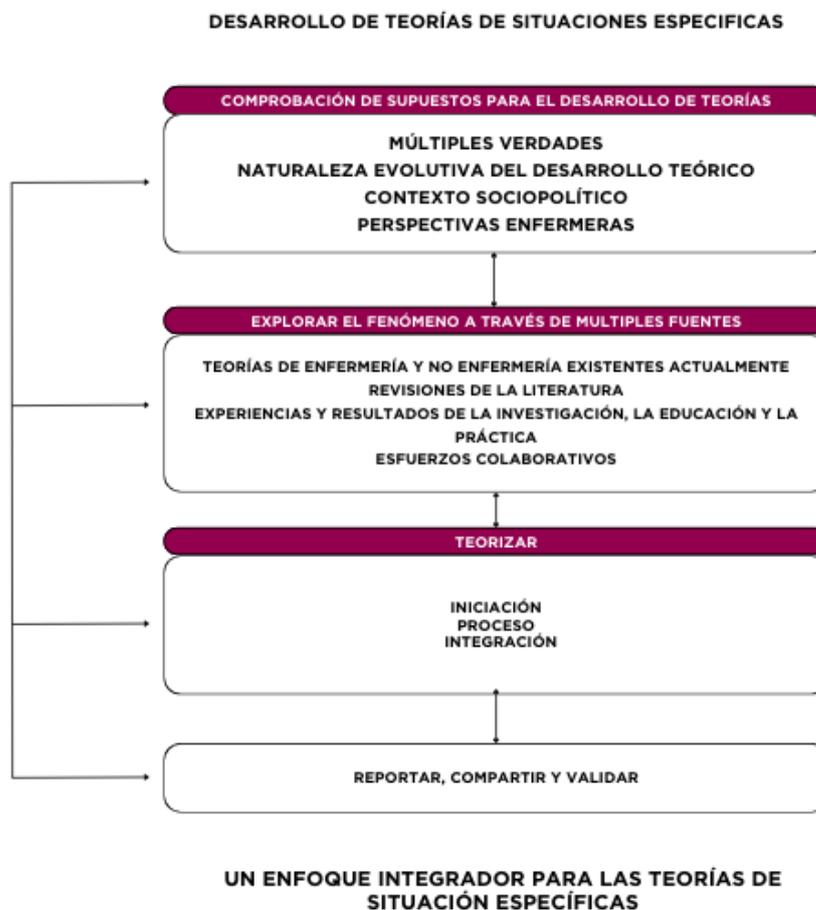


Figura 29. Proceso integrativo para el desarrollo de TSE

Fuente: Adaptada de Eun-Ok Im⁷⁹

1. Revisar los supuestos del investigador sobre el desarrollo teórico

El primer paso para desarrollar una TSE es revisar los supuestos del investigador que subyacen al fenómeno de estudio y a la construcción de la teoría. Este paso permite asegurar la coherencia epistemológica, ontológica y metodológica de la teoría, así como su adecuación al contexto en el que se formula. En el presente trabajo, este paso se ha abordado de forma explícita como se detalla a continuación:

- **La existencia de múltiples verdades**

Bajo la influencia del positivismo y el cientificismo, se ha asumido que los fenómenos enfermeros son universales, es decir, que ocurren de la misma manera en cualquier grupo racial, cultural o de género. Por tanto, muchas teorías de enfermería han partido de los supuestos de universalidad, homogeneidad y normalidad.

Sin embargo, los fenómenos enfermeros se han vuelto más complejos, influenciados por una diversidad creciente de pacientes, y existe ahora un consenso entre investigadores de enfermería de que el desarrollo teórico debe considerar esta diversidad y complejidad.

Según Meleis, el desarrollo de TSE se alinea con la proposición filosófica no purista que adopta un pluralismo filosófico, teórico y metodológico.

La presente investigación asume la vivencia individual del fenómeno de padecer LCRD, sustentada en las experiencias clínicas previas, el trabajo de campo y la literatura. Como cualquier fenómeno de salud los condicionantes y factores tanto personales como del entorno son determinantes en la vivencia. Para recoger esta multiplicidad se procuró obtener una muestra heterogénea de participantes.

- **La naturaleza evolutiva del desarrollo teórico**

Otro supuesto es que el desarrollo teórico es un proceso cíclico y evolutivo. Un concepto que hoy se considera normativo puede dejar de serlo mañana. Dado que los conceptos se construyen por identificación, abstracción y agrupación de características comunes, si los fenómenos cambian, los conceptos también.

En esta línea, la TSE desarrollada no pretende ser una representación absoluta ni definitiva del fenómeno, sino un modelo explicativo sensible al contexto, orientado a mejorar la comprensión y la práctica enfermera en un ámbito específico.

- **La contextualización sociopolítica**

Las grandes teorías y las teorías de rango intermedio rara vez consideran el contexto sociopolítico, cultural o histórico de los encuentros enfermera-paciente. En cambio, las TSE parten de la base de que todo fenómeno de enfermería está condicionado por un contexto sociopolítico y que estos deben integrarse en el proceso de desarrollo teórico. Por tanto, este tipo de teorías no pueden aplicarse a cualquier momento histórico o estructura social sin adaptación.

La presente TSE parte de un contexto en el que la sanidad es universal y gratuita, especialmente para personas con un grado de dependencia reconocido. Sin embargo, se identifican importantes inequidades en el acceso a productos necesarios para la prevención y tratamiento de las LCRD, como camas clínicas o superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP). Estas diferencias se ven agravadas por las condiciones del domicilio y la disponibilidad de cuidadores, factores modulados por el nivel socioeconómico.

La teoría reconoce que la aparición, el abordaje y la evolución de las LCRD están condicionados por el acceso a recursos sanitarios, la estructura y organización del sistema de salud, las políticas públicas de dependencia y las desigualdades

estructurales, incluyendo las de género, dado el rol central de las mujeres como cuidadoras informales.

- **La perspectiva enfermera**

Una premisa fundamental es que las teorías específicas de situación deben construirse desde una perspectiva enfermera. Esta perspectiva permite interpretar el fenómeno considerando al ser humano en su totalidad biopsicosocial y cultural.

La TSE se enmarca en una visión enfermera del mundo, centrada en el cuidado como eje estructurador de la práctica profesional, y en una comprensión holística de la persona.

El modelo resultante parte del paradigma enfermero para abordar el fenómeno, integrando el entorno, la calidad de vida, la autonomía, la experiencia subjetiva del cuidado, el rol de las cuidadoras, y la dimensión relacional de la práctica.

Esto garantiza que la teoría no solo sea relevante desde el punto de vista clínico, sino también coherente con los principios epistemológicos de la disciplina.

Así, puede afirmarse que la TSE desarrollada en esta investigación cumple con los requisitos de verificación de supuestos planteados por Im y Meleis, garantizando una base teórica sólida, contextualizada y alineada con la filosofía y los objetivos de la disciplina enfermera.

2. Explorar el fenómeno de interés a través de múltiples fuentes

Una vez revisados los supuestos del desarrollo teórico, se debe explorar el fenómeno de interés desde múltiples fuentes. A continuación, se detallan las fuentes utilizadas para el desarrollo de la TSE que están representadas esquemáticamente en la Figura 30.

- **Teorías de enfermería y no enfermería ya existentes relacionadas con el fenómeno de interés**

La TSE desarrollada se encuentra sólidamente anclada en los modelos y teorías enfermeras de distintos niveles de abstracción.

Desde una perspectiva filosófica, la TSE se enmarca en el paradigma interactivo-integrativo propuesto por Newman, ya que, aunque incorpora dimensiones espirituales y existenciales, su eje principal se fundamenta en la interacción dinámica de la persona con el entorno y el contexto.

Durante el trabajo de campo y la posterior construcción teórica, se empleó como guía el metaparadigma enfermero y el modelo de Evelyn Adam, que estructura los elementos esenciales de la disciplina. Este abordaje facilita la exploración de elementos clave para posteriormente identificar enlaces entre los diferentes niveles de abstracción y nuestra teoría

La TSE parte del marco conceptual de las LCRD, considerado una teoría de rango intermedio. Asimismo, se revisaron otras propuestas teóricas enfermeras, como la teoría del cuidado de Swanson, aunque no se hallaron vínculos inductivos directos con los datos generados en esta investigación.

Finalmente, se incorporó el marco conceptual de Gorecki⁴⁷ sobre CVRS en personas con LPP, procedente de la psicología. Este modelo fue utilizado como punto de partida y triangulado con los hallazgos de campo, contribuyendo a consolidar los conceptos vinculados al impacto de las LCRD en la experiencia de vida de los pacientes.

- **Revisión de literatura**

Una revisión exhaustiva de la literatura proporciona un análisis sistemático del conocimiento existente sobre un fenómeno enfermero, y es una fuente fundamental en el desarrollo conceptual y teórico. Walker y Avant incluyeron la revisión bibliográfica como una fase del desarrollo teórico y del análisis conceptual.⁷³

Para el desarrollo de esta TSE se llevó a cabo una revisión de alcance de la literatura sobre el fenómeno de interés que arrojó como resultado la inexistencia de teorías de enfermería para el mismo, pero se obtuvieron diferentes abordajes que sirvieron para construir conceptos y compararlos con los hallados en el trabajo de campo.

- **Hallazgos y experiencias derivadas de la investigación, la educación y la práctica clínica**

En este punto, se incorporaron los resultados del trabajo de campo como parte fundamental del desarrollo de la TSE. Estos hallazgos se derivan directamente de la investigación cualitativa realizada mediante grupos focales y entrevistas en profundidad, e integran las experiencias, percepciones y significados atribuidos por los propios participantes en relación con el fenómeno de las LCRD en la comunidad.

Además, la investigadora principal (IP) desempeñaba actividad asistencial como experta en heridas en el ámbito de la comunidad y contaba con formación de posgrado y experiencia investigadora en este campo, lo cual contribuyó no sólo a generar preguntas de investigación, sino a la triangulación constante de la información obtenida.

- **Esfuerzos colaborativos**

La colaboración interdisciplinaria e internacional representa una oportunidad clave para enriquecer el proceso de desarrollo teórico, al incorporar perspectivas diversas que permiten ampliar la comprensión del fenómeno y fortalecer la aplicabilidad de la teoría en distintos contextos.

En el presente estudio, este paso no fue implementado durante la elaboración de la TSE. No obstante, se prevé que, tras la presentación de la tesis, los resultados puedan ser compartidos en foros académicos y congresos nacionales e internacionales para fomentar el diálogo y explorar vías para la ampliación y validación externa de la teoría propuesta.

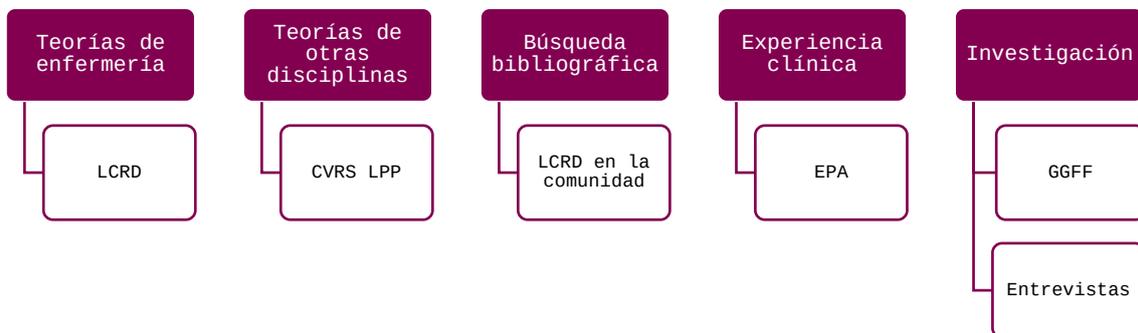


Figura 30. Exploración del fenómeno LCRD desde múltiples fuentes según el proceso integrativo

Fuente: Elaboración propia

3. Teorización

El periodo durante el que se realizó la investigación transcurre desde 2021 hasta 2024 y se compone de las diferentes fases que se resumen a continuación y se sintetizan en la Figura 31.

Iniciación

En esta investigación, el proceso de teorización se inició de forma grupal con la participación de la IP y los dos directores de tesis. El punto de partida fue una entrevista preliminar a un paciente con LCRD en abril de 2021.

No obstante, la teoría surge de manera más profunda a partir de la experiencia clínica acumulada y del conocimiento vivido sobre la intensidad del sufrimiento de los pacientes con LCRD, lo cual permitió integrar las distintas fuentes de manera coherente y significativa para la construcción de la teoría.

Proceso

La primera fase del proceso comienza con la revisión bibliográfica de los fundamentos teóricos publicados sobre el marco teórico de las LCRD y sus cuidados asociados que se llevó a cabo de enero a septiembre de 2021. Los resultados de la revisión sirvieron para ampliar los instrumentos que se utilizarían en el trabajo de campo.

La segunda fase incluye el trabajo de campo que comienza con la realización de dos grupos focales con enfermeras de APC entre abril y mayo de 2022 y 10 entrevistas a pacientes con LCRD entre febrero de 2023 y agosto de 2024.

El análisis se desarrolló íntegramente por la IP, aunque fue supervisado, comentado y compartido con el resto de los investigadores, los directores de la tesis. En todo el proceso se complementó el análisis con revisiones bibliográficas de aquellos aspectos que surgieron y no estaban contemplados a priori.

Integración

Consistió en la articulación progresiva del marco teórico mediante la construcción de conceptos, relaciones y proposiciones relevantes para la población en estudio. La reflexión crítica, la elaboración de esquemas conceptuales y la documentación rigurosa a través de memos y del cuaderno de campo constituyeron herramientas clave para afinar la interpretación de los datos. Este proceso se enriqueció gracias al diálogo interno, así como al contraste externo con los directores de tesis y participantes.

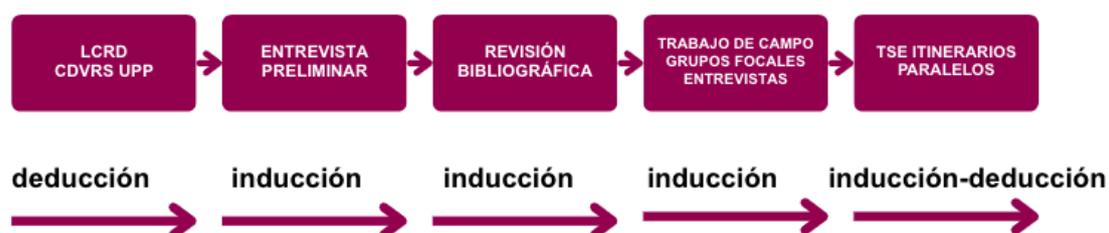


Figura 31. Proceso de desarrollo de la teoría según el enfoque integrativo

Fuente: Elaboración propia

4. Informar, compartir y validar

Cuando la documentación del proceso de teorización e integración se presenta en forma de manuscrito, modelo o informe de investigación, es importante que esta sea comunicada y compartida con las comunidades de enfermería.

Se espera que, tras la presentación y difusión de este trabajo en foros científicos, el desarrollo teórico pueda ser criticado constructivamente por colegas, para un mayor desarrollo y refinamiento de la teoría

A continuación, se desglosan las fases de inicio y proceso de teorización. El proceso de integración se detalla en profundidad en capítulo 6, después de exponer los resultados.

4.1.1 Entrevista preliminar

La primera entrevista preliminar que sentó las bases para el estudio se llevó a cabo en abril del 2021 en el domicilio del paciente. La entrevista fue realizada por dos investigadores, directores de esta tesis, expertos en heridas y en metodología cualitativa respectivamente. En la entrevista participó el paciente y su cuidadora y tuvo una duración de 1 hora y 34 minutos.

Se trata de un paciente que presentó una situación de dependencia temporal de forma aguda al contagiarse de COVID-19 en la primera ola y desarrolló una LPP de categoría IV en el sacro con gran impacto para el paciente y la cuidadora. Fue seleccionado por la excepcionalidad del caso ya que recibió atención en diferentes niveles asistenciales: hospitalario, comunitario y domiciliario.

Se llevó a cabo un estudio de caso con enfoque cualitativo utilizando la técnica de la entrevista semiestructurada y el guion se basó en el marco conceptual de calidad de vida en pacientes con LPP de Claudia Gorecki⁴⁷, ampliado a todas las dimensiones de la persona. Con los datos del análisis cualitativo posterior, este guion será el precursor de los instrumentos que se utilizaran para las entrevistas semiestructuradas (anexos 1 y 2).

Se siguieron los criterios de rigor en investigación cualitativa: el análisis de los datos se realizó por pares, se llevó a cabo una descripción exhaustiva de todos los aspectos de la entrevista en profundidad aplicando los criterios desarrollados por Tong, Sainsbury y Craig⁸³: *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). Además, los entrevistadores adoptaron una posición de neutralidad, imparcialidad y sin juicios para evitar sesgos. Asimismo, el verbatim fue enviado al participante para su validación y se mantuvo la confidencialidad de los datos mediante nombres ficticios. Los datos fueron guardados en bases de datos seguras institucionales. El participante recibió una hoja de información del estudio y firmó el consentimiento informado, además de la autorización para la toma y reproducción de imágenes y grabaciones.

La entrevista fue transcrita de manera literal y se codificaron y categorizaron los datos usando la teoría fundamentada y la codificación abierta, axial y selectiva de Strauss y Corbin.⁸²

Esta fase concluye con la publicación de un artículo en la revista científica *Índex de Enfermería* con el título: [Impacto de las lesiones por presión en un paciente post Covid-19](#) con los resultados del análisis según la teoría fundamentada. (Véase anexo 3).

Análisis de la entrevista preliminar

De la entrevista semiestructurada en profundidad se obtuvieron 22 códigos que se agruparon de manera inductiva en 9 categorías después de un proceso de refinación y comparación constante con la literatura. (Véase Tabla 1).

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Persona • COVID-19 • Úlceras 	Vivencia
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor 	Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Actividades de la Vida Diaria • Incomodidad 	Funcionamiento físico
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo • Auto percepción 	Funcionamiento psicológico
<ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Relaciones 	Funcionamiento Social
<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito • Tratamientos • Elementos de cura experta • Coste económico 	Curas
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Evolución • Consentimiento 	Comunicación
<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación • Formación 	Alta
<ul style="list-style-type: none"> • El porqué • Esperanza 	Espiritualidad

Tabla 1. Análisis de la entrevista preliminar

Fuente: Elaboración propia

4.1.2 Revisión bibliográfica

La metodología de la revisión de alcance se basó en el marco descrito por Arksey y O'Malley.⁸⁴ Se eligió este enfoque debido a que el propósito de la revisión era identificar lagunas de conocimiento, explorar un cuerpo de literatura y clarificar conceptos, en lugar de proporcionar evidencia para informar la práctica clínica.⁸⁵

El concepto central examinado en esta revisión de alcance fue el cuidado de pacientes con LCRD por parte de enfermeras comunitarias, enfocándose en elementos como la necesidad de cuidados e intervenciones. Los participantes incluidos fueron adultos (de 18 años o más).

Finalmente, 28 artículos fueron seleccionados e incluidos en el análisis final. Todos los estudios incluidos en el análisis final abordaron los tres elementos de la pregunta de investigación. El proceso se resume en el diagrama de la Figura 32.

DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA QUE MUESTRA LA SELECCIÓN DE ESTUDIOS

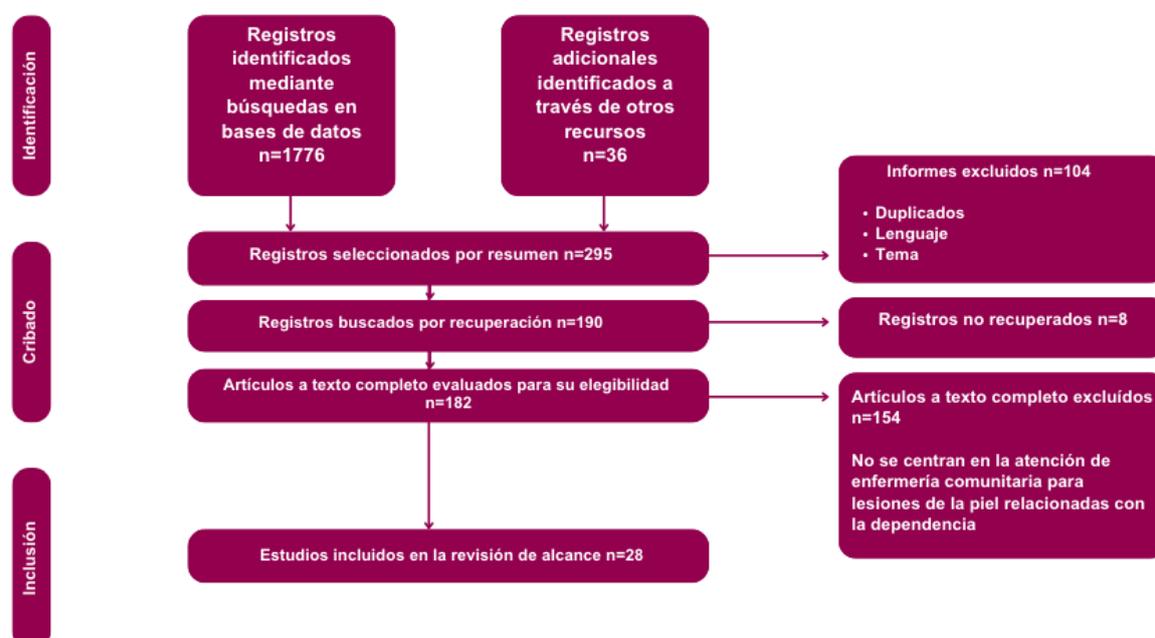


Figura 32. Diagrama PRISMA de la revisión bibliográfica

Fuente: Elaboración propia basada en *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁸⁶

Esta fase finaliza con la publicación de un artículo en la revista científica *British Journal of Community Nursing* con el título: [Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: a scoping review](#) (véase anexo 4)

Análisis de la revisión bibliográfica

De los datos obtenidos de los artículos incluidos en la revisión se realizó un análisis temático de la literatura para identificar los patrones temáticos emergentes de manera inductiva que se pueden observar en la Tabla 2.

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad • Preferencia paciente • Relación simétrica • Falta de conocimientos MAPC • Autonomía EAPC • Efectividad EPA 	Entorno comunitario
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de todas las áreas de la piel • Comorbilidades • Nutrición • Educación para la salud (EPS) • Entorno seguro y protección de riesgos 	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación biopsicosocial y espiritual • CVRS • Economía • Dolor • Uso de escalas 	Enfoque holístico
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Alta hospitalaria • Continuidad asistencial 	Gestión del cuidado
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación • Abordaje etiológico • Curas básicas con medidas asépticas • Manejo de la infección • Enfoque paliativo sin excluir la curación 	Cuidado local de las heridas

Tabla 2. Análisis de la revisión bibliográfica

Fuente: Elaboración propia

4.1.3 Grupos focales

En primer lugar, se realizaron grupos focales con enfermeras ya que resulta útil cuando se busca valorar las necesidades de las personas, esencialmente para explorar un problema nuevo o una población nueva, y desarrollar y refinar instrumentos de medida.⁸⁷

El objetivo principal fue explorar las percepciones de las enfermeras de APC con relación a los cuidados a los pacientes con LCRD. Se utilizó un guion con preguntas (anexo 2) basadas en conceptos derivados de la bibliografía de acuerdo con los objetivos de la investigación: el marco conceptual de la calidad de vida relacionada con la presencia de LPP de Gorecki⁴⁷, el modelo de Evelyn Adam⁸⁸ en el que se exploran los fenómenos desde el metaparadigma enfermero de Fawcett.⁷⁶

Para los profesionales, se realizó un muestreo intencional teórico dirigido a garantizar la calidad y cantidad de información. Este tipo de muestreo permite implementar un criterio de máxima variación respecto a las características de los participantes de la investigación incorporando los casos desviados o extremos. Se siguieron criterios de representatividad e intensidad, de contenido y significado en todos los participantes.⁸⁷

Para el reclutamiento de enfermeras la investigadora solicitó permiso a la dirección de enfermería de dos equipos de atención primaria (EAP) (ABS4 y ABS5) de la Región Sanitaria Metropolitana Nord de Barcelona del *Institut Català de la Salut* (ICS) para presentar el proyecto y pedir la colaboración de los profesionales.

Se formó un grupo focal por cada EAP con 4 participantes por grupo. Se decidió crear grupos pequeños para favorecer la profundidad de la discusión, la intimidad y la confianza. Se priorizó a las enfermeras que tenían más de 10 años de experiencia en el cuidado de pacientes con heridas, tanto en el centro como a domicilio, y determinándose como criterio de exclusión a las enfermeras noveles con menos de 2 años de experiencia y las enfermeras que se dedicaban a

pediatría, urgencias o gestión. No se establecieron límites en cuanto a edad, sexo o nivel de estudios. Finalmente, las 8 enfermeras participantes fueron todas mujeres con una media de 18,25 años de experiencia en el servicio.

En el segundo grupo se incorporaron al guion los temas que surgieron del análisis del primer grupo para poderlos ampliar. La duración aproximada de cada reunión fue de 1 h y 20 min. Los grupos concluyeron cuando no apareció ninguna idea nueva en relación con el tema tratado.

El análisis de los datos se llevó a cabo en tres fases: (1) transcripción literal del material (verbatim); (2) organización y sistematización de las transcripciones para su análisis; y (3) análisis de contenido cualitativo siguiendo un enfoque sistemático de codificación y categorización. Dicho análisis se realizó mediante el software Atlas.ti (versión 23.1.0) y se centró en el contenido manifiesto de las transcripciones obtenidas en los grupos focales. A través de un proceso de abstracción se identificaron códigos, subcategorías y categorías. La categorización fue mixta, ya que partió de categorías previamente establecidas de forma deductiva, basadas en evidencia existente, y posteriormente se amplió mediante el análisis inductivo de los datos cuando surgieron elementos no contemplados en las categorías iniciales.^{89,90}

De los 2 grupos focales se obtuvieron 230 códigos que fueron refinados y comparados constante con la literatura. En lo referente a los conceptos del proceso enfermero, se buscó su correlación con los diagnósticos, según la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁹¹, las intervenciones según la clasificación Nursing Interventions Classification (NIC)⁹² y los objetivos según la clasificación Nursing Outcomes Classification (NOC)⁹³ respectivamente. Se escribieron 9 memos durante el proceso. (Véase Tabla 3).

Esta fase concluye con la publicación de un artículo en la revista científica Gerokomos con el título: [Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con LCRD y otras heridas crónicas en la comunidad](#) sobre los resultados de los grupos focales (véase anexo 5).

Análisis de los grupos focales

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración herida: etiología: Factores extrínsecos • Valoración herida: etiología: Factores intrínsecos • Valoración integral del paciente • Intervenciones Comunitarias • Apoyo al cuidador principal • Apoyo espiritual • Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida • Control de infecciones • Cuidados de las heridas • Educación para la salud • Enseñanza: Ejercicio prescrito • Establecimiento de objetivos comunes • Gestión de recursos • Intercambio de información de cuidados de salud • Manejo ambiental • Manejo de la nutrición • Manejo del dolor • Mejorar el afrontamiento: Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente • Prevención de las LCRD • Variabilidad interprofesional de cuidados 	<p>Proceso Enfermero</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel • Origen • Compañeras • Experiencia • Formación Laboratorios • Formación posterior • Prácticas • Referente de curas • Universidad 	<p>Conocimientos profesionales</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aburrimiento • Alegría • Cansancio • Cuestionamiento • Desesperación • Desgaste • Enfado • Esperanza • Felicidad • Frustración • Impotencia • Lucha 	<p>Afectación Profesional</p>

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Pena • Preocupación • Resiliencia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión biológica • Dimensión psicológica • Dimensión social • Dimensión espiritual 	Seres holísticos
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación: estado de salud (consciencia de enfermedad) • Acuerdo intervención profesional • Adherencia a los profesionales • Afrontamiento de problemas: Vivencia única • Conducta de cumplimiento • Confianza en el profesional • Conocimiento: manejo de las heridas • Creencias sobre la salud: percepción de control • Dependencia del sistema sanitario • Esperanza: curación • Gestión de la salud • Nivel de autocuidado 	Actitud
<ul style="list-style-type: none"> • Curación de la herida: por segunda intención 	Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> • Estancamiento de la herida 	Progresión de la cicatrización
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas: Dolor, Exudado, Olor, Picor • Funcionalidad Física: Movilidad, AVD, Sueño • Bienestar psicológico: Estado de ánimo, Ansiedad • Funcionalidad Social: Participación social, Aislamiento 	Calidad de Vida
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento atención domiciliaria • Aumento de la cronicidad • Aumento de la movilización • Aumento esperanza de vida • Disminución amputaciones • Disminución de la autocura • Disminución LCRD • Historia evolución atención heridas en AP • Mejoría gestión del exudado y olor • Mejoría nutrición personas mayores • Reconocimiento enfermería como profesional responsable de heridas 	Contexto Histórico
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Acceso a material heterogéneo en el territorio • Atención Hospitalaria • Atención Primaria 	Organización Sanitaria

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación AP - H • Financiación del material de curas • Gestión económica de los recursos • Longitudinalidad y continuidad • Prevención 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta de cumplimiento • Cuidados feminizados • Demanda asistencia sanitaria • Dependencia sistema sanitario • Desconfianza del tratamiento • Desconocimiento de los recursos • Detección del riesgo • Diferencias culturales • Nivel de autocuidado • Propios productos para la cura de heridas 	Cultura
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos materiales • Diferencias socioeconómicas 	Nivel socio económico
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al cuidador principal • Trabajadoras familiares 	Cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras arquitectónicas • Conductas ineficaces en el mantenimiento del hogar 	Domicilio

Tabla 3. Análisis de los grupos focales

Fuente: Elaboración propia

4.1.4 Entrevistas

Para el reclutamiento se explicó el proyecto a las referentes de heridas de los equipos de la región sanitaria Metropolitana Nord de Barcelona del ICS para que lo transmitieran a sus respectivos equipos. Las enfermeras de cada equipo en su práctica clínica habitual, cuando detectaron un paciente que cumplía los criterios de inclusión, le pidieron permiso para ponerlo en contacto con la investigadora. En todo momento se realizó un reclutamiento sin influencia indebida de los profesionales que cuidan a los pacientes respetando el principio de autonomía. Se realizó un muestreo intencional teórico dirigido a garantizar la calidad y cantidad de información.⁸⁷

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes que recibían atención desde el centro de atención primaria (CAP) en el centro o a domicilio que presentaban alguna LCRD y estaban en seguimiento por la enfermera de APC o pacientes expertos que habían sufrido varios episodios de heridas y que habían necesitado cuidados por parte de la enfermera de APC.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que rechazaron su participación en el estudio o que por su estado cognitivo eran incapaces de dar el consentimiento informado. Se priorizaron los pacientes atendidos a domicilio por presentar mayor grado de dependencia y se invitó a participar a los cuidadores en caso de contar con ellos para aportar más información y triangular los datos.

La recogida y el análisis de estos se realizaron de forma simultánea, posibilitando así la retroalimentación entre ambos procesos. En el plano cuantitativo únicamente se recogen las características de los participantes en el estudio (anexo 1) ante la dificultad de realizar un estudio epidemiológico de prevalencia o transversal por la poca precisión diagnóstica y un posible sobre registro por episodios finalizados y no cerrados en el programa informático. Para la fase cualitativa la técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad.

La recogida de datos del trabajo de campo se dio por finalizada tras la comprobación de la existencia de saturación de los datos, es decir, el momento

en el que ya no emergen nuevos códigos o temas durante la recolección de datos. Algunos autores refieren que la saturación se puede alcanzar después de un número relativamente bajo de entrevistas, aproximadamente entre 9 y 16 entrevistas; no así la comprensión exhaustiva del fenómeno mediante la saturación de significado⁹⁴ pero dado que el enfoque utilizado reconoce la existencia de múltiples verdades y la no universalidad en la vivencia de los fenómenos, los investigadores reconocen la saturación de los datos.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los pacientes para explorar el fenómeno *padeecer LCRD en el contexto de APC* utilizando el mismo guion (anexo 2) además de los datos emergentes de los grupos focales y la revisión bibliográfica. Se realizó el análisis de cada entrevista antes de proceder a la siguiente por lo que los datos analizados en cada una se incorporaban en la siguiente y así se producía la triangulación y la búsqueda de la saturación. La duración media de las entrevistas fue de 1h y 4 minutos.

La muestra estuvo compuesta por 10 personas (6 mujeres y 4 hombres), con una edad media de 86 años en las mujeres y 49 en los hombres. En cuanto al tipo de LCRD, predominaban las LPP (n = 7), seguidas de los DC (n = 2) y una LMC (n = 1). La localización más frecuente fue el sacro (n = 4), seguido del talón y el maléolo (n = 2 cada uno), y finalmente el isquion y las EEII (n = 1 en ambos casos). Respecto al tiempo de evolución de las lesiones, tres casos llevaban menos de seis meses, tres entre seis meses y un año, y cuatro superaban el año. La atención sanitaria se distribuía de forma equitativa: cinco personas eran ATDOM y cinco recibían las curas en el CAP.

Las principales causas de dependencia fueron LM (n = 4), envejecimiento (n = 3), enfermedad aguda (n = 2) y enfermedad degenerativa (n = 1). En siete casos (70 %) la dependencia era permanente y en tres (30 %) temporal. En la mitad de los casos no se identificó un cuidador principal, existiendo en su lugar un soporte familiar compartido; en los cinco restantes, el rol principal lo asumía la madre (n = 3), un hijo (n = 1) o una cuidadora asalariada (n = 1). En cuanto al estado civil, cuatro personas estaban viudas, tres separadas, dos solteras y una casada. Seis personas (60 %) tenían estudios primarios, tres (30 %) secundarios y una

(10 %) contaba con formación superior. En relación con la variable étnica, ocho personas (80 %) eran caucásicas y dos (20 %) latinoamericanas.

Análisis de las entrevistas

El análisis de los datos de las entrevistas se realizó a través de la codificación teórica en diferentes etapas coincidiendo con tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva, siguiendo la metodología de investigaciones cualitativas que nos permite establecer las principales categorías.⁹⁵ Del análisis de las entrevistas surgieron 1400 códigos aproximadamente que se redujeron a los que se presentan mediante un proceso de refinamiento e inducción, pero también deducción mediante la comparación constante con la bibliografía. En total se escribieron 44 memos. Las categorías del entorno se clasificaron inductivamente según la concepción del entorno del metaparadigma enfermero⁷⁵ (Véase Tabla 4).

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Causa de la dependencia • Causa de lesiones • Inadvertidos en LM 	Accidente
<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento • Buen ánimo • Comparación con otras personas • Confianza en el profesional sanitario • Descontento • Gratitud • Intervención paciente para la curación • Motivación • Objetivo cicatrización • Optimismo • Resiliencia • Tranquilidad • Voluntad 	Actitud del paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al estado de la herida • Afectación profesional • Empatía • Esfuerzo • Inicio tratamiento • Interés • Miedo • Preocupación • Vigilancia 	Actitud profesional

Códigos	Categorías
	Actividad física
	Actividades recreativas
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Adaptación a silla de ruedas • Adaptaciones del hogar • Afrontamiento familiar • Atención psicológica • Rutina 	Adaptación a la dependencia
<ul style="list-style-type: none"> • Apetito • Balance calórico • Valoración nutricionista • Suplementación 	Alimentación y nutrición
<ul style="list-style-type: none"> • SEMP • Taloneras • Cojín de diferentes prestaciones • Colchón anti escaras • Limitar horas decúbito/sedestación • Cambios posturales • Reposicionamiento • Financiación • Trabajo social 	Alivio de la presión
<ul style="list-style-type: none"> • Curas • Vigilancia • Pedir ayuda 	Aprendizaje de la experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Inspección • Autoexploración 	Autocuidados
<ul style="list-style-type: none"> • Batec • Prescripción de artículo ortoprotésico • Silla 	Ayudas técnicas
<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de la lesión • Cicatriz • Duración de la herida • Herida principal • Profundidad de la herida • Tamaño de la herida 	Características de la herida
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto óseo • Hemorragia • Infección • Aumento del tamaño • Aumento del exudado • Olor 	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Entre niveles asistenciales • Del diagnóstico • De la evolución • Del pronóstico 	Comunicación

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • De complicaciones 	
<ul style="list-style-type: none"> • Heridas y sus etiologías • Métodos de alivio de la presión • Complejidad de la curación • Causa de la dependencia 	Conocimientos pacientes heridas
<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad de curas • Influencia en evolución herida 	Continuidad asistencial
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas públicos y privados • Diferentes niveles asistenciales • Informe de alta de curas • Persona-dependiente 	Coordinación
	Cuidados
<ul style="list-style-type: none"> • Familiar o asalariada • Interlocutoras • Conocimientos y experiencia • Cuidado del hogar 	Cuidadoras
	Darse cuenta de la herida
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento • Grado • Causa • Duración • Proyección futura • Dependencia de las curas 	Dependencia
	Dormir y descansar
	Eliminación
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras arquitectónicas Accesibilidad • Mascotas • Salubridad/Higiene 	Entorno externo: Entorno físico
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas privadas • Seguros privados • Financiación material • Financiación ayudas técnicas • Situación global 	Entorno externo: Entorno socioeconómico
<ul style="list-style-type: none"> • Soporte social • Soporte familiar • Cuidador principal 	Entorno externo: Entorno sociofamiliar
<ul style="list-style-type: none"> • Domicilio • CAP • Centro sociosanitario • Hospital 	Entorno externo: lugar de atención
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades • Causa de la dependencia • Estado cognitivo • Forma de ser • Locus de control 	Entorno interno

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos intrusivos/rumiación 	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Seguimiento • Coordinación 	EPA
	Esperanza en la curación
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Creencias • Prácticas 	Espiritualidad
<ul style="list-style-type: none"> • Caídas • Teleasistencia 	Evitar riesgos
	Experiencia previa
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Tabaquismo 	Factores que afectan a la cicatrización
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación • Evitar riesgos • Hidratación 	Higiene corporal e integridad de la piel
<ul style="list-style-type: none"> • Formación • Prioridad 	Ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> • Etiología de la herida • Inicio curas profesionales • Primera atención herida 	Inicio de la herida
<ul style="list-style-type: none"> • Cura local • Derivaciones especialistas • Educación Sanitaria • Intervenciones quirúrgicas • Monitorización de la cicatrización • Pruebas Complementarias • Tratamientos 	Intervención profesional
	LM
<ul style="list-style-type: none"> • Medicación • Material de curas 	Material sanitario
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de AGHO • Evitar la fricción en la transferencia • Evitar los riesgos de lesiones traumáticas • Aplicación de apósitos • Prevención del entorno 	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> • Escalas • Ritmo • Comunicación • Influencia estado animo 	Progreso de la cicatrización
<ul style="list-style-type: none"> • Ardor • Dolor • Edema • Escozor 	Calidad de vida: Síntomas

Códigos	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> • Exudado • Incomodidad • Molestias • Olor • Picor 	
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades diarias • Descanso • Insomnio • Malestar • No caminar 	Calidad de vida: Funcionamiento físico
<ul style="list-style-type: none"> • Agobio • Ansiedad • Apariencia física • Decaimiento • Dependencia de curas • Depresión • Deseos de morir • Desgana • Estado de ánimo • Frustración • Incertidumbre • Irritación • Miedo • Pasarlo mal • Preocupación • Rumiación • Sufrimiento • Tristeza • Vergüenza 	Calidad de vida: Bienestar psicológico
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Participación social • Pérdida de ocio • Relaciones sociales • Vacaciones 	Calidad de vida: Funcionamiento social
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del dolor • Derivación a otros profesionales • Adherencia al profesional • Percepción curas adecuadas • Informar de herida/tratamiento 	Satisfacción de cuidados
	Trabajo social

Tabla 4. Análisis de las entrevistas

Fuente: Elaboración propia

4.1.5 Coocurrencia de los conceptos

La coocurrencia de conceptos constituye una estrategia metodológica clave dentro del enfoque integrativo, ya que permite identificar las categorías o temas nucleares que emergen de forma transversal en las distintas fuentes utilizadas. En el presente estudio, estas fuentes incluyen la entrevista preliminar, los grupos focales con profesionales de enfermería, las entrevistas a pacientes y la revisión de la literatura científica.

La decisión de realizar un análisis de coocurrencia se fundamenta en la necesidad de triangular la información obtenida para alcanzar una comprensión profunda del fenómeno de estudio. Dado que la TSE desarrollada parte del paradigma cualitativo y se apoya en un diseño inductivo-deductivo, el análisis cruzado entre fuentes no solo enriquece el proceso de teorización, sino que refuerza la credibilidad, transferibilidad y coherencia de los hallazgos.

Desde el punto de vista terminológico, cabe señalar que durante la fase de análisis cualitativo se utilizaron las unidades clásicas de codificación: códigos, subcategorías, categorías y agrupaciones temáticas. Sin embargo, siguiendo la nomenclatura específica propuesta para las TSE, en la formulación teórica final estos niveles se reorganizan: las agrupaciones temáticas corresponden a los *conceptos principales*, mientras que las categorías y subcategorías se articulan como *subconceptos* relacionados con cada uno de ellos. Esta adecuación terminológica es coherente con las recomendaciones de Im y Meleis para garantizar la claridad conceptual, facilitar la comparación con otras teorías enfermeras y estructurar de forma precisa la construcción teórica.

Desde una perspectiva práctica, el análisis de coocurrencia permite visualizar de forma concreta las relaciones entre categorías, revelando conexiones teóricas que pueden pasar desapercibidas en un análisis lineal o fuente por fuente. Así, se construye una estructura conceptual más sólida, que refleja tanto la complejidad del fenómeno como su consistencia epistemológica. (Véase Tabla 5).

Códigos/Categorías	Entrevista preliminar	Revisión Bibliográfica	Grupos focales	Entrevistas
Accidentes		X		X
Actitud del paciente	X		X	X
Actitud profesional	X	X		X
Actividad física			X	X
Actividades recreativas	X			X
Adaptación a la dependencia	X			X
Adherencia al tratamiento			X	
Afectación profesional		X	X	
Alimentación y Nutrición		X	X	X
Alivio de la presión	X	X	X	X
Manejo del dolor	X	X	X	X
Aprendizaje de la experiencia	X			X
Autocuidados			X	X
Ayudas técnicas	X		X	X
Características de la herida			X	X
Complicaciones	X		X	X
Comunicación	X	X	X	X
Conocimientos pacientes heridas			X	X
Conocimientos profesionales heridas	X	X	X	
Continuidad asistencial y coordinación	X	X	X	X
Cuidados			X	X
Cuidadoras	X		X	X
Cultura			X	

Códigos/Categorías	Entrevista preliminar	Revisión Bibliográfica	Grupos focales	Entrevistas
Cura local	X	X	X	X
Darse cuenta de la herida	X			X
Dependencia	X	X	X	X
Dolor	X	X	X	X
Dormir y descansar				X
EPS	X	X	X	
Eliminación				X
Entorno externo: entorno físico	X	X	X	X
Entorno externo: entorno socioeconómico	X		X	X
Entorno externo: entorno sociofamiliar	X	X	X	X
Entorno externo: lugar de atención	X	X	X	X
Entorno interno			X	X
EPA	X	X	X	X
Esperanza en la curación	X	X	X	X
Espiritualidad	X		X	X
Etiología		X	X	
Evitar riesgos		X	X	X
Experiencia previa	X			X
Factores que afectan a la cicatrización		X	X	X
Gestión de los cuidados	X	X	X	X
Higiene corporal e integridad de la piel		X		X
Ingreso/alta hospital	X	X		X

Códigos/Categorías	Entrevista preliminar	Revisión Bibliográfica	Grupos focales	Entrevistas
Inicio de la herida				X
Intervención profesional	X	X	X	X
LM				X
Material sanitario	X	X	X	X
Objetivo (Curación/Paliativo)		X	X	X
Prevención de LCRD	X	X	X	X
Progresión de la cicatrización	X		X	X
CVRS	X	X	X	X
Satisfacción de los cuidados	X		X	X
Enfoque holístico	X	X	X	
Seguimiento	X		X	X
Trabajo social				X
Valoración	X	X	X	
Vivencia única	X		X	

Tabla 5. Coocurrencia de los conceptos analizados de las cuatro fuentes

Fuente: Elaboración propia

4.2 Posicionamiento de la investigadora

Es imprescindible explicitar el posicionamiento de la investigadora, dado que su presencia puede influir en todas las fases del estudio. Durante el trabajo de campo, la investigadora ejercía como enfermera asistencial en la misma unidad donde se llevaron a cabo los grupos focales y las participantes eran sus compañeras. Además, era referente del centro de heridas complejas, circunstancia que podría haber favorecido respuestas orientadas a lo socialmente deseable.

En las entrevistas semiestructuradas a pacientes, el hecho de que la entrevistadora fuera experta en heridas y que algunos participantes presentaran lesiones abiertas durante la entrevista pudo inducir expectativas de beneficio asistencial, condicionando sus respuestas. En cambio, quienes ya tenían las heridas cicatrizadas podrían haber incurrido en sesgo de recuerdo y relatar la experiencia con menor intensidad.

El hecho de que la IP fuera conocedora del contexto asistencial en que se llevaban a cabo los cuidados, fue vital para interrelacionarlos y analizarlos en profundidad.

4.3 Criterios de rigor

El rigor y la validez de la investigación se fundamenta en los descritos por Egon Guba y Yvonna Lincoln para la investigación cualitativa: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.⁹⁶ Además de estos criterios que se enumeran a continuación, se rellenó un formulario con los criterios COREQ⁸³ para la evaluación de cada entrevista y grupo focal.

La credibilidad es la confianza en la veracidad de los hallazgos. Para garantizarla es importante la selección correcta de la muestra. En nuestro estudio, los pacientes y enfermeras participantes se eligieron mediante muestreo teórico, asegurando su relevancia para el fenómeno estudiado.

Además, se utilizó la triangulación mediante el uso de múltiples fuentes de datos, incluyendo entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observaciones comparándolas constantemente con la bibliografía y las fases anteriores del estudio. Por otro lado, la IP ha estado inmersa en el entorno asistencial, lo que permitió una comprensión profunda del contexto.

Y, por último, se verificaron algunos resultados preliminares con los participantes para asegurar que sus experiencias fueran correctamente interpretadas, especialmente en la entrevista preliminar que fue publicada en el primer artículo.

La transferibilidad indica que los resultados sean aplicables en otros contextos similares. Para ello, se realizó una descripción detallada de: las características de los participantes con los datos sociodemográficos, clínicos y sus contextos de atención además del entorno de estudio.

La consistencia o dependencia se refiere a la estabilidad de los hallazgos en el tiempo y en diferentes condiciones. Para garantizarla, se han documentado los procedimientos incluyendo el proceso de recolección y análisis de datos, así como la metodología utilizada. Además del uso de un diario de campo donde la investigadora registró reflexiones y observaciones durante el desarrollo de la investigación.

La confirmabilidad hace referencia a la objetividad del estudio, asegurando que los hallazgos provienen de los datos y no de los sesgos de la investigadora. Para ello se dejó constancia del posicionamiento de la investigadora, incluyendo sus presunciones iniciales y su posible influencia en el proceso. Asimismo, de la supervisión de los directores de tesis permitió una revisión constante de los datos y las interpretaciones, asegurando que los resultados estuvieran respaldados por evidencia.

4.4 Consideraciones éticas

Comité Ético de Investigación Clínica y Comité Institucional de Revisión

El protocolo fue presentado para validación a la unidad de soporte a la investigación del área *Metropolitana Nord* del ICS y obtuvo el dictamen de aprobado el CEI del *IDIAP Jordi Gol i Gurina* con el código 21/162-P que garantizó que:

- El estudio evaluado cumple con todos los requerimientos metodológicos y técnicos.
- Las competencias y habilidades de los investigadores, así como los medios disponibles, son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El estudio cumple con los principios de la Declaración de Helsinki y con los requerimientos normativos aplicables en aspectos éticos y de protección de datos.

Información y consentimiento

Se obtuvo el consentimiento informado (anexo 6) de todas las personas que participaron en el estudio. Se garantizó la confidencialidad y la seudonimización de los datos obtenidos, codificados mediante un identificador alfanumérico.

Además, se entregó la hoja de información con todos los datos relativos al estudio (anexos 7 y 8).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

You can't connect the dots looking forward; you can only connect them looking backwards.

Steve Jobs
2005

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de los datos obtenidos de las diferentes fuentes según el método integrativo y analizados mediante las técnicas explicadas en el capítulo anterior y que responden a las preguntas de investigación.

Para dar respuesta al primer objetivo y conocer los elementos que configurarían una TSE para pacientes con LCRD por parte de la enfermera de atención primaria (EAPC), se presentan los resultados del análisis de los datos que ha permitido la identificación de 1982 citas, 362 unidades de significado y 187 códigos finales que se han agrupado en 36 subcategorías y 17 categorías que componen las 4 agrupaciones temáticas finales: atención a las LCRD en la comunidad, situación de dependencia, progresión de la cicatrización y vivencia individual, que se recogen en la Tabla 6.

A continuación, se explica cada categoría y subcategoría ordenadas según su agrupación temática y acompañadas de algunas citas textuales de los participantes en el trabajo de campo.

Por último, se describen los elementos facilitadores y las barreras de los cuidados de las enfermeras a pacientes con LCRD en la comunidad surgidas del análisis de los datos.

Resultados			
Temas	Categorías	Subcategorías	Códigos
Atención a las LCRD en la comunidad	C1. Entorno comunitario		<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia domiciliaria • Rol autónomo • Relación terapéutica • Conocimientos MAPC
	C2. Rol profesional	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel • Fuente
		Competencias	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación • Mejores prácticas • Mejores productos • Favorecer independencia • Educación • Documentación • Continuidad • E-Salud • Formación continuada
		Actitud	<ul style="list-style-type: none"> • Interés • Competencia • Preocupación • Vigilancia • Empatía • Esfuerzo
		Afectación	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración • Dificultad emocional • Agobio
	C3. Proceso enfermero	Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque holístico • Físico • Biológico • Social • Espiritual • Económico • Local
		Diagnóstico etiológico	<ul style="list-style-type: none"> • LPP-LPC • LESCAH • LF • DC • LC LESCAH-LPP • LC LPP-LF • LC LESCAH-LF • LC LPP-DC • LC LF-DC • LMC
		Planificación: Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrización de la herida: por segunda intención • Conocimiento: manejo de heridas • Integridad tisular: piel y membranas mucosas • Control del dolor

Resultados		
		<ul style="list-style-type: none"> • Control de síntomas
	Planificación: Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional • Apoyo al cuidador • Apoyo espiritual • Apoyo emocional • Control de infecciones • Cambio de posición • Cuidados de las heridas • Educación para la salud • Enseñanza: ejercicio prescrito • Establecimiento de objetivos comunes • Gestión de los recursos económicos • Intercambio de información de cuidados de salud • Manejo ambiental • Manejo de la nutrición • Manejo del dolor • Manejo de la eliminación intestinal • Mejora del afrontamiento: Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente • Prevención de las LCRD • Colaboración con otros profesionales sanitarios
	Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica limpia • Lavado de manos
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización • Derivación
C4. Gestión de los cuidados	Longitudinalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Coherencia • Registros
	Continuidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles asistenciales • Público – privado • TSS
	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales sanitarios • Alta • Diagnóstico • Gestión casos
	Derivación	<ul style="list-style-type: none"> • EPA • MAPC • ACV • CPR • TSS
	Material sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos cronicidad • Material de curas

Resultados				
Situación de dependencia	D1. Causa de la dependencia		<ul style="list-style-type: none"> • Financiación • Accidentes • LM 	
	D2. Adaptación a la dependencia		<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Rehabilitación • Accesibilidad 	
	D3. Cuidadoras		<ul style="list-style-type: none"> • Formación • Impacto • Planificación 	
	D4. Prevención LCRD	Cuidados de la piel		<ul style="list-style-type: none"> • Higiene • Hidratación • Protección solar
		Alivio de la presión		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales • SEMP
		Evitar riesgos		<ul style="list-style-type: none"> • Protección • Nicturia • Teleasistencia
	Progresión de la cicatrización	P1. Inicio de la herida		<ul style="list-style-type: none"> • Etiología • Detección
P2. Características de la herida			<ul style="list-style-type: none"> • Duración • Tipo • Categoría • Tamaño • Tejido • Signos de infección • Exudado 	
P3. Factores que afectan a la cicatrización		Factores internos		<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades • Malnutrición • Tabaquismo • Estrés y Salud Mental • Envejecimiento
		Factores externos		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo etiológico • Cuidados de la herida • Medicamentos
P4. Complicaciones				<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tamaño • Infección • Hemorragia • Mal Olor
		Causa		<ul style="list-style-type: none"> • Poca adherencia • Empeoramiento enfermedad subyacente • Ingreso hospitalario

Resultados			
Vivencia individual	E1. Actitud del paciente		<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia previa • Esperanza en la curación • Adherencia al tratamiento • Aprendizaje de la experiencia • Satisfacción de los cuidados
	E2. Conocimientos pacientes		<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias dependencia • Alivio de la presión • Complejidad de la cicatrización • Complicaciones • Autocuras
	E3. Contexto	Cultura	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta de cumplimiento • Feminización de los cuidados • Demanda de asistencia sanitaria • Dependencia del sistema • Nivel de autocuidado
		Entorno interno	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades • Estado de la piel • Causa de la dependencia • Estado cognitivo • Forma de ser
		Entorno externo	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno físico • Entorno socioeconómico • Entorno sociofamiliar
	E4. Dimensiones de la salud	Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación • Adaptación
		Actividades Recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación • Ámbito
		Dormir y Descansar	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencia cama • Insomnio • Causa LCRD
		Alimentación y Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Estado anímico • Balance calórico • Nutricionista
		Higiene e integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza • Hidratación
		Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Sondajes • Causa LCRD

Resultados			
		Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de atractivo • Apósitos • Mal olor
		Espiritualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Oración • Lectura • Rituales • Contemplación • Meditación
	E5. Calidad de vida	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y discomfort • Exudado • Olor
		Funcionamiento físico	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Actividades diarias • Malestar general • Sueño
		Funcionamiento psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo • Ansiedad y preocupación • Autoeficacia y dependencia • Apariencia y consciencia de sí mismo
		Funcionamiento social	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Participación

Tabla 6. Temas, subcategorías y categorías del análisis de los datos

Fuente: Elaboración propia

5.1 Atención a las LCRD en la comunidad

C1. Entorno comunitario

El tratamiento de las heridas ha experimentado un cambio drástico en la ubicación de la prestación del servicio desde el hospital hacia la atención comunitaria. Además, gracias a las mejoras en la prevención y tratamiento de las heridas, las enfermeras comunitarias observan una disminución de las amputaciones y de prevalencia de LCRD, aunque ha aumentado la cronicidad y las personas que viven solas.

En este contexto, la enfermera es reconocida por los pacientes como la profesional responsable del cuidado de las heridas, una actividad que ocupa hasta la mitad de su tiempo y representa más de un tercio de los casos en atención domiciliaria. Este último entorno es el preferido por los pacientes para recibir sus curas, ya que perciben que en el domicilio se les dedica más tiempo y atención personalizada.

Sin embargo, el cuidado domiciliario presenta algunas dificultades, ya que la relación entre profesional y paciente es más simétrica, lo que requiere llegar a acuerdos en el plan de cuidados de manera más intensa que en una unidad hospitalaria aguda. La enfermera es invitada a la casa del paciente y necesita establecer relaciones simétricas y de confianza.

En este contexto, las actitudes y habilidades de los profesionales son cruciales. Es importante construir una relación terapéutica, donde se enfatice la presencia y la escucha activa. El paciente no confía en la enfermera si el tratamiento no tiene efecto o cuando las enfermeras tienen opiniones diferentes sobre el mejor tratamiento. La proximidad, la confianza y una comunicación efectiva y bidireccional entre las personas con LPP y sus cuidadores y los profesionales de la salud son aspectos esenciales para la participación efectiva de los pacientes y sus familiares en el proceso de toma de decisiones conjunto.

Además, el cuidado puede ser complejo debido a factores como el alta hospitalaria temprana, la falta de conocimiento de los médicos de atención

primaria y comunitaria (MAPC) sobre el cuidado de heridas, y la situación de las enfermeras comunitarias que a menudo trabajan solas enfrentándose a heridas de difícil cicatrización, que resultan emocional y físicamente difíciles de manejar. Por ello, se resalta la importancia de contar con el apoyo de especialistas en heridas.

C2. Rol profesional

El rol de la enfermera comunitaria es complejo y multifacético y aunque sean invitadas a la casa del paciente, deben seguir siendo el profesional cualificado que dirija todas las discusiones sobre el tratamiento. Las principales dificultades a las que se enfrentan las enfermeras son la cura de heridas con síntomas incontrolables como el olor, el dolor o el exudado y cuando el paciente no realiza un seguimiento o no colabora con las recomendaciones, pero también describen el orgullo y la alegría profesionales cuando tratan a pacientes con heridas difíciles de curar.

El profesional de la salud que presta atención domiciliaria a paciente con heridas debe tener un nivel de educación y competencias que le permita trabajar de forma independiente para: evaluar las heridas complejas, implementar el abordaje de heridas basado en las mejores prácticas y evidencia, seleccionar los mejores productos disponibles, apoyar la independencia del paciente y su participación en la toma de decisiones, educar a los pacientes y cuidadores informales en el autocuidado y la prevención de heridas, documentar la progresión de la cicatrización, los síntomas y el tratamiento de las heridas, garantizar la continuidad de la atención, el uso de consultas y *e-health* y participar en el desarrollo profesional continuo para mantener el conocimiento y las habilidades.

Los conocimientos en heridas por parte de las enfermeras suelen ser heterogéneos, siendo la fuente de conocimientos generalmente autodidacta o a través de la experiencia, conocimientos de otros profesionales o formación de laboratorios.

Me siento muy apoyada por la experiencia de mis compañeras [1:14 ¶ 107 en GF1.docx](#)

Una temporada venían los comerciales y te explicaban y te daban su formación y te pagaban ellos la suya [2:28 ¶ 261 en GF2.docx](#)

En general hay descontento por parte de las enfermeras por la falta de una asignatura concreta en los estudios de enfermería que se centre en este tema y se suele pasar muy por encima.

En la universidad lo justo, la verdad, pero no hay una asignatura [2:29 ¶ 264 en GF2.docx](#)

Los alumnos cuando vienen aquí, aunque sean de tercero, ¿qué saben de curas, chicas?, nada, nada, nada. [2:31 ¶ 329 en GF2.docx](#)

A pesar de que las enfermeras encuentran interesante el cuidado de las heridas y se consideran buenas en ello, refieren que cuidar a estos pacientes a menudo resulta física y emocionalmente difícil. Un buen ambiente de trabajo donde las enfermeras pueden discutir e intercambiar experiencias con sus colegas mejora su propia práctica diaria, pero la falta de interés y conocimiento entre sus compañeros tiene el efecto contrario.

En general, los profesionales se preocupan por la evolución de la herida mostrando interés, vigilancia y miedo ante la aparición de complicaciones. Expresan gran empatía con el paciente llegando a causar afectación profesional el hecho de que la herida no evolucione a pesar de poner todos los esfuerzos, destacando la frustración y el cuestionamiento.

A mí me agobia mucho. Yo sí que es verdad que el sentimiento que tienes cuando tienes una herida muy larga (...) O sea, yo me vengo abajo cuando llevo

mucho tiempo con una misma cura y veo que no evoluciona... O sea, ya lo que me crea es ansiedad.

[2:191 ¶ 1389 en GF2.docx](#)

¿Lo estaré haciendo bien? [1:81 ¶ 329 en GF1.docx](#)

Y te frustras, no con esa persona que qué culpa tiene la persona, pero yo me frustró con esa herida, ¿no?

[1:131 ¶ 461 en GF1.docx](#)

C3. Proceso enfermero

Valoración

La piedra angular del abordaje del paciente con heridas en la comunidad es la valoración holística. Deben valorarse las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales y económicas del paciente: enfermedades, capacidad funcional, actitud, miedos, expectativas, creencias, red social, aficiones y actividades, costes de vida diaria, necesidad de apoyo económico. Los recursos personales y el empoderamiento del paciente: ingresos, capacidad para involucrarse en el cuidado de la herida.

Para la valoración holística pueden utilizarse diferentes perspectivas enfermeras que recojan las dimensiones de la salud y ayudarse de escalas específicas que exploran la calidad de vida relacionada con las LPP.

Para la valoración general de la piel se deben evaluar adecuadamente todas las superficies y no solo lo que es fácilmente visible. Se debe incluir un examen de prominencias óseas, posibles áreas secas, probables áreas húmedas como la ingle y debajo de los senos y pliegues de la piel, entre los dedos de los pies y debajo de los brazos. Los profesionales de atención domiciliaria también deben preguntar sobre sequedad, sarpullido, picor, enrojecimiento o hinchazón.

En cuanto a la herida se debe valorar el tipo, tamaño y estado tanto del lecho de la lesión como de la perilesión; ubicación, tipos de tejido, signos como: dolor,

inflamación, edema, olor, cantidad de exudado, viscosidad y color, bordes de la herida, evaluación básica de la piel como hiperqueratosis, eritema o maceración, sangrado.

Diagnóstico etiológico

Según la valoración de la herida se determinará qué tipo de LCRD. En caso de duda, o si la enfermera comunitaria no está segura de la etiología de la herida, siempre se aconseja la derivación a un especialista.

Planificación

Objetivos

Para medir el impacto de las intervenciones de enfermería se fijarán unos objetivos. Algunos objetivos frecuentes pueden ser:

- Cicatrización de la herida: por segunda intención
- Conocimiento: manejo de heridas
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Control del dolor
- Control de síntomas

Se debe tener en cuenta que, en algunos casos, las personas con heridas no tienen la capacidad de cicatrizar o conllevan numerosos síntomas que afectan a su calidad de vida. En estos casos, la enfermera de atención domiciliaria debe comprender los conceptos de cuidado paliativo de heridas para aliviar los síntomas con el objetivo de mejorar la calidad de vida. El cuidado paliativo de heridas generalmente se entiende como el cuidado de heridas proporcionado sin el objetivo de la curación completa de heridas.

Los cuidados paliativos y el cuidado paliativo de heridas no son exclusivos de los cuidados paliativos al final de la vida; más bien, los principios de cuidados paliativos se pueden aplicar a lo largo de la vida con un enfoque en el manejo de los síntomas y sin excluir la posibilidad de curación. Los objetivos están dirigidos

por el paciente y la familia y pueden diferir de los objetivos del equipo de atención.

En el protocolo paliativo, que puede compartir gran parte de las intervenciones con el objetivo de curación se priorizará:

- Manejo de síntomas: prevención del deterioro y estabilización de la herida, promoción de un entorno de la herida clínicamente limpio y protegido, minimización de infecciones y sepsis, control del dolor, olor y exudado excesivo, reducción de la frecuencia de cambios de apósitos, minimización del sangrado, prevención de trauma, manejo de la maceración y eliminación del prurito
- Bienestar Psicosocial: aliviar el temor relacionados con la enfermedad, promover la dignidad, respetar la autonomía y toma de decisiones, reducir la carga del cuidador, abordar la espiritualidad, minimizar el aislamiento social y el sentimiento de incertidumbre.
- Enfoque de equipo multidisciplinario que incluya la familia del paciente, enfermeras, médicos, terapias físicas y ocupacionales, dietistas-nutricionistas, psicólogos, otros según sea necesario

En la fase de planificación de los cuidados se debe preguntar:

¿Qué es lo que más le molesta de la herida? ¿Qué síntoma o síntomas tiene el mayor efecto en su bienestar diario?

La comunicación abierta es esencial para este abordaje, explorando los valores, preferencias y preocupaciones de los pacientes y sus cuidadores.

Intervenciones

Las intervenciones de enfermería respecto a los cuidados de pacientes con LCRD que recogen las fuentes utilizadas incluyen:

- Asesoramiento nutricional
- Apoyo al cuidador
- Apoyo espiritual
- Apoyo emocional
- Control de infecciones
- Cambio de posición
- Cuidados de las heridas
- Educación para la salud
- Enseñanza: ejercicio prescrito
- Establecimiento de objetivos comunes
- Gestión de los recursos económicos
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental
- Manejo de la nutrición
- Manejo del dolor
- Manejo de la eliminación intestinal
- Mejora del afrontamiento: Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente
- Prevención de las LCRD
- Colaboración con otros profesionales sanitarios

Cuidados de las heridas

En cuanto al cuidado local de la herida, una vez realizada la correcta evaluación y el diagnóstico etiológico la primera intervención será la eliminación de la causa de la LCRD. En el caso de la LPP, el alivio de la presión, en el caso de LESCAH se tiene que controlar la humedad y llevar a cabo el cuidado de la incontinencia si es la causante. El control de la fricción en caso de lesiones de esta etiología y el control del entorno y la protección de la piel para los DC. Una vez eliminada la causa, en la intervención de cura local se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Hemostasia y aproximación los bordes de la herida en caso de DC, no mover el colgajo en al menos 5 días para favorecer la adherencia, dejar espacio entre cada tira para facilitar el drenaje y evitar la tensión en los sitios de flexión o usar tiras hechas de una lámina de silicona. No se debe suturar y si el color de la piel o el colgajo es pálido u oscuro, evaluar en 24 a 48 horas o en el primer cambio de vendaje.
- Higiene con suero o limpiadores de heridas y desbridamiento de la lesión con uso de anestesia si precisa:

Recórtame todo lo que puedas, quítame todos los pellejos que puedas. Y yo. [5:52 ¶ 392 en 5](#)

Yo quiero que me limpie. Y limpiando se ven las cosas mejor. Claro. [5:53 ¶ 400 en 5](#)

Yo lo que quería y que me lo curara y que me quitara todos los pellejos y todo para que yo viera que yo limpio. [5:59 ¶ 484 en 5](#)

- Protección de la perilesión
- Elección correcta de apósitos de ambiente húmedo y vendajes
- Control de la infección

Me hicieron un cultivo [4:96 ¶ 488 en 2](#)

Y el antibiótico, los antibióticos y las curas [4:97 ¶ 488 en 2](#)

- Frecuencia de las curas adecuadas en función del exudado o infección, los materiales utilizados y los objetivos fijados de antemano.

- Otros tratamientos incluyen medidas antiedema como uso de vendajes compresivos o medias, diuréticos o elevación de las extremidades y tratamientos antibióticos y anticoagulantes.
- Tratamientos más avanzados incluyen uso de terapia de presión negativa, e intervenciones quirúrgicas como desbridamientos profundos o realización de injertos o colgajos.

Me abrieron los glúteos y me abrieron los glúteos.

Unieron más la carne y después lo cerraron [12:108](#)

[¶44 en 9](#)

Ejecución

Después de la fase de planificación, se implementan los cuidados en la práctica clínica siguiendo los protocolos locales y se registra el seguimiento en la historia clínica del paciente.

En entornos comunitarios y especialmente en el entorno domiciliario, el cuidado de heridas generalmente requiere una técnica limpia y no una técnica aséptica o estéril. Es imprescindible el uso de gel hidroalcohólico salvo que sea necesario el lavado de manos, para manos visiblemente sucias, que hayan estado en contacto con fluidos corporales. Si las manos se mantienen lo más limpias posible, la posibilidad de transmisión bacteriana es baja. Además, se debe hacer un uso adecuado del equipo de protección personal según la normativa.

Evaluación

Después del diagnóstico etiológico de la herida, se deben medir y documentar la longitud, el ancho y la profundidad en cada cura o como máximo en un período de 2 semanas para evaluar la cicatrización de heridas. Esta monitorización de la cicatrización se puede llevar a cabo mediante seguimiento fotográfico previo consentimiento del paciente. Si los objetivos no se han cumplido se debe actualizar el plan terapéutico y valorar la necesidad de derivación a otros profesionales en caso necesario.

C4. Gestión de los cuidados

Longitudinalidad

Se ha demostrado que los resultados mejoran cuando los pacientes son atendidos por los mismos profesionales, especialmente enfermeras. Es fundamental que se forme una relación de confianza entre el equipo de enfermería y el paciente; esto puede ser complicado cuando diferentes enfermeras realizan las curas.

Por lo tanto, es importante que un paciente reciba atención de manera continua por los mismos profesionales o equipo asistencial, aunque se debe explicar a los pacientes que, si bien diferentes enfermeras pueden realizar la pauta de la cura, en su historia se registra con detalle en las notas de los pacientes y se garantiza la coherencia.

Continuidad asistencial

La importancia de la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales es muy importante. Igualmente lo es la coordinación entre los sistemas públicos y privados para evitar duplicidades y mantener el liderazgo en la cura de heridas.

Esto se puede conseguir mediante informe de alta de curas, aunque en general la comunicación entre hospital y primaria es persona dependiente y no está estandarizado. También es importante la coordinación entre trabajo social sanitario (TSS) de hospital y atención primaria y otros servicios sociales.

Porque en el hospital me dieron un informe que llevé al Carmen. El Carmen me dio un informe que me llegaba al ambulatorio. [3:59 ¶ 209 en 1](#)

Y siempre me mandaba un informe para saber lo que tenían que hacer. [7:36 ¶ 310 en 7](#)

A veces es el propio paciente el que tiene que explicar que tiene heridas y qué tipo de curas se están llevando a cabo. La transición en la atención de la salud debería ser fluida e incorporar un plan de alta bien pensado y centrado en el paciente.

Comunicación

La comunicación entre los profesionales sanitarios es clave para promover las mejores prácticas en el cuidado de heridas. Algunos problemas identificados incluyen dificultades en la captación de pacientes en riesgo de LCRD al alta hospitalaria y el uso de comunicación no escrita para derivaciones entre profesionales.

También es importante la comunicación con el paciente que padece LCRD y comienza con la comunicación de la presencia de la herida ya que a veces los pacientes son dados de alta del hospital con una herida sin saberlo. Es importante por tanto la comunicación del diagnóstico como de la evolución.

También es necesario tener en cuenta el flujo de la comunicación del paciente y su familia hacia la enfermera y el sistema sanitario. A veces los pacientes dependientes están en programas especiales de gestión de casos y disponen de un teléfono directo.

La dependencia de los servicios comunitarios se hace más difícil para los pacientes cuando necesitaban hacer llamadas no planificadas a su equipo de enfermería por ejemplo por fuga de exudado. Los sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad surgen cuando los participantes percibieron problemas de comunicación entre los proveedores de atención.

Derivación

La derivación del paciente a otro profesional experto en heridas o a otro nivel asistencial ha de hacerse cuando las heridas no mejoran en el tiempo esperado a pesar del tratamiento óptimo o no se puede llegar a un diagnóstico etiológico certero.

Otro tipo de derivaciones incluye a profesionales de otras especialidades como trabajo social o nutrición que pueden llevarse a cabo cuando se detecte una necesidad que tiene que resolver otro profesional del equipo multidisciplinar.

Las personas que presentan LCRD y sospecha de infección precisan derivación a MFC para valoración y tratamiento de la infección. Los DC en las extremidades inferiores (EEII) que se cronifican o complican pueden precisar derivación a angiología y cirugía vascular (ACV) y otros tipos de LCRD pueden precisar intervenciones de cirugía plástica y reparadora (CPR).

El papel del TSS tiene que ver con la ayuda para la financiación de la medicación, los sistemas de alivio de la presión como colchones y cojines y sillas de ruedas. Hay profesionales de TSS tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario

Hubo una doctora que dijo que iba a hablar con la asistente social porque nos preguntó de nuestra situación e de la cama y todo. [4:44 ¶ 324 en 2](#)

Yo creo que la asistente social, o sea todo desde que, salido del hospital, ha sido una ayuda. Todo, todo ha sido una ayuda porque no pagamos la medicina, por suerte no pagamos nada ni pañales. [4:251 ¶ 1234 en 2](#)

La asistente social me aplicó algo de para que la de coste de las medicinas sea a coste cero y sea todo por receta. [4:254 ¶ 1246 en 2](#)

Menos mal que la trabajadora social sí que me ayudó nada más salir del hospital e incluso en el hospital mismo me ayudó. [4:392 ¶ 1294 en 2](#)

La figura de la enfermera experta en heridas está presente tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario. Se le consulta para una primera valoración o seguimiento de un paciente conocido. Es el profesional de referencia en heridas complejas y marca las pautas de curas y coordina con los demás servicios

En el entorno de atención domiciliaria, la EPA en HCC generalmente actúa como consultora, utilizando sus conocimientos, habilidades y experiencia para establecer un plan integral de atención para los pacientes con heridas.

Material sanitario

El material sanitario es tanto los medicamentos para las patologías crónicas que causan la dependencia como los materiales para la cura de heridas locales o sistémicos.

Por lo general, los pacientes con dependencia suelen tener financiación de los materiales cuando se trata de dependencia de carácter permanente, sin embargo, las personas que presentan dependencia temporal suelen tener que amortizar una cantidad del total del coste de los productos sanitarios.

El material de curas puede ser un problema en Atención Primaria ya que a veces no todos los materiales que se le indican al paciente están disponibles, a menudo el cuidador lo tiene que aportar de la farmacia o incluso del hospital.

5.2 Situación de dependencia

La dependencia es la situación en que la persona requiere ayuda de un tercero y es el motivo por el que el paciente ha desarrollado la LCRD. Ésta puede ser causada por diferentes situaciones agudas o crónicas y puede ser temporal o permanente. El inicio puede ser de manera gradual o repentina. A veces esta dependencia puede estar relacionada con la discapacidad o con una enfermedad o el propio envejecimiento. Hay diferentes grados de dependencia según el reconocimiento gubernamental.

D1. Causa de la dependencia

Accidentes

En el contexto de los pacientes con LCRD los accidentes pueden considerarse como:

La causa de la dependencia (como la LM que causa dependencia permanente, o roturas óseas que conllevan dependencia temporal):

Un golpe fuerte. Llevaba un casco que se partió, pero se me quedó enganchado (...) Hasta aquí, que fue lo que se partió, el cuerpo se me quedó, la mayoría del cuerpo sin sensibilidad [11:313 ¶88 en 6](#)

Accidentes que sufren personas dependientes que ocurren en domicilios o en la vía pública que pueden ser causantes etiológicos de lesiones:

Me caí y daba la casualidad de que no había nadie (...) menos mal que llamé a mi hijo para que viniera la ambulancia y me llevara y estaba aquello lleno de sangre [9:57 ¶388 en 4](#)

Accidentes inadvertidos en lesionados medulares que pueden causar heridas (quemaduras, fricción, humedad...).

Pues me acerqué al guía y digo: Oye, me huele a fuego, tío. Bueno, estará haciendo la barbacoa por aquí al lado y tal (...) y cuando me di cuenta que era mi pie lo que se estaba quemando [10:147 ¶ 370 en 10](#)

El accidente que causa la dependencia suele ocurrir en el entorno laboral o en el contexto del ocio. Supone un antes y un después en la vida. Es importante tener en cuenta el contexto donde ocurre el accidente para valorar el alcance de sus consecuencias, como por ejemplo durante la pandemia, donde los pacientes no podían recibir visitas.

Ya la columna se había roto. ¿Entiendes? La médula ya se había roto. Ya eso, eso es como si fuera una gomita de un cable que te da corriente al partirla. Ya está, no hay luz para acá, pero acá arriba sigue habiendo luz corriente. Es lo mismo. (...) ¿Me entiende? Y él cogió y me cargó. Me sacó el coche y le dije sácame de aquí porque el coche está empezando a coger fuego y sácame de aquí. Prefiero morir afuera para no morir quemado y me sacó.12:207 ¶ 1080 en Jesús

Lesión medular

El tipo específico que causa LM a veces conlleva la incapacidad permanente y normalmente se asocia con problemas legales, abogados, juicios e indemnizaciones. A veces conlleva la pérdida de otras personas en el accidente y puede haber o no recuerdos.

Sí, sí. Incluso me dijo. Incluso me dijo. Oye, tranquila, ¿qué puede ser? ¿Que no camine más? Ya caminé 38 años. Ahora estoy sentado. Por lo menos estoy vivo. [12:67 ¶ 1068 en 9](#)

Parecía un tentetieso. Claro, un tentetieso. Los muñecos que van por todos lados, pero que no se caen. Así parecía ... ¿Qué es lo que pasa? Que cuando el accidente, cuando él choca, yo me aturdí, estaba aturdido. Entonces, claro, de repente digo: hostia, no pasó nada, no sentí ni dolor ni nada. No he sentido dolor ninguno. Yo hostia qué extraño. Mire así para adelante. Las luces empezaron, las luces de los coches empezaron a deslumbrarnos. (...) Este pie lo tenía aquí y este. Cuando miro para el otro lado, este lo tenía aquí. Estaba doblado. Tenía los dos pies aquí, pero esto pegado aquí... Partido. He estado como doblado. Sí, ya al momento la primera palabra que me salió al lado fue decir: hijo de puta, me dejaste inválido. Ya yo sabía ya que yo no iba a caminar. Fíjate. ¿Por qué? Porque no es normal que yo no sienta ningún dolor y que tenga los pies aquí. Claro, y sin dolor. 12:208 ¶ 1076 en 9

La LM es una causa de dependencia normalmente de origen traumático. Estos pacientes pueden padecer LCRD por la afectación neurológica que les impide sentir las molestias que normalmente provocan el reposicionamiento además de las largas horas en silla o cama. Además, en los lesionados medulares se dan sensaciones extrañas neurológicas en las EEII.

Pues como un espasmo. Yo me toco por aquí al lado de esto cuando me la estuve curando un poco, pues el dedo. [11:190 ¶ 380 en 6](#)

En algunos casos la necesidad de eliminación está cubierta mediante sondajes vesicales, pero se intenta que no sea así para evitar las infecciones y deben ser sondajes intermitentes. Si no es el caso, puede haber riesgo de lesiones por humedad al no percibir la micción.

D2. Adaptación a la dependencia

Cada persona afronta la situación de dependencia de manera única. La adaptación a esta nueva realidad puede implicar la necesidad de apoyo psicológico, modificaciones en el entorno, estrategias de afrontamiento familiar y ajustes en la rutina diaria.

Un factor determinante en este proceso es la duración de la dependencia. En los casos de dependencia permanente, algunas personas desarrollan un enfoque centrado en sus capacidades, destacando que es posible disfrutar de la vida a pesar de las limitaciones. No obstante, se enfrentan a desafíos como vivir solos, las transferencias, el acceso al transporte público y la accesibilidad en general.

¿Qué puedo hacer yo? Yo, para no crear falsas esperanzas. Yo lo primero que le dije a la doctora fue porque tenía mucha confianza con la doctora. Le dije. Esto es temporal. Lo que tengo. ¿Alguna esperanza de caminar? Porque si tenía alguna esperanza de caminar y hacer todo lo posible por recuperarme y caminar. ¿Me entiende? Porque tengo esa fuerza de voluntad. Pero me dijo: No, no tienes 99,9%. Sí, y además es una lesión completa. Tú ni sientes ni mueves. Es completo. [12:53 ¶940 en 9](#)

Además, la situación económica juega un papel clave en la adaptación. Según la causa de la dependencia, pueden existir indemnizaciones asociadas, especialmente si el origen del accidente está vinculado al ámbito laboral o al ocio. Estos recursos pueden facilitar la adquisición de apoyos técnicos, adaptaciones en el hogar o acceso a servicios especializados, impactando directamente en la calidad de vida de la persona dependiente.

La dependencia es un concepto dinámico y puede en sí misma variar según lo hace la situación del paciente, percibiéndose más dependiente en determinadas circunstancias como las relacionadas con problemas de salud.

Cuando me pasa algo ya dependo [12:184 ¶ 768 en 9](#)

Aceptación

La aceptación de la nueva realidad es un proceso importante en la adaptación a la dependencia. Implica reconocer los cambios corporales, asumir las limitaciones y encontrar un nuevo equilibrio en la vida. Para algunas personas, esto significa entender que la situación es inevitable y que deben hacerse cargo de ella y asumirla como parte de su experiencia. Otras personas encuentran en la aceptación una vía para la resiliencia y el bienestar, valorando lo que aún tienen y buscando sentido dentro de sus circunstancias. Además, la aceptación no implica resignación, sino un ajuste emocional que permite continuar con la vida desde una nueva perspectiva.

Es mi cuerpo y tengo que aceptarme tal [4:260 ¶ 1320 en 2](#)

Es algo, es algo que me toca pasar y es algo que tengo que asumirlo. [4:307 ¶ 442 en 2](#)

Soy feliz con lo que tengo y como estoy. ¿Que me podía haber quedado peor? Bueno, esta es la cruz que me ha tocado. No me queda otra que vivir con ella. [10:134 ¶ 468 en 10](#)

Bueno, sí, yo ahí, por ahí no tengo problema, Ya sé lo que tengo y sé lo que tengo que hacer. Lo acepto como como está. Salgo pues ya te digo, lo que puedo. [11:304 ¶ 536 en 6](#)

Soy autónomo hasta que me pasa algo. [12:183 ¶ 764 en 9](#)

*Me hubiese gustado depender de mí mismo, [4:185](#)
[¶916 en 2](#)*

Al menos puedo mirar, puedo ver la tele. Hay personas que no pueden ni ver la tele, que están en coma. [4:195](#) [¶936 en 2](#)

Rehabilitación

La rehabilitación puede desempeñar un papel fundamental tanto en la recuperación de una situación de dependencia temporal como en las fases iniciales de una dependencia permanente. En casos como accidentes que provocan LM o el agravamiento de enfermedades crónicas, la rehabilitación facilita la adaptación funcional y mejora la calidad de vida. El seguimiento de la patología que origina la dependencia es llevado a cabo por los servicios de APC y otros especialistas, incluyendo unidades de referencia en LM, ACV y CPR.

Estuve, pues, unos dos meses, unos dos meses en el Valle Hebrón y de allí pues ya me pasaron aquí a la Guttman [11:296](#) [¶80 en 6](#)

Ya yo estaba muy avanzado desde el principio me adapté muy bien a la silla y lo hice todo. Sí, sí, claro. Ya lo sabía todo [12:10](#) [¶210 en 9](#)

Por ejemplo, cuando te van rehabilitando te tienen pues saliéndote y llevándote, te traen a casa en ambulancia. A lo mejor empiezas con cuatro días que vas yendo. Luego, según van pasando los días, ya tres días que te traen te llevan para verlo ya. Tres días, dos días, un día. Y así te va. Te va hasta que ya pues ya te dejan, dice bueno, pues ya está. Cuando ya has pasado un tiempo, ya te dejan en casa y ya entonces espabílate [11:153](#) [¶116 en 6](#)

Accesibilidad

Cuando la dependencia conlleva el uso de silla de ruedas, en ocasiones requiere adaptaciones en el hogar.

Todas estas puertas, todas estas son muchas más grandes. Si te das cuenta, las puertas no tienen la medida normal y no tienen las otras que había. Las medidas eran estas son. Claro, esto ya se adaptó todo, todo lo que son las para entrar a la habitación y eso las puertas más anchas. [11:158 ¶ 196 en 6](#)

Tres tiradores que me han puesto. [5:77 ¶ 578 en 5](#)

Me tienen que llevar en cargas. Cuando voy a una ambulancia, me carga cuando mis padres tengo que ir a algún sitio me bajan en esta silla que tienen que hacer, que te tienen que hacer, me tienen que levantar para bajar porque es una silla oruga, pero está dañada. [4:277 ¶ 108 en 2](#)

El transporte público también puede convertirse en un reto para la persona con dependencia puesto que algunos autobuses no están preparados y algunos conductores no colaboran:

Eso sí, claro, con autobús, que luego sea un poco la persona que va con el autobús que te quiera coger (...) el conductor tiene que sacar la rampa, aparte de que el autobús debe tener el espacio de altura para que pueda poner la rampa y yo por la rampa sí que puedo subirme. Pues tienes el problema, que a la mejor el chófer que vaya pues no tenga ganas de bajarse y sacarte la rampa. [11:301 ¶ 184 en 6](#)

El transporte privado requiere de adaptaciones en el vehículo y renovación del carné de conducir:

Porque también estuve en lo del carné, carné de conducir. Yo conducía, entonces me lo valoré. Cuando llegué aquí tuve unas prácticas, me hicieron las pruebas, todo muy bien. Bueno, con un ya automático que tienes que coger. Pero luego, con el tiempo, mientras que se pidió, pedí un vehículo y hasta que lo tenían como estaba lo de la pandemia tardaba mucho en entregarlo. [11:154 ¶132 en 6](#)

Las actividades recreativas por su parte también precisan ajustes:

Estaba la Cruz Roja y entonces tenían como una especie de coche con unas ruedas muy grandes que es como un flotador grande que te acercaban hasta el agua, te metía con eso hasta dentro del agua. Entonces tú una vez dentro del agua, yo ya me salía del cochecito ese y ya me ponía en un salvavidas. Aparte que compré un chaleco que te lo pones y no te hundes tampoco. Un chaleco de esos compré en Decathlon que es para ponértelo y no te hundes. No te hundes, te pones así para arriba y no te hundes. Pero aparte también llevaba un salvavidas. Y entonces. Para nadar, Para mover los brazos. Entonces los pies. Bueno, pues estabas que no estabas. Una posición recta. [11:105 ¶888 en 6](#)

D3. Cuidadoras

Las personas con LCRD requieren asistencia continua por parte de cuidadores. Existen distintos tipos de cuidadores: algunos son miembros de la familia, mientras que otros son cuidadores asalariados. Sin embargo, en algunos casos, estas personas dependientes también asumen la responsabilidad del cuidado de otros con mayor grado de dependencia.

Es común que se establezca un cuidador principal, aunque en algunas familias se distribuyen las tareas de manera organizada. A menudo se delega en las cuidadoras la responsabilidad del manejo de heridas y otras tareas como el aseo personal y la ayuda en las actividades diarias. Además, las cuidadoras suelen actuar como interlocutoras con el sistema sanitario.

Formación

El nivel de conocimientos y experiencia de las cuidadoras es heterogéneo, ya que se trata de un sector con condiciones laborales precarias y una formación variable.

Además de la atención al paciente dependiente, muchas de ellas asumen también las tareas del hogar. El nivel educativo de los cuidadores también influye en su participación en el proceso de atención y un bajo nivel de formación puede dificultar su implicación.

Por ello los profesionales sanitarios deben integrar a los pacientes y a sus cuidadores informales en el proceso, proporcionando información sobre el manejo de heridas en el domicilio. Los cuidadores deben recibir formación al menos sobre material de curas y cómo abordar los síntomas relacionados con las lesiones.

Impacto

El cuidado de una persona dependiente puede generar una carga física y emocional importante. Además, las relaciones entre cuidadores y familiares no son fáciles y pueden provocar conflictos, sobre todo si la cuidadora pertenece a

la familia. El impacto emocional que el cuidado tiene sobre los cuidadores es variable: algunos describen la experiencia como estresante o agobiante, mientras que otros encuentran su labor positiva y satisfactoria.

Planificación

En los pacientes con dependencia permanente, especialmente en los más jóvenes, es fundamental la planificación del futuro, considerando la posibilidad de que sobrevivan a sus cuidadores principales.

La planificación del futuro es una preocupación recurrente, especialmente cuando las cuidadoras son madres o personas mayores que podrían no estar disponibles para seguir cuidando.

Es que yo les digo que nosotros el día de mañana no vamos a estar. Y él tiene que mirar qué va a ser de su futuro, qué va a hacer cuando nosotros. [4:157 ¶816 en 2](#)

Pero si no, no, entonces, claro, yo digo que él mire para futuro. ¿Qué va a hacer? ¿Si nosotros no estamos? Es porque no vamos a estar siempre. [4:158 ¶824 en 2](#)

Claro, yo dependo de alguien para que me cure la herida. Ahora mismo tengo a mi señora que tiene 80 años y que en vez de estar por mí, tiene que estar en su casa o descansando o viendo la tele. [10:64 ¶962 en 10](#)

Entonces. Mi hija, la pequeña. Así, hablando en que. A ver, yo sé que yo a lo mejor me moriré antes que él. Pero a Dios le pido que no, que nos muramos los dos el mismo día, no el mismo día, uno detrás de otro. [10:144 ¶692 en 10](#)

D4. Prevención LCRD

La prevención es el pilar fundamental de la atención comunitaria a las LCRD. Sin embargo, el entorno domiciliario puede ser complicado debido a la influencia de múltiples factores que no dependen de la intervención enfermera y pueden afectar a su efectividad.

En el abordaje preventivo de las LCRD, la enfermera, tras una evaluación integral del estado de la piel, las condiciones generales del paciente y el entorno domiciliario, debe ofrecer formación al paciente y sus cuidadores sobre el cuidado de la piel, el alivio de la presión y la prevención de riesgos, aunque la ejecución de estos cuidados recaerá en el paciente y su entorno.

La prevención puede dirigirse a diferentes escenarios:

- Pacientes en situación de dependencia sin heridas: en estos casos, la prevención debe iniciarse desde el momento en que se instaura la dependencia, con medidas orientadas a evitar el desarrollo de lesiones.
- Pacientes con una LCRD activa: la prioridad es prevenir la aparición de nuevas lesiones, especialmente cuando se realizan cambios posturales que puedan generar presión en otras zonas del cuerpo.
- Pacientes con heridas cicatrizadas: el objetivo es evitar la recidiva en el tejido cicatricial, dado su fragilidad y mayor riesgo de ulceración.

Cuidados de la piel

Mantener la piel en condiciones óptimas es fundamental para prevenir daños y favorecer su integridad. Para ello se recomienda formar a los pacientes y sus cuidadores en las siguientes medidas:

Higiene

- Limitar la frecuencia de duchas para evitar la deshidratación a una o dos veces por semana
- Evitar el uso excesivo de jabón y el frotado vigoroso con toallas

- Utilizar jabones sin perfumes ni conservantes y evitar los jabones antibacterianos o desodorantes o limpiadores con alcohol
- Mantener un adecuado cuidado de uñas, recortándolas o limándolas según sea necesario

Protección e hidratación de la piel

- Usar ropa protectora, como mangas largas y pantalones
- Evitar el uso de adhesivos en pieles frágiles
- Aplicar productos emolientes y cremas humectantes diariamente
- Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)
- Utilizar productos de barrera en pieles sensibles o expuestas a factores de riesgo.
- Evitar la fricción en las transferencias
- Uso de apósitos protectores en zonas de presión o riesgo

*Tengo que tener cuidado, los talones, las ingles a veces se le hacen como si fueran cortes, pero bueno, todo atrás también aquí que ha visto que lleva otro parche que se lo pongo por precaución, [10:125 ¶60](#)
[en 10](#)*

Protección solar

- Aplicar protector solar con factor de protección 30 o superior en las áreas expuestas 30 minutos antes de la exposición y reaplicar cada 2 horas
- Evitar la exposición al sol entre las 10 y las 16 horas
- Utilizar sombreros de ala ancha y gafas de sol con filtro UV que protejan piel y ojos

Alivio de la presión

En cuanto al alivio de la presión se tiene que enseñar al paciente y a su cuidador cómo ha de posicionarse, girar y redistribuir el peso corporal para prevenir la aparición de LCRD. Los profesionales de la salud deben también demostrar en el domicilio las técnicas de movilización, manipulación y tracción.

A pesar de la disponibilidad de SEMP, solo un tercio de los pacientes los utilizan según las recomendaciones. Para mejorar su efectividad, es necesario realizar una evaluación periódica de su uso.

El éxito en el uso de los SEMP depende no solo de su prescripción correcta, sino también de la educación al paciente y del cuidador y de su participación en la toma de decisiones sobre la modificación o suspensión de su uso.

Evitar riesgos

El hogar puede representar un entorno de riesgo para personas dependientes, por lo que todos los cuidadores y pacientes deben estar formados en medidas preventivas y en estrategias para su manejo. Se recomienda:

- Proteger superficies duras de los muebles para evitar lesiones en zonas vulnerables de la piel
- Usar mangas largas, coderas y perneras para proporcionar una barrera adicional a la piel frágil
- Prevenir caídas y golpes contra muebles o elementos del hogar

¡Porque mira, me levanté y pum! De boca, ni resbalar ni nada. ¿Es sin mover los pies, ¿eh? Los pies puestos y el porrazo que me pegué [7:215 ¶ 594 en 7](#)

Me fui a sentar en la silla de la cama a la silla. Pongo los pies. Hago así para pasarme de la cama para

aquí. No sé cómo se me fue el cuerpo. Pam. Acabé en el suelo, [11:239 ¶632 en 6](#)

- Considerar la nicturia y la urgencia miccional nocturna, que aumentan la probabilidad de caídas durante la noche.

Todavía no me he dormido. Ya tengo ganas de orinar. Yo no dormía pa allá. Aquí hay un. En la mesita tengo un cristal y luego un espacio Aquí, me parece aquí. Aquí he puesto cosas. Pues me me me. Y me senté. No me moví. Llamé al amigo, a mi hijo. Se levantó corriendo. No te muevas, no te muevas. Y me cogió así porque a lo mejor tiene algún cristal pegado aquí. O estás clavado o. No. No, no, no me duele. Menos mal. Uff, que no me rompió, pero con todo el culo ahí puesto. [9:75 ¶580 en 4](#)

- Valorar el uso de la teleasistencia

Este servicio consiste en un dispositivo como reloj o medalla, que el paciente lleva y que al presionarlo activa un altavoz desde el que un operador de una empresa de servicios sociales contacta con el domicilio. En caso de emergencia, como una caída o accidente, el servicio activa los recursos necesarios.

Fue cuando me pusieron la medalla [9:56 ¶384 en 4](#)

De manera proactiva, los profesionales de teleasistencia también realizan llamadas a los usuarios, proporcionando compañía y apoyo, e incluso felicitándolos en fechas especiales.

*¿Me llaman para felicitarme cuando mi santo, mi cumpleaños algo O para preguntar cómo estoy?
¿Sabes? Pero yo no. [5:63 ¶506 en 5](#)*

5.3 Progresión de la cicatrización

La progresión de la cicatrización se refiere al avance de los tejidos hacia la epitelización completa. Para monitorizar este proceso, existen diferentes escalas que permiten evaluar la evolución de la herida a lo largo del tiempo. Los principales parámetros de seguimiento que destacan los participantes son la disminución del tamaño (reducción de la superficie y la profundidad de la herida) y la velocidad de avance hasta la epitelización completa.

La monitorización de la cicatrización es una preocupación constante en los pacientes:

Aquello no se curaba [3:8 ¶37 en 1](#)

*Eso sí, pero que se iban a quedar para siempre, no.
[3:129 ¶583 en 1](#)*

*Y después de eso se me se me empezó a expandir.
[4:28 ¶282 en 2](#)*

Fue mejorando. Se me curó muy rápido [4:67 ¶412 en 2](#)

Que veo que avanza, pero a veces se queda estancado [4:68 ¶416 en 2](#)

En cambio, la del sacro avanzó, no se paró, [4:69 ¶416 en 2](#)

Que no, que no se cura [4:74 ¶430 en 2](#)

P1. Inicio de la herida

Etiología

Las LCRD tienen cuatro factores causales principales, cuya combinación puede dar lugar hasta nueve tipos diferentes de heridas. Además, el tiempo de exposición es un factor determinante que, junto con la etiología subyacente, influye directamente en la aparición y evolución de la lesión.

Aparte del daño por presión y fricción, las LCRD pueden tener un origen traumático, como ocurre en los desgarros cutáneos, donde la fragilidad de la piel juega un papel clave.

Comprender la etiología de la lesión es fundamental para prevenir la formación de nuevas heridas, evitar la progresión de lesiones ya existentes y descartar otras causas subyacentes que puedan estar contribuyendo al daño tisular.

Detección de la herida

El reconocimiento de una herida no siempre ocurre tras un diagnóstico formal por parte de un profesional sanitario. En muchos casos, los pacientes se percatan de la lesión al descubrir un apósito colocado en alguna parte del cuerpo tras recibir el alta hospitalaria, al notar la herida al tocarse la piel durante la higiene o la autoexploración, observar manchas de sangre o exudado o experimentar molestias o dolor en la zona afectada.

También puede que, durante un ingreso hospitalario, la herida pase desapercibida incluso para los profesionales de la salud.

En ocasiones, la lesión ya es de gran tamaño cuando el paciente o su entorno la identifican. En otros casos, es el personal de enfermería quien detecta la herida de manera incidental, por ejemplo, durante la administración de medicación intramuscular.

Yo no sabía ni que salían heridas, [4:17 ¶ 184 en 2](#)

*Pero en hospital no se habían dado cuenta [4:31 ¶ 290](#)
[en 2](#)*

*Ahora ya no me ponía una inyección de vitaminas y
ahí es cuando. Se dio cuenta. Me dijo y ahí me vio.
Me empezó a poner aceite. [4:33 ¶ 290 en 2](#)*

Las primeras curas suelen ser realizadas por el propio paciente o por personas no profesionales, utilizando los materiales disponibles en el domicilio. Estos pueden incluir antisépticos, pomadas, apósitos, vendajes de episodios previos o incluso materiales de otras personas. El inicio del tratamiento profesional ocurre cuando el paciente o su familia contactan con la enfermera de APC o acuden a otro servicio de urgencias.

En muchos casos, la herida no se percibe inicialmente como un problema grave. Se asume que evolucionará como una lesión aguda y que curará rápidamente, sin considerar la posibilidad de que se convierta en una herida crónica. Este desconocimiento puede retrasar la búsqueda de atención especializada e influye en el pronóstico y en la complejidad del tratamiento.

P2. Características de la herida

Entre los aspectos más relevantes de la lesión se encuentran:

- Duración de la herida
- Tipo de LCRD
- Categoría de la lesión
- Tamaño de la herida
- Tipo de tejido en el lecho y piel perilesional
- Signos de infección
- Exudado

P3. Factores que afectan a la cicatrización

La curación de una herida no es un proceso lineal y puede haber períodos de avance rápido, fases de estancamiento e incluso retrocesos. Existen múltiples factores que pueden influir en la progresión de la cicatrización y en el riesgo de recidiva, los cuales pueden clasificarse en factores internos (propios del paciente) y factores externos (relacionados con los cuidados).

Factores Internos

- Enfermedades sistémicas como la diabetes, la artritis reumatoide, la enfermedad arterial coronaria, la neuropatía periférica y el edema pueden retrasar la cicatrización
- Malnutrición: la falta de proteínas, energía y micronutrientes puede limitar la regeneración de tejido
- Tabaquismo y otros hábitos tóxicos: se considera un factor negativo en la cicatrización y su cesación puede mejorar la evolución de la herida
- Estrés y salud mental: los problemas psicológicos pueden afectar la adherencia al tratamiento y la capacidad de recuperación
- Impacto del envejecimiento: el envejecimiento ralentiza la regeneración tisular

Factores Externos

- Manejo del factor etiológico: eliminar o disminuir el elemento causal
- Cuidados de la herida: uso adecuado de apósitos y terapias avanzadas
- Medicamentos: algunos fármacos como esteroides e inmunosupresores pueden retardar la cicatrización
- Hospitalización: durante la hospitalización, la evolución de la cicatrización puede acelerarse, detenerse o incluso invertirse, dependiendo de la estabilidad clínica del paciente, la calidad de los cuidados y la presencia de complicaciones

P4. Complicaciones

Algunas LCRD sin pérdida inicial de integridad cutánea pueden evolucionar desfavorablemente y terminar presentándola, lo que aumenta el riesgo de complicaciones.

Las heridas pueden presentar diversas complicaciones que afectan su evolución, entre ellas:

- Aumento del tamaño de la lesión, dificultando su cierre.
- Infección, que puede retrasar la cicatrización y aumentar el riesgo de complicaciones sistémicas.

*Sí, porque creo que se me infectó. Se me infectó, creo. Y sí, tomaba antibióticos. Yo como no sentía. Pero sí tome antibiótico. Un tiempo, un mes, creo. Y luego ya. [4:298 ¶372 en 2](#)
A cada momento tenía infectado [7:51 ¶438 en 7](#)
La infección que tenía por dentro. [9:36 ¶244 en 4](#)*

- Exudado elevado, que puede macerar la piel circundante y favorecer la proliferación bacteriana.
- Hemorragia, que indica fragilidad tisular o problemas vasculares subyacentes.

Me empezó a salir sangre como una fuente de estas que van saliendo [9:11 ¶84 en 4](#)

- Olor desagradable, asociado a la presencia de necrosis o carga bacteriana elevada.

Dentro de las posibles causas que generan complicaciones de las LCRD se encuentra el empeoramiento de la patología subyacente como la arteriopatía, que compromete la circulación y dificultan la cicatrización y la baja adherencia al

tratamiento pautado como el uso de SEMP o la terapia compresiva, ésta última piedra angular en el tratamiento de determinadas heridas con componente vascular. Para mejorar la aceptación y cumplimiento del tratamiento se recomienda personalizar los tratamientos y adaptarse a las necesidades y características individuales del paciente.

El ingreso hospitalario de pacientes LCRD también puede ser un reto especialmente en caso de LM. No todos los hospitales cuentan con formación específica en LM, lo que puede llevar a una atención insuficiente en la prevención y tratamiento de las LCRD y otras complicaciones relacionadas. En general, los pacientes con heridas crónicas no suelen tener experiencias positivas durante sus hospitalizaciones. Refieren que, aunque reciben cuidados generales adecuados, no se hace el suficiente énfasis en la gestión de sus heridas. Esto puede deberse a:

- Falta de formación especializada en LCRD y SEMP

Se lo explicaba porque no sé, tiene gente que no está muy preparada para estas. [11:203 ¶424 en 6](#)

- Falta de medidas de alivio de la presión: no siempre se dispone de colchones adecuados ni se realizan cambios posturales con la frecuencia necesaria, especialmente en los servicios de urgencias

Allí te ponen una camilla de la que hay y punto. [11:202 ¶420 en 6](#)

Camilla de estas de las que te ponen, así que no te puede ni girar [11:207 ¶432 en 6](#)

- Desconocimiento del historial del paciente: en muchos casos son los propios pacientes quienes deben informar sobre su historial de LCRD y solicitar el uso de SEMP

Pero todo empezó porque en el hospital la parte que no tenía colchón de este no se dieron cuenta de que yo tenía ya una úlcera y no entiendo como no se dieron cuenta si me duchaban cada día me veían cada día [4:36 ¶294 en 2](#)

Si tengo que volver a estar ingresado. Yo diré que. Cuando estuve la última vez, me salió una úlcera en el sacro. No quiero que me pase otra vez. Yo, como soy una persona dependiente y minusválida, yo necesito un colchón. ¿Cómo se llama? Antiescaras. Yo. Lo siento mucho. Es que es así. Yo no me voy a poner mal otra vez. Por qué no tengo un colchón y porque no a la hora de que me haga la limpieza y todo eso no me hayan visto, porque evidentemente yo cuando me hacían pieza me tenían que haber visto porque no sé, digo yo. [4:310 ¶476 en 2](#)

5.4 Vivencia individual

V1. Actitud del paciente

En general los pacientes con LCRD intentan mantener el estado de ánimo y muestran confianza y gratitud hacia los profesionales sanitarios que les cuidan. Su acción va dirigida hacia las intervenciones necesarias para la curación, ya que este suele ser su objetivo principal. Este objetivo se consigue a través de una actitud optimista, resistente y con mucha voluntad. Sin embargo, hay momentos de descontento y de falta de motivación. En ocasiones se comparan con personas que están en la misma situación que ellos.

Experiencia previa

La experiencia previa es importante para el afrontamiento de la persona con heridas. Cuando hablamos de experiencia previa nos referimos tanto a la experiencia personal que haya tenido la persona con LCRD como a las experiencias de terceras personas conocidas por estas. Estas experiencias generan creencias y expectativas en los pacientes.

Esperanza en la curación

La esperanza en la curación y cicatrización suele estar presente en los pacientes. Esto motiva la acción de los pacientes hacia la búsqueda de soluciones y/o otros especialistas. Esta esperanza aumenta según lo hace la evolución favorable de la lesión.

Y la obligación de cada día o cada tres veces en semana al ambulatorio a curarte, que te pasas ahí ya el rato mientras esperas. [1:234 ¶915 en GF1.docx](#)

I la gente se vuelve muy observadora de cómo curas tú o como curo yo y no se fían [1:245 ¶984 en GF1.docx](#)

¿Y luego y luego no te dicen me ha curado una que yo no sé si es enfermera o que es o es o es o es

veterinaria o qué es? ¿Eso te lo han dicho? Muchas veces, te lo dicen... [1:246 ¶987 en GF1.docx](#)

Yo creo que crear una dependencia, una necesidad de tener un contacto con el sistema sanitario y eso y eso que hace que a lo mejor no hagan todo lo posible para curarse o que provoque o que hagan indicios para crear otra herida para seguir teniendo contacto, pero es que yo lo he aprendido de ellas [2:114 ¶800 en GF2.docx](#)

Pues no cogió la esponja y empezó a frotar en toda la pierna. Claro, al día siguiente la cuidadora, su mujer y al día siguiente toda la pierna abierta de nuevo [2:119 ¶841 en GF2.docx](#)

¿A mí me decían dejar de fumar y yo cuando tú le dices a alguien deja de fumar, no va a dejar de fumar porque es un vicio, me entiendes? Tienes que tener tú la fuerza de voluntad en ese momento. Ya me cansé ya de tanto estar en la cama, de tanto que nos encerraron y voy a dejar de fumar. [12:33 ¶624 en 9](#)

Sí, bueno, cuando estás tienes momentos de preguntar Oye, ¿pero por qué? Pero es que después recapacitas y lo entiendes, porque yo he estado viviendo hasta los 70 años, 77 estupendamente bien, mientras los otros estaban muy enfermos de diferentes cosas y ahora otros viven bien y a mí me toca esto. Bueno, pues me ha tocado no, porque no hay ningún. ¿Por qué? Te ha tocado [3:165 ¶297 en 1](#)

Adherencia al tratamiento

La actitud del paciente suele ser hacia la adherencia a los tratamientos pautados. En algunas ocasiones el cumplimiento de las pautas se pone en riesgo, especialmente con la terapia compresiva, por el malestar que puede generar en los pacientes o cuando las LCRD ocurren en pacientes con LM y no están acompañadas de sensaciones como el dolor, situación que impide detectar la necesidad de prestar atención a la herida.

Satisfacción cuidados

La satisfacción con los cuidados al paciente con heridas se refiere a la satisfacción por parte del paciente respecto a las curas recibidas. Aquí destaca la vivencia de la actuación profesional ante no mejoría: si el profesional deriva al paciente a otro centro/profesional más especializado se vive como una buena actuación:

Yo personalmente creo que si una persona te está tratando tantos años y no ves que mejore, tendrían que haber hecho otra cosa. [8:25 ¶ 374 en 8](#)

No le hacían bien el tratamiento, porque cinco años tratándola y no notó ninguna mejora y una persona en cuatro días le cura. [8:15 ¶ 172 en 8](#)

A veces es el propio paciente el que tiene que decir que tiene heridas ante un ingreso hospitalario incluso explicar el tratamiento si le atiende un profesional diferente al suyo

Y yo le tenía que explicar cómo estaba y lo que tenía [11:205 ¶ 428 en 6](#)

Fuera de la APC y especialmente en la atención hospitalaria, la herida no suele ser el foco principal para los profesionales

Además, puede darse una mala gestión del dolor lo que conlleva sentimientos fuertes de rechazo ante el profesional y el paciente puede tener percepción de curas incorrectas ante la no tendencia a la cicatrización.

Los pacientes suelen preferir que sus enfermeras de referencia les realicen la cura

Si yo tengo que escoger una enfermera para que me venga a hacer cualquier tipo de cura, escojo a María.

[4:205 ¶984 en 2](#)

Los pacientes son capaces de describir los elementos satisfacción:

Lo primero que notas es que están haciendo algo con ilusión. Ves que disfrutan y piensas cómo disfrutar con una mierda como esta tan grande. Pero los ves que tienen las ganas estas, que están haciendo algo que con ellos lo están disfrutando y les está gustando. Entonces ya de entrada ya esto te da una confianza. Que han sido muy prudentes muy prudentes al manipularme la llaga, la úlcera con el bisturí o las pinzas, muy cuidadosos... [4:205 ¶984 en 0](#)

Aprendizaje de la experiencia

El hecho de padecer una LCRD es una experiencia que genera unos aprendizajes tanto en el paciente como en los cuidadores. Son aprendizajes en general para el futuro, para evitar lesiones y aprendizaje sobre cómo cuidarlas.

Yo tengo mi madre y si por ahora se enferma y me toca, pues ya se. Si, si yo no como que todo lo que he hecho es que aprendí y me sirve de mucho [4:60 ¶392 en 2](#)

Yo creo que todo esto que yo he aprendido también me servirá para el futuro, entonces para mi me ha venido bien. [4:262 ¶388 en 2](#)

Seré más consciente de lo que tengo [4:262 ¶388 en 0](#)

El deseo de no volver a recaer incrementa la vigilancia de la piel tanto por el paciente como por los cuidadores. Después de haber concluido el episodio de LCRD nace una preocupación ante nuevas heridas al empezar nuevas actividades deportivas. Se genera la conciencia de recaídas y mejora del autocuidado, sobre todo en lo referente a no esperar a pedir ayuda.

Tengo una cosita así y ya voy corriendo al médico. [7:38 ¶318 en 7](#)

V2. Conocimientos de los pacientes

Los conocimientos previos de los pacientes sobre las heridas y sus etiologías son importantes sobre todo en lo que se refiere a las circunstancias que causan la dependencia, los métodos de alivio de la presión y complejidad de la curación y sus complicaciones.

Como soy una persona dependiente y minusválida, yo necesito un colchón [4:92 ¶476 en 2](#)

Sé que me pueden salir heridas, que ni me voy a enterar, que las tengo y sí. [10:140 ¶402 en 10](#)

El que se haga más grande me puede acarrear muchos problemas. Uno de ellos, la muerte. Tal cual. [10:142 ¶402 en 10](#)

Además, es importante el conocimiento para la realización de las autocuras, que son los cuidados que el propio paciente o el cuidador realiza en su herida, ya sea en la primera atención tras una lesión traumática o en curas sucesivas. Estas pueden darse cuando el paciente sigue indicaciones previas de los profesionales sanitarios o cuando inicia el tratamiento por su cuenta sin consultar previamente con un profesional.

Éstas suelen incluir:

- Aplicación de antisépticos para prevenir infecciones.
- Uso de material de farmacia, como apósitos o mallas.
- Desinfección de instrumental antes de su uso.
- Hemostasia mediante compresión en caso de sangrado.
- Manipulación de la herida y sus curas debido a la incomodidad.
Medidas anti-edema, como elevar la pierna afectada
- Autocuidado e inspección de la piel, incluyendo la revisión táctil para detectar anomalías.

Si bien las autocuras pueden contribuir al manejo inicial de la herida, es fundamental promover la educación sanitaria para evitar prácticas inadecuadas y fomentar la consulta con profesionales en caso necesario.

Me puse agua oxigenada que me que me dolió más que la leche del que hirvió aquello ahí. Luego ya me puse betadine y ya me lo curaba todos los días que te [5:82 ¶ 610 en 5](#)

Algunas veces, pero yo me ponía una cosa que compré de la farmacia. Qué bueno que tú me la has puesto esa gasita como. [5:83 ¶ 618 en 5](#)

V3. Contexto

Cultura

A pesar de que el trabajo no se centra en los cuidados culturales y aborda el fenómeno de LCRD en la comunidad de una manera genérica, se reconoce que el hecho cultural impacta en la vivencia y el abordaje de la salud y la enfermedad. La cultura influye en la conducta de cumplimiento en el tratamiento pautado, la feminización de los cuidados y la demanda de asistencia sanitaria y dependencia del sistema sanitario. Hay también diferencias en el nivel de autocuidado y en el uso de productos para el tratamiento local de las heridas.

No sé si es por costumbre de su país, de que medicina funciona totalmente diferente, no tiene cronicidad [2:87 ¶648 en GF2.docx](#)

Con mujeres, claro, tienen sus cremas, sus potingues. Hay uno que es de color lila, no sé si lo habéis visto nunca, que se lo ponen en las heridas, que nunca he descubierto que es así [2:73 ¶542 en GF2.docx](#)

Entorno externo

Entorno físico

El hogar es el escenario principal donde ocurre la vida de la persona con situación de dependencia en la comunidad y hay varias características que influyen como las barreras arquitectónicas, la distribución de las habitaciones, la presencia de muebles, disponibilidad de colchón anti escaras y la convivencia con mascotas. En el hogar se pueden observar diferentes niveles de salubridad e higiene.

Me tienen que llevar en cargas. Cuando voy a una ambulancia, me carga cuando mis padres tengo que ir a algún sitio me bajan en esta silla que tienen que

hacer, que te tienen que hacer, me tienen que levantar para bajar porque es una silla oruga, pero está dañada. [4:4 ¶ 108 en 2](#)

Y ahora menos mal que aún bajo y subo la escalera bastante bien, porque claro. [7:59 ¶ 534 en 7](#)

Además, el entorno externo más cercano es el barrio y el municipio donde reside la persona. Se suelen encontrar con dificultades en el transporte público, las aceras, etc.

Porque por muy mal que esté en los pasos de peatones pueden tener un desliz. Así no hay nada que puedes con el batec. No hay ningún problema. Pero si ya tienes que subir escalones, entonces. Si no, no puede ser. No puedes. Claro, tiene que ser un escaloncito para en [11:286 ¶ 1132 en 6](#)

Entorno socioeconómico

A pesar de pertenecer a un país con seguridad social universal y gratuita el tema económico emerge constantemente por no estar financiados todos los productos de curas. Algunas ayudas técnicas y productos para curas están financiados de manera parcial, aunque las personas dependientes tengan reconocida la invalidez.

Hay copago en algunos materiales de curas y medicamentos. Algunos de estos pacientes tienen pensiones de viudedad o indemnizaciones por el accidente que causó la dependencia. A veces las enfermeras aportan del CAP los productos que no están financiados por receta. Algunos pacientes tienen mutuas privadas y les entran otros productos financiados. También fundaciones como Cruz Roja colaboran para los SEMP. Algunos pacientes disponen de ayudas privadas para

la limpieza y la compra. Por último, el contexto socioeconómico puede verse influido por situaciones globales como guerras y pandemias como el COVID-19.

La situación económica antes era bien porque yo trabajaba, estaba en silla de ruedas y bien yo podía trabajar, pero ahora ya no, entonces es difícil porque sin más se puede quedar con el yo [4:246 ¶ 1204 en 2](#)

Yo no me quejo de nada, si que en lo económico siempre voy lo necesario, lo necesario, lo necesario. La cuestión es que haya para todo y que no nos falte lo importante. [4:248 ¶ 1212 en 2](#)

Claro. No es que eso. Pero él cobra. 1100 no, me parece que tú puedes, ... Pero ahí. Pero como yo sé que pa un centro tan largo te cuesta un ojo de la cara todo, porque las que hay por seguro, son una ¿Yo lo pienso así, ¿no? Yo sé que aquí viven otro, pero mira, que se busquen la vida. [10:111 ¶ 934 en 10](#)

No, no, no, claro. ¿Por qué? Porque llevo trabajando toda la vida desde los 14 años. He trabajado muchos años y entonces pues bueno, pues menos mal que he tenido ahí un fondo que ha sido lo que he podido hacer. Todas estas cosas. ¿Si no me te fueras encontrado, ¿eh? Vamos. Pero tirado, tirado y la persona que no tenga recursos. No digo que si yo ya lo he pasado mal, pues una persona que no tenga recursos para todas estas cosas va [11:302 ¶ 220 en 6](#)

Yo creía que el material todo este entraría si iba al CAP, que el CAP pondría los recursos necesarios para hacer esta cura. Es decir, no, me sorprendió mucho cuando me dijeron no, el material lo tenéis que poner vosotros. ¿Cómo? Estamos pagando una burrada cada mes para mantener la seguridad social, que ya sé que es muy caro, pero bueno, pagamos mucho en nuestras nóminas nos descuentan mucho dinero y prácticamente no lo usamos... [11:302 ¶220 en 0](#)

Entorno sociofamiliar

El entorno y soporte familiar y social de la persona dependiente es fundamental. La situación de dependencia supone una afectación familiar importante en los miembros de la familia y a menudo un reparto de tareas entre los miembros, aunque normalmente la distribución no es homogénea y hay un cuidador principal. Influye también el nivel cultural y socioeconómico de la familia.

Eso ya se ocupa de mi padre, me hace el desayuno por la noche y se ocupa de mí. Y mi padre hace la cena o al revés, pero mayormente mi madre siempre se ocupa de mí por las noches también. [4:281 ¶160 en 2](#)

No, a ver cómo con mi familia siempre hemos sido de mi familia mi madre, mi padre, mis hermanos y nosotros. Sí, pero. No, tampoco es que me vienen a visitar. Mucho. Tampoco me gusta que vengán a visitar. En sí, no, no me gusta que me vean en la cama. Siempre. [4:305 ¶436 en 2](#)

Cuando veo, por ejemplo, cuando vienen mis sobrinos, que cuando me ven en la silla sentado, como que se asombra porque Tito siempre está en la cama, siempre lo veo tumbado. Y cuando me ve ya está sentado. Y tema una familia. Que me viene a visitar, sí que viene de vez en cuando. Pero a mí no me afecta que me vean las heridas. [4:306 ¶438 en 2](#)

Entorno interno

El entorno interno es un sistema complejo que abarca todos aquellos factores individuales que no forman parte del entorno externo. En el caso de las personas con LCRD este entorno se caracteriza por la presencia de algún grado de dependencia, lo que conlleva una serie de patrones alterados que influyen en su estado de salud y en la evolución de sus heridas.

Entre los principales factores que conforman el entorno interno de estos pacientes se incluyen:

- Comorbilidades y uso de medicamentos que afectan la capacidad de cicatrización como, por ejemplo:
 - Trombosis venosa profunda previa u otros antecedentes de problemas circulatorios que pueden afectar la perfusión tisular y la cicatrización.
 - Mareos y sensación de inestabilidad que puede aumentar el riesgo de caídas y lesiones adicionales.
 - Incontinencia: problemas urinarios o fecales que aumentan el riesgo de lesiones cutáneas por humedad prolongada.
 - Infecciones quirúrgicas previas: historial de infecciones asociadas a procedimientos médicos que pueden influir en la respuesta inmune y la recuperación.

- Estado de la piel:
 - Dermatoporosis: fragilidad cutánea avanzada debido al envejecimiento, lo que predispone a la formación de lesiones.
 - Daño solar acumulado: exposición prolongada a la radiación ultravioleta que debilita la estructura dérmica

- Causa la dependencia: patologías neurológicas, musculoesqueléticas o sistémicas que limitan la autonomía del paciente

- Estado cognitivo: alteraciones en la memoria, la orientación o el juicio que afectan la adherencia al tratamiento

- Forma de ser: rasgos de personalidad que influyen en la adaptación a la enfermedad y la colaboración en el autocuidado entre los que destacan:
 - Locus de control: percepción sobre el control que el paciente tiene sobre su salud y recuperación
 - Presencia de pensamientos intrusivos/rumiación: preocupación constante o ansiedad que puede impactar negativamente en la percepción del dolor y la adherencia terapéutica

V4. Dimensiones de la Salud

La salud es un fenómeno complejo y multidimensional que abarca aspectos biopsicosociales y espirituales. Las personas dependientes y sobre todo aquellas que ya padecen LCRD pueden ver alterados estos patrones. A continuación, se enumeran los que han emergido con más frecuencia:

- Actividad física

La actividad física puede estar limitada en pacientes con ciertos grados de dependencia. Algunos pacientes adaptan su actividad a su situación y salen a caminar, van al gimnasio o practican la natación. Es importante realizar una planificación según su nivel.

- Actividades recreativas

Los pacientes con LCRD realizan actividades recreativas según sus posibilidades igual que las personas no dependientes. Algunos ejemplos son: escuchar música, ver películas, pintura, actividades acuáticas, incluso viajes en grupos de personas con dependencia. Intentan mantener las actividades sociales con amigos y compañeros y a veces se ven limitadas por problemas con las heridas. Las personas dependientes de larga evolución pueden volverse más caseras también por problemas con las heridas en el exterior.

- Necesidad de eliminación

La necesidad de eliminación puede ser también causa etiológica de LCRD. Por ejemplo, la presencia de fístulas o la mala gestión de la orina puede causar LESCAH, lesiones combinadas o contaminar LPP u otras. En pacientes con LM suele usarse el sondaje vesical permanente o intermitente.

Los pacientes incontinentes necesitan frecuentes cambios de pañal para evitar la humedad y prevenir la aparición de nuevas lesiones y/o el empeoramiento de las existentes.

La frecuencia y consistencia de la defecación también puede afectar a las LCRD. Los pacientes con LM pueden hacer uso de la estimulación intestinal para tener el control sobre el momento de la defecación. En caso contrario, si la persona dependiente realiza la deposición y no se atiende la necesidad en el momento podría contaminar una LCRD próxima.

Cuando hay un problema de urgencia miccional nocturna la persona dependiente en su domicilio puede sufrir accidentes como caídas o choques contra el mobiliario que causen nuevas lesiones.

- Alimentación y Nutrición

La necesidad de alimentación y nutrición puede verse alterada por el estado anímico del paciente con heridas causando la pérdida del apetito, aunque el balance calórico es positivo generalmente por la inmovilidad asociada a la dependencia. En general los pacientes no realizan cambios en la nutrición cuando tienen heridas.

Aunque la enfermera puede ser la primera en evaluar el estado nutricional del paciente, es importante derivar a aquellos en riesgo de una mala cicatrización debido a deficiencias nutricionales a un dietista para una evaluación más exhaustiva y el desarrollo de un plan nutricional. Aunque estas evaluaciones son más frecuentes en el ámbito hospitalario con la prescripción de suplementos, también deben realizarse también en la comunidad.

- Dormir y descansar

La necesidad de dormir y descansar es fundamental para el proceso de cicatrización, ya que durante el sueño el organismo realiza funciones de regeneración tisular y reparación celular. Sin embargo, en personas con LCRD esta necesidad puede verse alterada por diferentes factores.

En algunos casos, la movilidad reducida impide que el paciente se transfiera por sí mismo a la cama y depende de otras personas que lo acuesten, lo que puede interferir con sus hábitos de descanso y aumentar el riesgo de lesiones por presión. Además, el dolor nocturno es una causa frecuente de insomnio y puede aumentar debido a la elevación de la extremidad afectada o a la presión sobre la herida en determinadas posiciones.

En pacientes con LM o enfermedades neurológicas, existe un riesgo adicional: el quedarse dormido sin haber aplicado las medidas necesarias para el alivio de la presión, lo que puede favorecer la aparición o el agravamiento de lesiones cutáneas.

- Higiene e integridad cutánea

La necesidad de higiene y la integridad de la piel están estrechamente relacionadas en las personas con LCRD. El mantenimiento de una piel limpia y bien hidratada es esencial para prevenir complicaciones y favorecer el proceso de cicatrización.

Cuando ya hay lesión, los hábitos de higiene deben adaptarse a las curas de las heridas, asegurando que la limpieza no comprometa la integridad de los apósitos ni afecte negativamente la evolución de la lesión. Las personas que conservan cierta autonomía en su autocuidado suelen optar por ducharse cuando hay alguien presente en el hogar, para minimizar riesgos de caídas o accidentes.

En cuanto a la hidratación, se emplean distintos productos para proteger y fortalecer la barrera cutánea como los AGHO.

- Sexualidad

El patrón de sexualidad en una persona con LCRD suele alterarse debido a factores físicos, emocionales y sociales. La presencia de exudado, mal olor o apósitos visibles afecta a la autoestima y percepción de atractivo, generando inseguridad en la intimidad.

Que en relaciones sexuales. Claro, es. Es una putada.

[1:95 ¶ 352 en GF1.docx](#)

A ver si pillo un rollo esta noche y no se da cuenta de lo que tengo en el culo.

[1:98 ¶ 372 en GF1.docx](#)

Y yo con esta chica, precisamente la chica joven, a la que esto le afecta en sus relaciones personales íntimas. Sí, y es que ya empezaba a decir: "Hoy me voy al Sarao, pero me tengo que poner un pantalón

negro porque con el blanco ya verás, se me verá el bulto del apósito y no sé qué".

[1:326 ¶ 1369 en GF1.docx](#)

- Espiritualidad

La espiritualidad es una dimensión fundamental del ser humano que influye en la manera en que cada persona afronta la enfermedad, el dolor y la incertidumbre y puede estar relacionada con la aceptación de la LCRD y la enfermedad que la provoca y la esperanza en la curación.

Por qué siempre lo tienes a punto. El porqué de las cosas, es decir, el ¿por qué me he tenido que llagar tanto yo? Piensas que no sé si la otra gente se ha llagado porque tampoco me ha preocupado mucho saberlo [3:77 ¶ 293 en 0](#)

Cada paciente vive la espiritualidad de manera única, influenciado por sus creencias personales, experiencias previas y entorno cultural. Para algunos, la espiritualidad les ayuda a dar sentido a su enfermedad, mientras que para otros puede generar cuestionamientos sobre el porqué de su situación.

¿Por qué a mi señor? Pues no me cuadra, porque ¿por qué? Porque te ha tocado tú [3:77 ¶ 293 en 1](#)

¿Oye, pero por qué? Pero. Pero es que después recapacitas y lo entiendes, porque yo he estado viviendo hasta los 70 años, 77 estupendamente bien, mientras los otros estaban muy enfermos de diferentes cosas y ahora otros viven bien y a mí me toca esto. Bueno, pues me ha tocado no, porque no hay ningún. ¿Por qué? Te ha tocado [3:78 ¶ 297 en 1](#)
¿Por qué a mí? [3:79 ¶ 305 en 1](#)

Algunas personas logran una aceptación inmediata, asumiendo su condición como parte de la vida y otros pasan por un proceso de reflexión antes de llegar a la aceptación.

Yo no sé qué habré hecho mal [4:65 ¶408 en 2](#)

Algunos pacientes la perciben como parte de un plan divino, mientras que otros la asocian con conceptos como el karma o la superstición.

Pero yo creo en el karma, que posiblemente ahora me está pasando algo malo a mí, pero posiblemente no me pasa algo bueno. Nunca se sabe. Si haces esas cosas buenas te pasan, cosas buenas te hacen cosas malas, te pasan cosas malas y Dios posiblemente habrá hecho algo malo, en un pasado.
[4:203 ¶964 en 2](#)

Me habrá visto un tuerto o algo [4:64 ¶408 en 2](#)

El día que me corté fue el día de los Santos. El día de los Santos no se debe de fregar. [5:69 ¶530 en 5](#)

Para algunos pacientes, la enfermedad puede llevar a una crisis de fe, haciendo que cuestionen sus creencias y prácticas religiosas y se puede experimentar una pérdida de sentido en los rituales religiosos que antes eran fuente de consuelo.

Las prácticas espirituales asociadas a estas creencias pueden incluir:

- La oración

Cada noche rezo [7:54 ¶474 en 7](#)

Señor mío, que me cure, que me, que me cure, que es lo que deseo, los años que me quedan. Que viva, que viva feliz y tranquila. Mhm. Y y y vivir porque me están. Me están ayudando mucho. [7:56 ¶ 482 en 7](#)

No, no tiene allí el Cristo en la habitación que le habla Cristo y que le dice al que esto le dice [1:330 ¶ 1408 en GF1.docx](#)

- Lectura de textos sagrados

yo pienso que las personas que tienen ese apego a la a, a la a la a la espiritualidad, es un refugio para la persona [1:333 ¶ 1419 en GF1.docx](#)

- Rituales religiosos

Nosotros somos de la religión yoruba [12:213 ¶ 1122 en 9](#)

Yo tengo una que le va a poner la vela cada semana a ver si se le cura [2:177 ¶ 1283 en GF2.docx](#)

Le habla a la llaga en tercera persona te vas a portar bien verdad? ¿Úlcera? Porque es que me estas afectando mucho y no me estas dejando que yo viva bien eh [1:331 ¶ 1408 en GF1.docx](#)

- Contemplación y meditación

Ese algo que hay ahí, ese algo tan grande que está ahí fuera. Sí, que cuando estoy aquí estoy mejor mirándolo y me relajo con él, veo el árbol y me relajo.

Me quedo relajada viendo el árbol. Y sí, sí, sí, sí. [7:83](#)

[¶862 en 7](#)

- Prácticas de relajación y silencio

No pienso en nada [7:82](#) [¶858 en 7](#)

V5. Calidad de vida

La CVRS de los pacientes con LCRD se ve significativamente afectada en múltiples dimensiones, incluyendo el funcionamiento físico, social y psicológico. Los síntomas más frecuentes, como el dolor, el exudado y el mal olor, no solo influyen en el bienestar físico, sino que también tienen un impacto emocional y social considerable.

En el entorno de atención domiciliaria se han identificado temas recurrentes como el aislamiento social, la restricción en el mantenimiento del rol doméstico, el dolor persistente y la sensación de malestar constante.

Pues que decidí no salir de casa, pero tampoco puedes no salir de casa. Yo también he sido, o soy, una persona bastante social y me gusta el contacto con la gente con gente entonces me obligaba a salir

[1:183](#) [¶627 en 0](#)

La evaluación de la CVRS es crucial en afecciones cutáneas como las úlceras por presión y otras LCRD. Para comprender y medir adecuadamente el impacto, es fundamental utilizar instrumentos de evaluación que integren la perspectiva del paciente.

En este contexto, el modelo conceptual de calidad de vida relacionada con la salud de Gorecki se estructura en cuatro dominios principales, cada uno subdividido en diferentes aspectos específicos entre los que destacan:

- Síntomas físicos: dolor, escozor, picor, edema, ardor, molestias, exudado, irritación.

Si manchas y pierde mucho líquido, mucho exudado, claro que es un problema. [1:183 ¶ 627 en GF1.docx](#)

Y aquella peste de necrosado [1:399 ¶ 1725 en GF1.docx](#)

- Funcionamiento físico: limitación en la movilidad (no caminar), dependencia de las curas, impacto en el descanso y el sueño (insomnio).

Al principio estabas muy incómodo tenía que estar sentado, pero no se podía menear, pero estaba incómodo entonces era una situación un poco, ¿no? Estás muy cansado no te puedes menear solo puedes moverte en silla de ruedas, pero sentado tampoco estás bien”. [7:19 ¶ 162 en 0](#)

Sí que ha habido momentos que dices, hostia la úlcera me está tocando las narices. Me está privando de hacer cosas o sencillamente estar bien conmigo mismo [7:19 ¶ 162 en 0](#)

Tener que depender continuamente de alguien para que te venga a hacer la cura [7:19 ¶ 162 en 0](#)

- Bienestar psicológico: ansiedad, incertidumbre, depresión, tristeza, pensamientos intrusivos (rumiación), deseos de morir, decaimiento.

Sí que ha habido momentos que dices, hostia la úlcera me está tocando las narices. Me está privando de hacer cosas o sencillamente estar bien conmigo mismo [7:19 ¶ 162 en 0](#)

- Funcionamiento social: aislamiento, pérdida de ocio, reducción en la participación social, vergüenza, impacto en las relaciones interpersonales.

La gente no podía ir a ningún sitio porque la gente nota que hago olor [1:94 ¶352 en GF1.docx](#)

De esto se queja mucho Luz que a veces van a comer a algún sitio los domingos se ve que viene la hija a buscarla. Y es que con esto cuando tenía tanto exudado y tal. Claro, porque es la cura, es el viernes, está el sábado, el domingo hasta el lunes entonces claro [1:181 ¶624 en GF1.docx](#)

El dolor asociado a las LCRD es una constante en la pérdida de calidad de vida de los pacientes, excepto en aquellos con lesiones medulares completas, aunque estos pueden experimentar dolor neuropático. Se trata de un fenómeno complejo que afecta la vida cotidiana y el bienestar del paciente, con múltiples dimensiones que van más allá de la experiencia sensorial. El dolor en estos pacientes puede clasificarse en distintas categorías según su presentación y evolución:

- Dolor continuo: presente de forma persistente y con variaciones en intensidad
- Dolor nocturno: interfiere con el descanso y el sueño, aumentando la fatiga y el malestar general
- Dolor durante las curas: asociado a procedimientos como la limpieza de la herida, los cambios de apósitos y la terapia compresiva
- Dolor neuropático: derivado de alteraciones en el sistema nervioso, caracterizado por sensaciones de ardor, descargas eléctricas o hipersensibilidad

- Dolor crónico: persistente a lo largo del tiempo, con impacto negativo en el estado anímico y la calidad de vida
- Dolor insoportable: descrito por los pacientes como el dolor más fuerte que he sentido

*Un dolor que insoportable. Insoportable. [7:7 ¶ 94 en 7](#)
[7](#) No me ha dolido tanto como me dolía eso [7:18](#)
[¶ 162 en 7](#)*

Mortificante [7:19 ¶ 162 en 7](#)

Es que yo he sufrido mucho. Pero mucho. Hay momentos en que se podrían borrar mi vida del dolor, de llorar de dolor de la úlcera. Allí en el hospital cuando estaba sentado en ese butacón. Lo recuerdo, horrosos [7:19 ¶ 162 en 0](#)

A pesar del impacto severo del dolor, su manejo sigue siendo insuficiente en muchos pacientes, sobre todo en aquellos que reciben atención domiciliaria. Existen barreras significativas en la evaluación y el tratamiento del dolor en LCRD:

- Dificultad para comunicar el dolor: muchos pacientes encuentran complicado expresar y describir su dolor a los profesionales de salud
- Barreras en la evaluación del dolor: las herramientas actuales pueden no captar adecuadamente el impacto emocional y psicológico del dolor
- Creencias del paciente: algunas personas minimizan su dolor o asumen que es una parte inevitable de su condición, evitando solicitar alivio

- Limitaciones en el abordaje profesional: falta de comunicación entre disciplinas y escasez de protocolos específicos para el manejo del dolor en LCRD
- Condiciones médicas preexistentes: en algunos casos, el dolor de la herida queda en segundo plano frente a la enfermedad primaria, lo que limita el acceso a un tratamiento adecuado

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con LCRD, es fundamental implementar estrategias eficaces para el manejo del dolor:

- Evaluación sistemática del dolor en cada visita, utilizando herramientas adaptadas a la experiencia del paciente
- Mejora en la comunicación paciente-profesional para detectar el dolor no reportado y ajustar la analgesia
- Protocolos específicos en el ámbito comunitario que garanticen un tratamiento oportuno y efectivo del dolor
- Intervenciones multidisciplinarias, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo psicológico, para abordar el dolor desde una perspectiva integral
- Educación y empoderamiento del paciente sobre las opciones de manejo del dolor y estrategias de autocuidado que sean seguras y eficaces

5.5 Facilitadores y barreras en los cuidados a pacientes con LCRD en la comunidad

La atención a personas LCRD en el entorno comunitario se caracteriza por su complejidad, al tener lugar en un espacio donde coinciden factores clínicos, organizativos, sociales y culturales. Esta atención requiere no solo de la competencia técnica de los profesionales, sino también de una estructura organizativa coherente y de un contexto que favorezca la prevención y tratamiento integral.

A partir del análisis de los datos, se han identificado facilitadores clave que potencian la calidad de los cuidados (véase Tabla 7): entre ellos, destaca el papel central de la enfermera comunitaria, su autonomía profesional, el uso del proceso enfermero con un enfoque holístico y la existencia de otras figuras clave como la EPA en heridas complejas.

La continuidad asistencial y la longitudinalidad destacan como pilares del modelo comunitario, permitiendo una atención coherente y eficaz. Además, la implicación activa de los cuidadores familiares y el uso de herramientas validadas para la evaluación clínica son factores que fortalecen la intervención enfermera.

Por otro lado, persisten múltiples barreras estructurales y contextuales que obstaculizan el abordaje óptimo de las personas con LCRD o riesgo de desarrollarlas. Estas incluyen la escasa formación específica en heridas durante los estudios de grado, la sobrecarga asistencial, la falta de financiación pública para productos como las SEMP, así como déficits de comunicación entre niveles asistenciales.

Además, las desigualdades socioeconómicas limitan el acceso a los recursos necesarios, y se constata una fragmentación del sistema que interfiere con la coherencia de los cuidados, especialmente en situaciones donde intervienen múltiples actores e instituciones.

En este contexto, es fundamental reconocer que muchos de estos cuidados son delegados a personas del entorno familiar, quienes en ocasiones presentan también una situación de dependencia. Esta realidad evidencia la necesidad de políticas sanitarias y sociales que reconozcan e integren el rol de los cuidadores informales, así como de estrategias que promuevan la formación continuada, la coordinación interprofesional y el acceso equitativo a los recursos.

Facilitadores	Barreras
Conocimientos previos sobre LCRD por parte de la enfermera	Escasa formación formal en heridas durante el grado de enfermería
Actitud positiva y autonomía profesional de la enfermera	Falta de interés y conocimientos del MAPC
Utilización del proceso enfermero con enfoque holístico	Desigualdades en el acceso a materiales de cura y SEMP
Existencia de redes profesionales y EPA-HCC como figura de apoyo	Falta de financiación pública suficiente
Participación de la familia y cuidadores motivados	Carga de trabajo elevada que limita la planificación preventiva
Continuidad y longitudinalidad en los cuidados	Problemas de comunicación entre niveles asistenciales
Uso de escalas e instrumentos validados para evaluación	Registros insuficientes o incoherentes entre profesionales
Toma de decisiones compartidas y atención centrada en la persona	Fragmentación del sistema sanitario y escasa coordinación
Provisión rápida de equipamiento preventivo	Falta de diagnóstico o información sobre LCRD al alta
Programas de gestión de casos y enfermeras de enlace	Delegación de cuidados a cuidadores también dependientes

Tabla 7. Facilitadores y barreras de los cuidados de las enfermeras de APC a los pacientes con LCRD

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 6. INTEGRACIÓN

El todo es más que la suma de sus partes.

Aristóteles

En este capítulo, se pretende dar respuesta al segundo objetivo de la investigación y construir una primera aproximación a la conceptualización de una TSE para pacientes con LCRD en la comunidad.

Para ello, en primer lugar, se describen los conceptos principales, subconceptos y proposiciones teóricas de la TSE Itinerarios Paralelos. Como se ha explicado previamente y siguiendo la nomenclatura específica propuesta para las TSE, en la formulación teórica final las agrupaciones temáticas corresponden a los *conceptos principales*, mientras que las categorías y subcategorías se presentan como *subconceptos* relacionados con cada uno de ellos según el modelo de Im y Meleis.

En segundo lugar, se describen los elementos del metaparadigma enfermero, los elementos fundamentales según el modelo de Evelyn Adam que permitirán en el futuro mostrar conexiones con teorías y modelos de mayor abstracción teórica.

Por último, se describe de manera explícita el rol de la enfermera de APC en la atención a pacientes con LCRD.

6.1 TSE Itinerarios Paralelos

El título que se ha elegido para la TSE es *Itinerarios Paralelos* y hace referencia a los 4 conceptos principales que la forman, que a su vez corresponden a las agrupaciones temáticas del análisis.

- La atención a las LCRD en la comunidad
- La progresión de la cicatrización
- La situación de dependencia
- La vivencia individual

Estos conceptos principales simbolizan 4 itinerarios individuales del fenómeno de LCRD en la comunidad que pueden ocurrir de manera paralela a lo largo del tiempo:

La atención a las LCRD en la comunidad

Se presenta en primer lugar el itinerario Atención a la LCRD en la comunidad puesto que los cuidados ofrecidos desde la APC ocurren de forma concurrente a la vida del individuo y se ofrecen desde antes del nacimiento y hasta después de la muerte, por ello, las líneas de ambos itinerarios son sólidas y son de la misma longitud.



Figura 33. Atención a las LCRD en la comunidad

Fuente: Elaboración propia

Subconceptos:

- **Comunidad**

La comunidad es un entorno que incluye el domicilio del paciente, donde la enfermera ofrece los cuidados para la prevención y el tratamiento de las LCRD. La dificultad de este entorno viene determinada por la simetría de las relaciones entre el profesional y el paciente, el rol autónomo de la enfermera y el escaso conocimiento sobre heridas del MAPC.

- **Rol profesional**

La enfermera es la profesional competente en la cura de heridas, a pesar de reportar falta de conocimientos, mantiene una actitud positiva y, pese a su interés en las heridas, la atención a lesiones que no cicatrizan puede afectarle negativamente.

- **Proceso enfermero**

Para la atención a las LCRD como problema de salud se utiliza el método científico a través del proceso enfermero con un enfoque holístico que incluye las fases de:

- Valoración biopsicosocial y espiritual de la persona; valoración local de la herida.
- Diagnóstico etiológico del tipo de LCRD dentro de su marco conceptual.
- Planificación de los objetivos que, por lo general incluyen la cicatrización, aunque puede pactarse un abordaje paliativo priorizando el control de los síntomas sin abandonar el objetivo de la cicatrización
- Planificación de las intervenciones entre las que destacan la prevención, el control del dolor, la educación y la cura local.
- Ejecución mediante una técnica limpia que incluya el lavado de manos.
- Evaluación de los resultados mediante el uso de escalas para la monitorización de la cicatrización y la derivación si es necesario.

- **Gestión de cuidados**

La gestión de los cuidados es determinante e incluye aspectos como la **longitudinalidad** que se refiere a que la misma enfermera realice siempre el cuidado de las heridas.

De todas formas, es importante registrar la pauta de cuidados y el estado de la herida para que, en el caso de atención por diferentes profesionales el paciente perciba coherencia en las curas.

La **continuidad asistencial** se refiere más concretamente a mantener esta coherencia durante toda la trayectoria que el paciente sigue dentro de los diferentes niveles asistenciales, instituciones públicas y privadas y/o profesionales de la salud.

Para ello es básica la **comunicación** entre profesionales sanitarios y con los pacientes, especialmente en lo referente al diagnóstico de la lesión. Puede ser de utilidad la figura de la gestora de casos fundamentalmente para el alta y para favorecer la comunicación de los pacientes con los servicios sanitarios, sobre todo de manera no planificada.

La **derivación** a expertos en heridas, nutricionistas, TSS, entre otros profesionales de APC o de otros niveles asistenciales, ha de realizarse de acuerdo con la valoración de las necesidades de las personas con LCRD y a la evaluación de los objetivos planificados. En general, el tiempo de derivación está establecido por los protocolos locales.

El uso de **material sanitario** que necesite la persona dependiente para el tratamiento y prevención de las LCRD se tiene que adaptar a sus condiciones socioeconómicas. Por otro lado, hay que valorar la influencia de la medicación sistémica en la génesis o evolución de las lesiones y, en la medida de lo posible, evitar el uso excesivo de antibióticos para evitar resistencias bacterianas y otras complicaciones.

La progresión de la cicatrización

La progresión de la cicatrización comienza cuando inicia la LCRD y por lo general, ocurre después del nacimiento, por lo que se representa más a la derecha en la línea del tiempo. Además, esta teoría hace referencia a la dependencia que ocurre en personas adultas y no a la población pediátrica por lo que, como pronto, deberá empezar a partir de la edad de 18 años.

La progresión de la cicatrización está representada en líneas discontinuas, puesto que no todas las personas que presentan dependencia desarrollarán lesiones.



Figura 34. La progresión de la cicatrización

Fuente: Elaboración propia

El avance hacia la cicatrización va a depender de las características de la lesión, pero sobre todo de los factores externos e internos que influyen en la cicatrización y la presencia o no de complicaciones. Esta circunstancia se ha representado gráficamente con flechas en ambos sentidos.

Subconceptos:

- **Inicio**

La progresión de la cicatrización es un fenómeno que empieza en el mismo momento en que se inicia la lesión. Este momento no coincide necesariamente con el momento de la detección de la herida por parte del profesional o el paciente.

- **Características**

Las características de la herida que son determinantes en la progresión hacia la cicatrización son:

- Tipo de LCRD
- Duración
- Categoría
- Tamaño
- Tipo de tejido
- Signos de infección
- Exudado

- **Factores que afectan a la cicatrización**

Factores Internos	Factores Externos
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades sistémicas • Malnutrición • Tabaquismo y otros hábitos tóxicos • Estrés y salud mental • Envejecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la etiología • Cuidados de la herida • Medicamentos • Hospitalización

Tabla 8. Factores que afectan a la cicatrización

Fuente: Elaboración propia

- **Complicaciones**

Durante el curso de la lesión pueden producirse complicaciones como el aumento del tamaño de la lesión, la infección, el aumento del exudado, la hemorragia o el mal olor además del empeoramiento de la enfermedad subyacente que alteren la progresión hacia la cicatrización.

La situación de dependencia

La situación de dependencia está representada por líneas discontinuas al no tener que ocurrir necesariamente en la vida del individuo. En este esquema está excluida la dependencia de los primeros años de vida, puesto que hace referencia a población adulta, por lo que la longitud de la línea no abarca toda la vida de la persona.

La discontinuidad de la línea hace referencia a la posibilidad o no de pasar por una situación de dependencia y, además, la intermitencia de esta, puesto que pueden darse diferentes episodios de dependencia temporal.



Figura 35. La situación de dependencia

Fuente: Elaboración propia

Subconceptos:

- **Causa**

La dependencia se inicia de manera brusca o gradual por un **accidente**, enfermedad aguda o crónica o por el envejecimiento fisiológico. Una de las causas frecuentes de dependencia accidental es la **LM**, un colectivo especialmente vulnerable por la ausencia de sensación en las zonas de riesgo.

- **Adaptación**

La adaptación a la dependencia requiere de un periodo para la **aceptación** de la nueva situación. Es importante la **rehabilitación** para poder optimizar las capacidades mantenidas, además de tener en cuenta aspectos relacionados con la **accesibilidad**.

- **Cuidadoras**

En general las personas que cuidan de los pacientes dependientes son mujeres de la propia familia, a menudo con poca **formación** en prevención y tratamiento de las LCRD. Los cuidados de sus familiares dependientes causan un gran **impacto** personal y con frecuencia se requiere la **planificación** familiar para el futuro cuando la persona dependiente tiene posibilidades de sobrevivir al cuidador.

- **Prevención de LCRD**

Cuando sucede la situación de dependencia la persona aún no tiene LCRD. Por lo tanto, la clave en esta situación es la prevención mediante los cambios posturales, el alivio de la presión, los cuidados de la piel y la evitación de los riesgos del entorno.

La vivencia individual

La vivencia individual asume la existencia de múltiples verdades y determinará las experiencias de los pacientes frente a cualquier fenómeno durante todo el transcurso vital.

El itinerario vivencia individual sucede simultáneamente a la atención en la comunidad, por lo que se representa con una línea sólida de la misma longitud. Además, sucede independientemente de la situación de dependencia o la situación de LCRD a pesar de que se influyen mutuamente.



Figura 36. La vivencia individual

Fuente: Elaboración propia

Subconceptos:

- **Contexto**

La vivencia de todos los procesos de salud es única e inseparable del contexto donde ocurre y los factores contextuales más influyentes son:

Cultura	Entorno externo	Entorno interno
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta de cumplimiento • Nivel de autocuidado • Demandas al sistema sanitario • Feminización de los cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno físico • Entorno socioeconómico • Entorno sociofamiliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Causa de la dependencia • Comorbilidades • Estado de la piel • Estado cognitivo • Forma de ser

Tabla 9. Factores contextuales

Fuente: Elaboración propia

- **Conocimientos**

Los conocimientos de los pacientes incluyen la comprensión de las consecuencias de la dependencia y la complejidad de la cicatrización. Es beneficioso que las personas tengan conocimientos sobre materiales y técnicas de alivio de la presión y autocuras, y sepan identificar las complicaciones más frecuentes.

- **Actitud**

La actitud de las personas frente a los problemas de salud está relacionada con diferentes factores. En lo referente a las LCRD puede influir la experiencia previa y la esperanza en la curación, que será determinante para la adherencia al tratamiento. Por otro lado, la satisfacción de los cuidados es un parámetro fruto de la valoración de la atención de los profesionales sanitarios y en especial de la gestión de las complicaciones.

- **Dimensiones de la Salud**

La TSE considera a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual y, por tanto, concibe la salud de manera multidimensional. Los patrones de salud afectados principalmente son los relativos al descanso y la actividad, la alimentación y la nutrición. Además, destaca el impacto en la sexualidad y espiritualidad.

- **Calidad de vida**

Los problemas de salud impactarán de manera diferente sobre la calidad de vida, al ser ésta una percepción subjetiva. La TSE ha incorporado el marco de CVRS de Gorecki⁴⁷, que incluye las dimensiones de síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento psicológico y social. La dimensión que más destaca en los pacientes sin LM es el dolor.

Integración de los itinerarios

Como cualquier fenómeno de la salud, las heridas y especialmente las LCRD no ocurren de manera aislada. El ser humano, su contexto, los servicios sanitarios y todas sus circunstancias son un todo indivisible. La esencia de crear modelos que representen la realidad de un fenómeno es poder explicarlo de manera fragmentada, para identificar todas sus partes o elementos y poder valorarlos y actuar sobre cada uno de ellos. La denominación de la TSE como *Itinerarios Paralelos* ya hace referencia a que estos ocurren de manera simultánea, aunque a diferentes niveles como se observa en la Figura 37.

La herida puede cicatrizar y la persona mantener la situación de dependencia, o la situación de dependencia puede revertirse y la persona retomar la plena autonomía. Aun así, la vivencia personal y la atención comunitaria continúan ocurriendo de manera paralela.

La TSE hace énfasis en la influencia que provocan las inequidades a las que se enfrenta la persona con LCRD y, que, por su estado de salud, son difícilmente reversibles.



Figura 37. TSE Itinerarios Paralelos

Fuente: Elaboración propia

Proposiciones teóricas

De la relación entre los conceptos expuestos y siguiendo el modelo de Im y Meleis se han formulado las siguientes proposiciones teóricas:

- **Las LCRD generan un gran impacto en la calidad de vida**

Las LCRD impactan gravemente en múltiples facetas de la vida de las personas. La CVRS es subjetiva y su afectación no está relacionada con la categoría de la lesión. Algunas personas describen este impacto como lo peor que han vivido. Por tanto, el abordaje integral debe ser independiente de la categoría. Algunas áreas que pueden pasar por alto son la espiritualidad y la sexualidad.

- **Las LCRD siempre ocurren como resultado de un diagnóstico principal y a menudo no reciben la importancia necesaria**

Las LCRD ocurren en una persona que está viviendo un proceso de dependencia de otras personas, temporal o permanente, a causa de un diagnóstico principal que se ha descrito como la causa de la dependencia. En ese contexto la persona, cuidadores e incluso profesionales pueden llegar a pasar por alto la prevención de las lesiones y actuar cuando éstas ya han iniciado. Para revertir esta situación la enfermera debe iniciar la prevención en el momento que inicia la dependencia.

- **El inicio de la prevención de las LCRD tiene que coincidir con el inicio de la dependencia**

La rápida evolución de las LCRD obliga a implementar prácticas proactivas, especialmente en los casos en que la dependencia ocurre de forma gradual. Cuando la dependencia aparezca de manera repentina se debe abordar la prevención desde el primer contacto con el sistema sanitario, a pesar de que haya otras situaciones agudas que preocupen más a la persona o a sus cuidadores.

- **La necesidad de recibir curas genera más dependencia dentro de la dependencia**

A pesar de requerir ayuda para realizar las ABVD, la persona con cierto grado de dependencia puede mantener niveles variables de autonomía. No obstante, la aparición de una LCRD limita el desarrollo de actividades específicas, como las de tipo acuático, e introduce una necesidad continua de cuidados profesionales. Estos cuidados deben ser proporcionados en su CAP o en ATDOM, lo que incrementa progresivamente su grado de dependencia. Esta dinámica genera una espiral que hemos denominado el bucle de la dependencia.

- **La EPA puede ayudar a mejorar los resultados en salud participando en la gestión de los cuidados de los pacientes con LCRD**

Aunque la figura de referencia y que lidera los cuidados a pacientes con LCRD en la comunidad es la EAPC, la EPA ha emergido como una figura clave en la gestión de aquellos pacientes con LCRD más complicadas o que requieren enlaces con servicios de otros niveles asistenciales o curas más complejas, siempre actuando en colaboración con la EAPC.

6.2 Elementos del metaparadigma enfermero

Persona

El ser humano se concibe de forma holística, como un ser biopsicosocial y espiritual que puede atravesar situaciones de dependencia, ya sean temporales o permanentes. En estos contextos, puede requerir la ayuda de otras personas, pero mantiene el deseo de conservar la mayor autonomía posible.

Enfermería

Las enfermeras de APC acompañan a las personas en todo el proceso vital dentro de su comunidad y en el domicilio. Mediante el proceso enfermero aplican el método científico para ayudar a pacientes y familiares a prevenir y tratar las LCRD. Aunque en este entorno delegan los cuidados en cuidadoras formales o informales, lideran la gestión de los cuidados en colaboración con el equipo interdisciplinar.

Salud

En personas con dependencia, la salud se entiende como la percepción subjetiva de calidad de vida y el mantenimiento del mayor grado de autonomía posible dentro de su contexto. Desde un enfoque de salud planetaria, es imprescindible que las legislaciones garanticen el acceso a los materiales y cuidados necesarios para prevenir el desarrollo de LCRD. Cuando estas se presentan, debe promoverse un entorno que facilite la toma de decisiones compartidas, respetando la autonomía del paciente y permitiéndole definir sus propios objetivos de salud.

Entorno global

El entorno físico constituye el escenario en el que se desarrolla la vida diaria de la persona dependiente y puede representar una barrera debido a limitaciones de accesibilidad.

El entorno socioeconómico, a pesar de estar respaldado por un sistema de salud universal y gratuito, genera desigualdades por la falta de financiación en recursos clave como los SEMP o los cuidados profesionales. Además, este entorno puede verse impactado por factores globales como conflictos bélicos o crisis sanitarias.

El entorno sociofamiliar también se ve afectado por la dependencia, con una distribución desigual de los cuidados, que habitualmente recaen sobre un cuidador principal, frecuentemente una mujer del entorno familiar. En las personas con LCRD, el entorno interno incluye elementos como comorbilidades, estado de la piel, causa de la dependencia, estado cognitivo y características individuales.

Cultura

La cultura influye directamente en la relación de la persona dependiente con su entorno. Abarca aspectos como las costumbres alimentarias, las prácticas espirituales, la adherencia terapéutica, la feminización de los cuidados, la demanda de atención sanitaria, el grado de dependencia del sistema y el nivel de autocuidado. Asimismo, condiciona el uso de productos de cura y, con ello, los resultados en salud en el contexto de las LCRD.

6.3 Los elementos fundamentales

El objetivo

En el contexto comunitario, el objetivo principal de la enfermera de APC es la prevención de las LCRD en personas dependientes. Se trata de un ideal que, si bien puede parecer utópico, orienta la práctica hacia la anticipación del daño. Este propósito requiere aceptar las limitaciones inherentes al rol profesional, especialmente en un entorno donde la responsabilidad sobre los resultados en salud es compartida.

Cuando la LCRD ya se ha instaurado, el objetivo más habitual es la cicatrización. Sin embargo, este debe consensuarse con la persona, quien puede optar por un abordaje paliativo. En estos casos, el control sintomático se prioriza, sin que ello implique necesariamente renunciar al objetivo de cicatrización.

Para ser efectivo, este objetivo debe ser compartido por todo el equipo interdisciplinar, garantizando coherencia en la intervención y colaboración profesional.

El beneficiario

La intervención enfermera está dirigida a la persona o al grupo de personas dependientes asignadas al cupo de atención. En el ámbito comunitario, la longitudinalidad de la relación terapéutica permite identificar de forma temprana situaciones de dependencia progresiva, facilitando actuaciones preventivas frente a las LCRD y sus posibles complicaciones.

El papel del profesional

La enfermera lidera la gestión de los cuidados relacionados con las heridas en la comunidad. Este liderazgo está reconocido por el entorno social y profesional. A través del proceso enfermero, aborda de forma integral la atención a personas dependientes, con o sin LCRD, asegurando la continuidad asistencial y coordinando con otros niveles y profesionales cuando es necesario.

El origen de la dificultad

La situación de dependencia es la raíz del problema. Esta condición genera un riesgo constante de desarrollar LCRD y conlleva la necesidad de apoyo para actividades básicas. Aunque la dependencia no puede ser resuelta desde la enfermería, sí interpela directamente al rol profesional en cuanto a la gestión de las causas etiológicas que provocan estas lesiones.

La intervención profesional

La enfermera puede actuar sobre los principales factores etiológicos de las LCRD: presión, cizalla, fricción, humedad y entorno, así como sobre los cuidados de la piel y los factores externos e internos que condicionan la cicatrización. Estas intervenciones, tanto directas como delegadas, se articulan a través del proceso enfermero, comenzando con una valoración holística, seguida de planificación, ejecución y evaluación sistemática.

Las consecuencias

En coherencia con los objetivos, los resultados esperados varían según la situación clínica. En personas dependientes sin LCRD, se espera prevenir la aparición de lesiones. En quienes ya presentan una LCRD, los resultados incluyen la mejora de la calidad de vida autopercibida, la progresión de la cicatrización y la satisfacción con los cuidados, así como la ausencia de complicaciones.

6.4 Rol de la enfermera

La enfermera de APC desempeña un rol central en el cuidado de las personas con LCRD en el entorno comunitario. Su labor es compleja y multifacética, y se desarrolla tanto en el domicilio como en el centro de salud, acompañando a las personas a lo largo de todo su proceso vital.

Mediante el proceso enfermero, las profesionales aplican el método científico para valorar de forma holística al paciente y su entorno, realizar un diagnóstico etiológico correcto, planificar objetivos y diseñar intervenciones adaptadas. Este enfoque permite abordar tanto la prevención como el tratamiento de las LCRD.

Aunque muchas de las intervenciones son delegadas a cuidadores formales o informales, la enfermera lidera la gestión de los cuidados en colaboración con el equipo interdisciplinar.

Además de su rol asistencial, la enfermera se responsabiliza de registrar la progresión de la cicatrización, documentar síntomas y tratamientos, y garantizar la continuidad asistencial, incluso a través de la derivación a otros profesionales cuando sea necesario.

El nivel de conocimientos en heridas suele ser desigual entre profesionales, ya que la formación suele provenir de la experiencia propia, de compañeras o de sesiones organizadas por laboratorios, más que de una formación académica reglada. Esta situación genera demanda por una mayor integración del contenido sobre heridas en los planes de estudio.

A pesar de las dificultades emocionales que puede implicar el cuidado de LCRD, la mayoría de las enfermeras sienten interés y satisfacción en este ámbito. No obstante, la falta de resultados visibles o la evolución negativa de las heridas pueden generar frustración, ansiedad y cuestionamiento profesional. Por ello, el apoyo entre compañeras y un entorno colaborativo resultan fundamentales para sostener y reforzar su rol.

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

Si quieres ir rápido, ve solo. Si quieres llegar lejos, ve acompañado.

Proverbio africano

El objetivo de esta investigación era conocer en profundidad la experiencia de LCRD en la comunidad desde diferentes perspectivas para poder identificar los elementos que configurarían una TSE y desarrollar sus fundamentos.

Partíamos de la base de una evidente escasez de estudios sobre heridas en el ámbito comunitario y especialmente en el domiciliario, dentro de un contexto marcado por el creciente envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad.

A la luz de los resultados del análisis de los datos obtenidos a lo largo de este estudio puede concluirse que se han cumplido los objetivos y se ha logrado conocer a fondo el fenómeno de estudio y, en vista de la escasez de investigación, los investigadores consideran que el enfoque utilizado ha sido el correcto, para poder generar evidencia mediante fuentes primarias.

Los resultados obtenidos nos han permitido describir los elementos que configuran los cuidados en la comunidad, pero también se han identificado otros aspectos que merecen atención.

A continuación, se comentan los hallazgos más relevantes de cada categoría en relación con la literatura, se realiza una discusión reflexiva y se exponen las implicaciones para la investigación y la práctica clínica, las limitaciones del estudio y las líneas futuras de investigación.

7.1 Contraste de resultados con estudios previos

Atención de pacientes con LCRD en la comunidad

La comunidad como entorno sanitario parte de que el paciente está en su territorio y las relaciones son más simétricas y, por tanto, el plan terapéutico tiene que ser fruto de un proceso de toma de decisiones compartido. Aun así, la enfermera no siempre es responsable de los resultados, ya que gran parte de las intervenciones son delegadas a la familia o cuidadores y en la mayoría de las ocasiones la resolución de los problemas que causan las LCRD o ponen al paciente en riesgo de padecerlas está fuera de sus competencias o influencia.

Cobra, pues, especial importancia situarse adecuadamente dentro del equipo interdisciplinar como líder de los cuidados a pacientes con LCRD, pero sin perder de vista sus competencias, porque los cuidados de estos pacientes y sobre todo la no progresión de la cicatrización puede ser causa de gran sufrimiento para la profesional.

En el ámbito de la comunidad, la enfermera acostumbra a trabajar sola y el MFC no suele tener demasiados conocimientos o interés en las heridas. Por tanto, la formación continuada y la implantación de una asignatura de curas en el grado podría mejorar los conocimientos, las competencias y habilidades de las enfermeras.

Estos resultados son congruentes con los obtenidos en otros estudios que han explorado los conocimientos de las enfermeras comunitarias sobre heridas y que concluyen que, en general estos son adquiridos de manera autodidacta o provienen de la propia experiencia, de la experiencia de otras compañeras y de los laboratorios farmacéuticos con poco apoyo de la organización.⁹⁷

La inclusión de una asignatura de heridas en la formación de grado es una demanda histórica y ya hay propuestas de las sociedades científicas en lo que se refiere a su contenido.⁹⁸ Así pues, la participación a nivel político a través de

los colegios y consejos profesionales es un deber del profesional de enfermería para ofrecer los mejores cuidados a los pacientes.

En cuanto al proceso enfermero como método científico que la enfermera utiliza para dar atención a las personas, familias y comunidades a las que da servicio, la literatura se centra especialmente en la intervención en la cura de las heridas, sin embargo, como se hace evidente por la complejidad del fenómeno, las intervenciones tienen que responder a las causas etiológicas siempre de manera individualizada según el contexto.

Esta tendencia de incidir en la curación podría revertirse si se invirtiera más en la prevención, pero a menudo, la organización de los servicios sanitarios provoca que se trabaje de manera reactiva en vez de planificada.

Después de la fase de valoración, es importante hacer un diagnóstico etiológico correcto de la LCRD, ya que este va a determinar el tratamiento. Para mejorar la precisión diagnóstica de las LCRD han surgido herramientas formativas que han demostrado su eficacia como el Sistema de Entrenamiento en la Clasificación de las Lesiones Adquiridas Relacionadas con la Dependencia (SECLARED).⁹⁹

Respecto a la planificación de los objetivos, el abordaje paliativo de las heridas es un tema que a menudo confronta la voluntad del paciente con la de los profesionales. Este problema se agrava en los pacientes que por LM u otros problemas neurológicos, no tienen sensibilidad al dolor.

Hay pocos estudios que hayan abordado la diferencia de objetivos entre profesionales y pacientes respecto a la cicatrización. Un estudio sobre úlceras en la pierna concluyó que los pacientes buscaban comodidad y alivio del dolor, mientras que los profesionales priorizaban la cicatrización.¹⁰⁰

La gestión de los cuidados emerge como el núcleo del problema. Los participantes del estudio de campo definen la atención sanitaria como un sistema caótico, inconexo y desordenado, con difícil accesibilidad, sobre todo, para contactos no programados con el sistema.

La longitudinalidad es un valor esencial en la APC y ha demostrado disminuir la mortalidad hasta en un 30% y mejorar otros resultados de salud como la calidad de vida.¹⁰¹ En la atención a pacientes dependientes y con patología crónica se hace imprescindible y en lo referente a la cura de las heridas, especialmente para la monitorización de la evolución, es importante ser atendido siempre por el mismo profesional.

Este precepto debe mantenerse en lo que se refiere a la atención domiciliaria¹⁰², ya que, se ha observado en la práctica clínica que la organización de algunos EAP destina una enfermera del centro para las curas a domicilio de manera rotativa. Cuando por algún motivo no sea posible mantener la longitudinalidad, los registros tienen que permitir continuar el tratamiento y medir la progresión de manera coherente y en ningún caso ser el paciente quien explique las curas.

En cuanto a la continuidad asistencial entendida como el flujo por los diferentes itinerarios del sistema, es importante contar con figuras como la gestora de casos o la enfermera de enlace y documentos como el informe de alta de enfermería para poder garantizar la continuidad de cuidados mientras que los programas informáticos no estén integrados.

Una comunicación inadecuada entre niveles puede afectar no solo a la continuidad asistencial sino a la seguridad del paciente, a la ineficiencia de los recursos sanitarios y a la satisfacción del paciente. Destaca como uno de los principales problemas de coordinación el de la atención primaria y hospitalaria.¹⁰³

Las consultorías presenciales o virtuales de caso, o reuniones multidisciplinares también sirven para mantener los planes de cuidados. Además, la creación de redes de profesionales de diferentes niveles asistenciales podría ayudar a reducir la carga y compartir los cuidados, de manera que se percibiera menos fragmentación de cuidados por parte del paciente.

Algunos de los participantes en este estudio refieren no haber sido informados nunca ni siquiera al alta de que tenían una LCRD provocada en el ingreso.

Fueron ellos mismos quienes la detectaron o se vieron un apósito colocado. La comunicación emerge como un problema global en la sanidad entre todos los actores tanto interprofesional¹⁰⁴ como con los pacientes; y puede estar debida a factores como barreras lingüísticas, culturales o de alfabetización en salud¹⁰⁵.

La derivación también es un tema complejo, puesto que se ha observado que, en ocasiones, la enfermera de APC es reticente a la derivación a otros profesionales sanitarios por motivos que podrían estar relacionados con la sensación de fracaso.

El rol de los profesionales de APC para los pacientes con heridas que se consideran de difícil cicatrización, es decir que no reducen su tamaño a la mitad en cuatro semanas, es realizar un abordaje inicial correcto y derivarlas a un servicio especializado en heridas.¹⁰⁶

Un estudio sobre la derivación de pacientes con LM con LPP a un experto en heridas reveló que no había un patrón claro entre la gravedad de la lesión y la intención de buscar ayuda, sino que lo que más influía era la personalidad, la familiaridad, la accesibilidad y la proximidad del consultor.¹⁰⁷

La propuesta de posición de la enfermera dentro del equipo interdisciplinar recuerda al modelo *Toe and Flow*¹⁰⁸ (véase Figura 38) aplicado para lesiones de pie diabético, donde el podólogo y el cirujano vascular forman un tándem y tienen a disposición el resto del equipo para consultar en caso de necesidad.

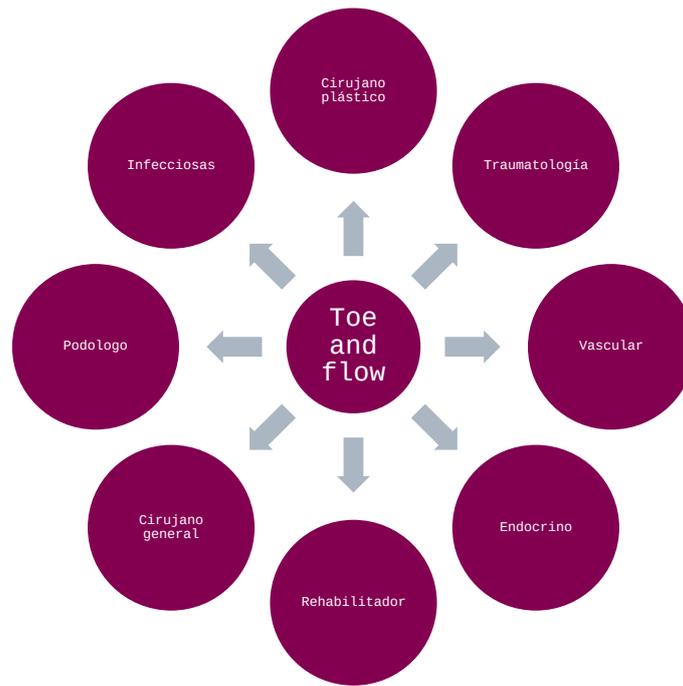


Figura 38. Modelo Toe and Flow

Fuente: Adaptado Rogers et al¹⁰⁸

Los profesionales con los cuales la enfermera suele colaborar en los cuidados a pacientes con LCRD suelen ser: el MAPC en lo referente al diagnóstico y tratamiento de la infección, la dietista-nutricionista si en la valoración inicial se detecta un patrón alterado, el servicio de ACV para el diagnóstico o tratamiento de lesiones en EEII, el servicio de CPR para cobertura de defectos importantes, y TSS para gestiones relacionadas con los recursos o la dependencia.

La enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC) en la comunidad realiza tareas de consultoría y de gestión de casos y aunque es una figura de reciente incorporación en el área donde se ha realizado el estudio ya ha demostrado su efectividad en otros territorios.⁶⁷ Hay ejemplos de cómo la EPA-HCC puede ejercer funciones de mentoría para capacitar a equipos de APC en la atención a heridas.¹⁰⁹

El esquema para el caso de las LCRD en la comunidad podría ser el siguiente:

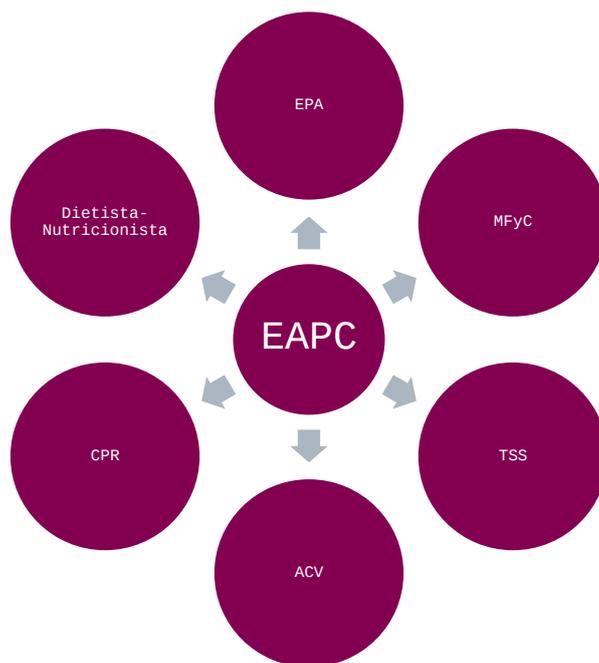


Figura 39. Modelo EAPC y el equipo multidisciplinar

Fuente: Elaboración propia

Situación de dependencia

Uno de los puntos clave de la TSE es que las LCRD siempre ocurren como resultado de un diagnóstico principal y, a menudo, no reciben la importancia necesaria. Este diagnóstico principal es la dependencia o la causa de la dependencia si es una enfermedad concreta.

El inicio de la dependencia puede ser repentino, y a menudo la persona no tiene los conocimientos y/o los recursos personales y físicos necesarios para hacer frente a la prevención de las LCRD.

La aparición de una LCRD es, por tanto, la punta del iceberg de una situación de dependencia en la que ha habido exposición a un factor etiológico y habitualmente no se han implementado las medidas necesarias de alivio de la presión, cuidados de la piel o evitación de riesgos.

De manera equivalente a *la escalera hacia la amputación* conceptualizada para las personas con síndrome de pie diabético que comienza con la diabetes¹⁰⁸ y se puede observar en la Figura 40, podríamos decir que la escalera a la LCRD empieza con la dependencia (Véase Figura 41):

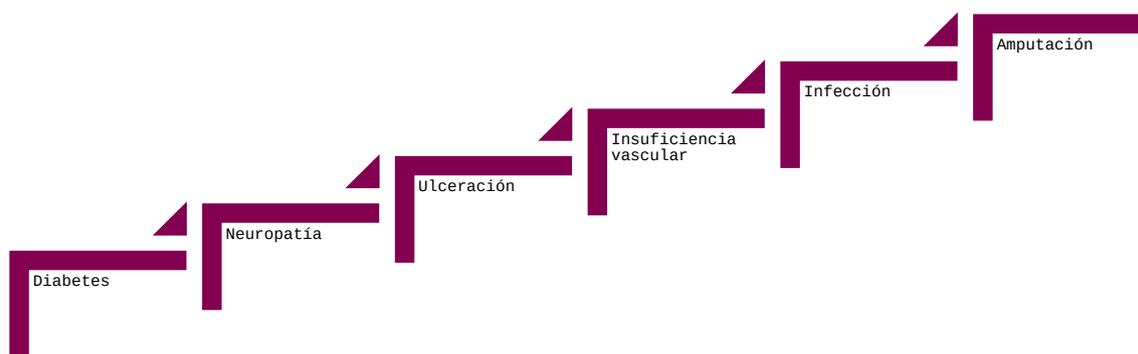


Figura 40. La escalera a la amputación

Fuente: *Adaptado Rogers et al*¹⁰⁸



Figura 41. La escalera a la LCRD

Fuente: Elaboración propia

En el caso de un paciente con LM, puede compararse con el paciente que presenta neuropatía, puesto que al no presentar sensibilidad al dolor no actúa sobre la etiología y conlleva a un rápido empeoramiento que por la misma causa pasa desapercibido.

Por tanto, siguiendo las proposiciones teóricas formuladas, la necesidad de prevención comienza cuando comienza la dependencia, poniendo énfasis en el alivio de la presión, el cuidado de la piel y la evitación de riesgos en el hogar.

Un estudio exploró las barreras y facilitadores en cuanto a la prevención de LPP en la comunidad. Los facilitadores fueron los conocimientos sobre úlceras y la rápida respuesta para la provisión del equipamiento, mientras que como barreras se identificaron la preocupación de explorar un área anatómica íntima, dificultades para iniciar conversaciones con pacientes sobre el riesgo y cambio de comportamiento, y las altas cargas de trabajo.¹¹⁰

Uno de los problemas básicos en cuanto a manejo etiológico en el entorno donde se llevó a cabo la investigación es la ausencia de financiación de productos para el alivio de la presión. Si bien algunas fundaciones colaboran o alquilan diferentes SEMP, o para algunos problemas concretos de dependencia grave los profesionales de la rehabilitación pueden hacer una prescripción de artículo ortopédico, la mayoría de los pacientes dependientes que se atienden en la comunidad no disponen de SEMP adecuados.

A pesar de que no era un objetivo de este estudio analizar el impacto en los cuidadores familiares, y no todos los participantes disponían de una, no se puede separar la persona dependiente de la necesidad de cuidado y es un tema que ha aparecido sistemáticamente en la revisión bibliográfica y en el trabajo de campo.

El 90% de las cuidadoras de los participantes en esta investigación fueron mujeres, tanto las familiares como asalariadas y a pesar de estar satisfechas con su rol, también reconocían el impacto físico y emocional que les causaban.

Aunque la Ley de la Dependencia (39/2006) buscaba redistribuir los cuidados, en la práctica ha reforzado el papel de las mujeres como principales cuidadoras que compensan la falta de servicios públicos adecuados.¹¹¹ Esta tendencia se mantiene en lo que se refiere a los cuidados de las personas con discapacidad, donde muchas cuidadoras se enfrentan a una doble jornada laboral con el deterioro de la salud que conlleva.¹¹²

Los estudios que han evaluado el impacto de los cuidadores de pacientes con LPP en el domicilio muestra baja calidad de vida en los cuidadores informales y alta sobrecarga emocional y de trabajo. El número de úlceras y la falta de apoyo económico agravan la carga del cuidador.¹¹³

En el ámbito comunitario, a menudo se delegan cuidados de la persona dependiente a su pareja u otro miembro de la familia que también presenta cierto grado de dependencia, por lo que los cuidados no son óptimos y provocan resultados no deseados tanto en el paciente como en el cuidador.

Además, se produce una paradoja, y es que nuestra propia atención genera más dependencia. Este fenómeno ha sido formulado como proposición de la TSE y describe que la necesidad de recibir curas genera más dependencia dentro de la dependencia, por lo que nos encontramos ante un bucle de dependencia:



Figura 42. El bucle de la dependencia

Fuente: Elaboración propia

Personas ya dependientes que mantenían cierta autonomía dentro de la dependencia se ven obligadas a abandonar actividades recreativas como ir a la playa o ir de viaje con la familia por la necesidad de recibir curas para sus LCRD.

Progresión de la cicatrización

La detección de la herida no siempre coincide con el inicio real, por lo que la vigilancia diaria de la piel tanto por el paciente en la medida de lo posible, como por la cuidadora o profesional se vuelve imprescindible.

A pesar de la detección tardía, el organismo pone en marcha los mecanismos fisiológicos para la cicatrización en el momento en el que se produce la herida; la progresión hacia la cicatrización no suele ser lineal y se ve modulada por las características de la herida y los factores internos y externos que la afectan.

Las características de la herida resultantes en el estudio están en consonancia con la literatura que reconoce los factores que influyen en la complejidad de las heridas y los clasifica en factores de la herida, factores del paciente y del profesional sanitario representados en la Figura 43.

A los factores que influyen en la progresión de la cicatrización, además de los conocimientos de los profesionales, se añaden los conocimientos de los pacientes y sus cuidadores, puesto que en la comunidad serán los encargados de realizar los cuidados preventivos y en algunas ocasiones curas de sus heridas.

Los resultados obtenidos en la investigación coinciden en resaltar como factores que afectan a la progresión de la cicatrización los factores relacionados con la salud y estilo de vida del paciente como la comorbilidad, problemas nutricionales, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, estrés y uso de medicamentos.¹¹⁴

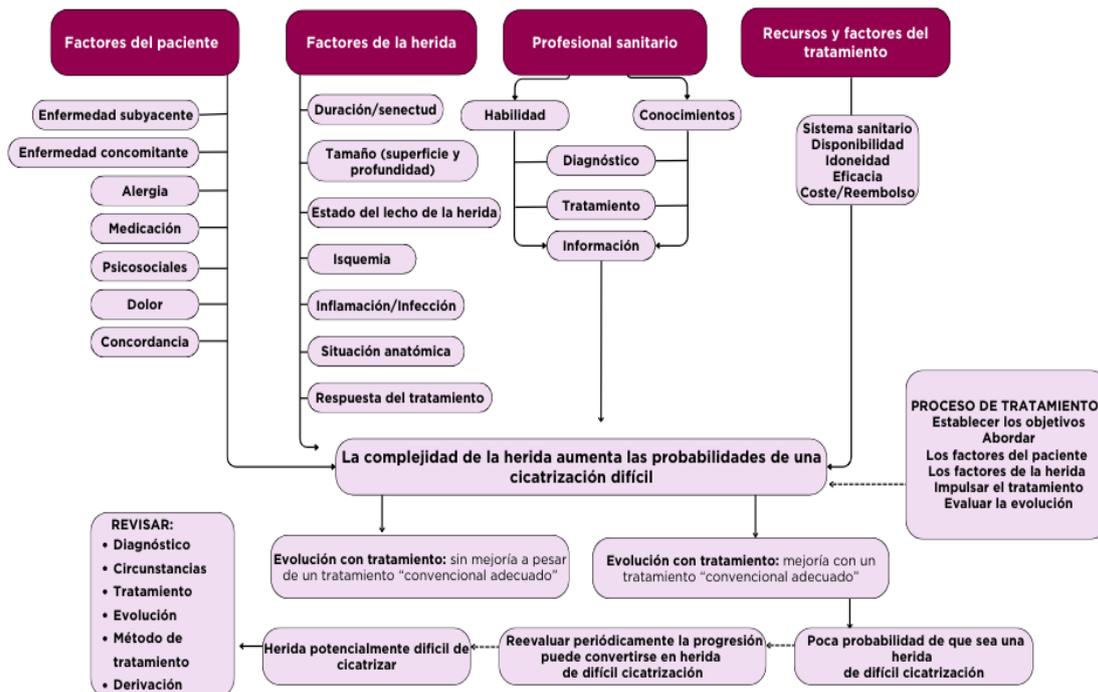


Figura 43. Factores que influyen en la complejidad y en la dificultad de cicatrización

Fuente: Adaptado de Rodrigues et al.¹¹⁵

Por otro lado se refuerza que la adherencia o conducta de cumplimiento influye directamente en la cicatrización de las heridas.¹¹⁵ Lo que tiene que motivar para potenciar la educación para la salud y la toma de decisiones compartidas.

Estos factores van a hacer que la progresión de la cicatrización avance, retroceda o se estanque, lo que puede dar lugar a otras complicaciones que a su vez incidirán en la cicatrización.

Sin embargo, las últimas investigaciones muestran otros mecanismos que hasta ahora no habían recibido atención. Un estudio reporta que las desigualdades en la presencia de heridas y sus resultados se deben a una agrupación de factores psicológicos, bioquímicos, ambientales y sociales que incluyen los determinantes sociales de salud, los sesgos, la exposición crónica al estrés y los traumas generacionales.¹¹⁶

Vivencia individual

Para el desarrollo de la TSE se ha asumido la existencia de múltiples verdades y la vivencia no universal de los fenómenos. La vivencia individual de los problemas de salud en general y de las LCRD en particular estará determinada por diferentes aspectos.

La cultura es un elemento constitutivo del fenómeno salud-enfermedad¹¹⁷ y los procesos de salud-enfermedad están integrados en la cultura de los grupos sociales donde ocurren, además debemos reconocer que los sistemas de atención sanitaria también son construcciones culturales que reflejan las realidades sociales y políticas de cada sociedad¹¹⁸ y pueden coincidir o no con la de la persona atendida.

En lo referente a la cultura, hay pocos estudios que la relacionen con la vivencia de las heridas. Se sabe que las creencias tienen influencia en el afrontamiento y en la cicatrización¹¹⁵ y que éstas están influenciadas por la cultura. Por lo que se puede suponer que estarán relacionadas de alguna manera, aunque no esté descrita.

El entorno socioeconómico determina el acceso al sistema sanitario o a los tratamientos necesarios. Aunque el lugar donde se llevó a cabo el estudio cuenta con sanidad universal y gratuita se reconocen las desigualdades socioeconómicas en la salud. En el caso de dependencia sobrevenida el estado socioeconómico es determinante para acceder a los cuidados necesarios y a los materiales de curas en caso de LCRD.

En países sin cobertura sanitaria universal, como Estados Unidos, las desigualdades étnicas y raciales (inestabilidad económica, estrés crónico, nutrición deficiente y mayor carga de enfermedades como obesidad y diabetes) se asocian con un riesgo elevado de heridas crónicas y con un mayor índice de amputaciones, especialmente en poblaciones afroamericanas, hispanas y nativas americanas.¹¹⁹

La influencia del entorno sociofamiliar es otro pilar para la salud de la persona. En nuestro entorno, la familia es la base de los cuidados. Se ha definido el *familismo* como el modelo latino-mediterráneo caracterizado por un sistema de bienestar basado en la familia como principal proveedora de los cuidados por la falta de cobertura pública. Tras la aplicación de la ley de la dependencia la distribución de los cuidados entre la familia, el estado y el mercado no ha suplido el papel central de la familia.¹²⁰ La persona que padece LCRD tiende a aislarse socialmente por diferentes motivos, este aislamiento puede conllevar depresión y afectar también a la cicatrización, entrando en un bucle.¹¹⁶

Finalmente, la vivencia del individuo se ve modulada por dos factores fundamentales que son el filtro a través del que pasa la experiencia: el entorno interno, que contempla las características inherentes a la persona como factores biológicos, la personalidad, la forma de ser, el estado cognitivo, causa de la dependencia; y la actitud con la que se enfrenta al problema, que no es estable a lo largo del tiempo y viene motivada por creencias y valores.

Las dimensiones de la salud han sido ampliamente estudiadas desde la perspectiva enfermera sobre todo en lo que se refiere a la valoración holística dentro del proceso enfermero. Algunas de las perspectivas utilizadas incluyen la escuela de necesidades como las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson⁵⁵ o los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon⁹¹. De cualquier manera, la TSE reconoce que la salud de todas las personas es multidimensional y la presencia de la alteración en las dimensiones por el fenómeno de la dependencia y las LCRD.

La calidad de vida, sin embargo, es la percepción subjetiva de cómo un problema de salud afecta al individuo. Para la creación de esta TSE se ha triangulado el marco conceptual de calidad de vida realizado por Claudia Gorecki para las LPP.⁴⁷ El marco conceptual de Gorecki reconoce que las LPP afectan múltiples dimensiones de la CVRS. Los resultados de la investigación han podido corroborar la presencia de estas afectaciones no solo para las LPP sino para el resto de LCRD con diferente intensidad.

Nuestros resultados coinciden en resaltar que el dolor es el síntoma más prevalente e impactante y como en el modelo de Gorecki se define el dolor como significativo y subestimado en pacientes con LPP y la importancia de un enfoque biopsicosocial en su manejo.¹²¹ Gorecki también encontró que las lesiones sobre todo, en pacientes mayores conllevaban un aumento de la dependencia como el uso de silla de ruedas en el caso de lesiones en el talón, necesidades de cuidado aumentadas o adaptaciones en el hogar¹²² lo que se ha definido en la TSE como el bucle de la dependencia.

La escalera de la abstracción

Utilizando el símil de la escalera de la abstracción usado por Patricia R. Liehr y Mary Jane Smith en su libro *Middle range theory for nursing*⁷² en cada uno de los conceptos de la TSE Itinerarios Paralelos se puede ir de lo más concreto y palpable en la práctica a lo más abstracto e intangible.

Por ejemplo, el itinerario *Progresión de la cicatrización* puede observarse desde diferentes perspectivas que van desde lo más concreto y ni siquiera observable para el ojo humano como las reacciones redox, el pH y las células que intervienen; hasta otras perspectivas que pueden incluir la monitorización de la cicatrización mediante escalas o la influencia del estrés en la cicatrización.

Usando el mismo ejemplo en el concepto principal *Situación de dependencia*, podemos ir desde lo más concreto como un cambio postural a lo más abstracto o genérico como la Ley de la Dependencia.

Por ello es importante que, a la hora de utilizar los modelos conceptuales en la práctica clínica, en la investigación o en la docencia, sepamos movernos hábilmente por la escalera de abstracción y observar el mismo fenómeno desde diferentes perspectivas ya que igual que no serviría de nada aplicar un producto sobre la herida de un paciente que vive sólo y no puede aliviar la presión sobre esa prominencia ósea, no serviría de nada acompañar al paciente en el proceso de solicitar el reconocimiento de la dependencia y no instaurar un plan de cuidados para ese problema de salud.

7.2 Interpretación reflexiva de los hallazgos

Perspectiva disciplinar

El desarrollo de teorías de enfermería se enmarca en el complejo entramado de la atención sanitaria interdisciplinar en el que, a menudo, las enfermeras se enfrentan al desafío de explicar cuál es la esencia de su contribución específica. Esta dificultad no solo refleja la complejidad del rol enfermero, sino también la necesidad de contar con marcos conceptuales que sustenten nuestra práctica.

Como miembros de la mayor profesión sanitaria, las enfermeras tenemos el potencial de asumir un papel de liderazgo en la atención sanitaria. Este rol, sin embargo, exige no solo competencias clínicas avanzadas, sino también una clara conciencia sobre la contribución de la enfermería al desarrollo del conocimiento disciplinar. El papel de la práctica avanzada en enfermería, especialmente en el contexto de la formación doctoral, tiene el potencial de enriquecer el nivel actual de práctica clínica al orientarla hacia un ejercicio profesional guiado por teorías de enfermería.

Tal como señalan Smith y Liehr, a pesar de los avances significativos logrados en el desarrollo teórico de la enfermería, sigue existiendo el reto de generar teorías pertinentes y útiles que respondan a las necesidades de conocimiento de las enfermeras del siglo XXI.

Este contexto desafía a las enfermeras investigadoras a desarrollar marcos teóricos más integradores, que puedan sostener enfoques mixtos o interpretativos sin renunciar al rigor ni a la especificidad disciplinar. Así, la búsqueda de una vía intermedia no responde únicamente a una inquietud epistemológica, sino a una necesidad práctica: la de generar conocimiento aplicable en contextos asistenciales complejos, culturalmente diversos y en transformación acelerada.¹²³

La TSE se adentra directamente en la experiencia cotidiana y en las diversas circunstancias contextuales que moldean esa experiencia. En esencia, la TSE es un camino que conduce al cumplimiento del potencial emancipador de la enfermería: el potencial de imaginar y, en última instancia, lograr la justicia social en la salud y la atención sanitaria.

En lo referente a la TSE *Itinerarios Paralelos*, el ámbito de estudio resulta de especial interés dado el cambio de escenario en la atención a la cronicidad hacia la comunidad y en especial al domicilio de los usuarios. Además, el contexto demográfico con el aumento progresivo de la dependencia por causas de envejecimiento, el conocimiento insuficiente sobre lesiones cutáneas en las profesionales de enfermería y la falta de investigación en este campo apoyan la utilidad de la TSE.

El desarrollo de teorías y modelos enfocados en poblaciones específicas ha cobrado relevancia creciente en la disciplina enfermera, particularmente en el contexto de las disparidades en salud. Si bien en muchos casos estos marcos teóricos se han articulado inicialmente en torno a la raza o la etnicidad, su alcance se ha ampliado para abarcar dimensiones como el estatus socioeconómico, el género, la discapacidad, la condición de inmigrante o la pertenencia a minorías sexuales.⁷³

Este enfoque resulta especialmente relevante para el caso de las personas con dependencia y LCRD, quienes podrían considerarse una población clínicamente vulnerable en el ámbito comunitario, con un alto riesgo de deterioro funcional, exclusión social y cronificación de las heridas.

La TSE *Itinerarios Paralelos* puede considerarse, hasta donde alcanza la revisión disponible, la primera teoría original de este tipo creada por una enfermera en España. En este contexto, la presente teoría representa una contribución pionera. Su desarrollo responde no solo a una inquietud epistemológica, sino también a una necesidad asistencial concreta: dotar a las enfermeras comunitarias de un marco de referencia útil, comprensible y fundamentado para el cuidado de personas dependientes con LCRD.

El hecho de que esta TSE haya sido elaborada por una enfermera clínica experta en heridas y situada en el sistema público de salud, dentro de un equipo multidisciplinar, añade un valor particular: muestra cómo el conocimiento disciplinar enfermero puede emerger desde la práctica, ser teóricamente formalizado y retornar a la práctica con capacidad de transformación.

Perspectiva metodológica

La TSE *Itinerarios Paralelos* se legitima como contribución teórica disciplinar al abordar el foco central de la enfermería, el cuidado de las personas en una situación concreta de salud, y a pesar de no derivar directamente de teorías de mayor abstracción, está fundamentada en paradigmas reconocidos por la profesión, como el interactivo-integrativo⁷² y sus relaciones tanto con los conceptos metaparadigmáticos como con los elementos fundamentales de las teorías de enfermería han sido definidos explícitamente con el objetivo de poder establecer vínculos posteriores con otras teorías.

Durante el desarrollo de esta TSE se han planteado algunos retos metodológicos como el uso de múltiples abordajes inductivos-deductivos en el método integrativo propuesto por Im y Meleis, como son la teoría fundamentada, el análisis de contenido cualitativo, y la metodología de Walker y Avant para el refinamiento de conceptos y proposiciones teóricas.¹²⁴

El futuro de las TSE pasa por centrar los esfuerzos en su validación y su puesta a prueba en los entornos de la práctica, pero considerando que las TSE aún están en su infancia, especialmente fuera de Estados Unidos, los esfuerzos de las teóricas se han centrado principalmente en el desarrollo de teorías más que en su evaluación.¹²⁴

Puesto que el objetivo de esta tesis era definir los fundamentos de la TSE se espera poder completar las fases de reportar, compartir y validar, y así ser congruentes con las tendencias actuales en el desarrollo teórico en enfermería.

7.3 Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos obtenidos, este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados:

- Dada la novedad del marco teórico de las LCRD, con apenas una década de evolución, existen pocos estudios que aborden este fenómeno como una unidad de análisis, lo que hace más complicado conceptualizar los resultados.
- La escasez de estudios sobre LCRD de cualquier etiología con perspectiva comunitaria ha obligado a incluir estudios sobre heridas en general que podrían no reflejar con tanta precisión el fenómeno. Esta situación se solucionó triangulando los datos con la investigación de campo.
- La investigación se llevó a cabo en un entorno amplio pero urbano, lo que limita la generalización de los resultados a zonas rurales. Además, se ha identificado la existencia de una brecha rural en la dependencia, siendo más prevalente en entornos rurales.¹²⁵
- El papel de la enfermera comunitaria puede ser variable según el territorio, debido a diferencias de estructura de los sistemas sanitarios y de la organización del equipo.¹²⁶ En el entorno donde se realizó el trabajo de campo, la enfermera tiene completas competencias para abordar las LCRD dentro del equipo interdisciplinar.
- El tamaño de la muestra de participantes en el trabajo de campo puede considerarse una limitación, ya que, si bien ha permitido la exploración en profundidad del fenómeno estudiado, podría no captar la totalidad de la variabilidad existente en diferentes contextos y perfiles de pacientes.

- El estudio se ha realizado en una única institución, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros entornos sanitarios. Las dinámicas organizativas, los recursos disponibles y los protocolos asistenciales pueden variar significativamente entre instituciones, lo que influye en la experiencia de los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud.
- La influencia de la investigadora como enfermera experta en heridas podría haber condicionado las respuestas de los participantes en los grupos focales y en las entrevistas intentando dar respuestas correctas o aceptadas.
- La no participación de pacientes con trastornos cognitivos u otras barreras comunicativas o sensoriales representa un sesgo, ya que estos pacientes constituyen un grupo vulnerable con incidencia de LCRD que no está representado.
- Se reconoce una limitación cultural en el envejecimiento, puesto que la población migrante del territorio está compuesta principalmente por nuevos residentes, lo que puede haber generado una infrarrepresentación de la diversidad cultural de la experiencia de envejecimiento y dependencia.
- Se ha utilizado el marco conceptual de CVRS para LPP de Gorecki, que a su vez reconoce sus propias limitaciones y fue desarrollado para ciudadanos británicos angloparlantes sin deterioro cognitivo y aunque se exploraron diferencias según edad, género, gravedad y ubicación de las LPP, no se encontraron diferencias significativas en el impacto de las úlceras en la calidad de vida. El modelo es aplicable a pacientes adultos con LPP.⁴⁷ Durante la realización de esta investigación, la escala fue traducida y adaptada transculturalmente al español.¹²⁷

Pese a estas limitaciones, el estudio ofrece una perspectiva útil sobre el cuidado de las LCRD en la comunidad, proporcionando una base para futuras investigaciones que permitan profundizar en los aspectos identificados

7.4 Implicaciones para la práctica clínica y la investigación

Se prevé un incremento de la dependencia en los próximos años, tanto por razones demográficas como por la persistente crisis de los cuidados, agravada por la incorporación de las mujeres al mercado laboral y la insuficiente respuesta de las políticas sociales.

Además, se espera un cambio de la atención a la cronicidad desde la atención hospitalaria a la comunitaria, especialmente a la domiciliaria donde la enfermera tiene un rol prominente y autónomo.

Aunque el objetivo de la TSE no es proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica, el hecho de conocer el fenómeno y sus conceptos relacionados en profundidad puede ser útil para cuidar de manera integral a los pacientes con LCRD en la comunidad.

La TSE puede ayudar a la enfermera a posicionarse en el equipo interdisciplinar como líder en la gestión del cuidado integral a los pacientes con LCRD, delimitar su rol y colaborar en el equipo interdisciplinar sin descuidar los protocolos locales. La TSE también puede ayudar a la enfermera de APC en el contexto de alta carga de trabajo a identificar las prácticas que aportan valor y son significativas como son:

- Mantener de relaciones simétricas en el entorno comunitario favoreciendo la toma de decisiones compartidas y proporcionar atención centrada en la persona y su contexto involucrando a los cuidadores y la familia.
- Actualizar los conocimientos y habilidades para poder desempeñar todas las competencias en la atención al paciente con LCRD y consultar en caso de duda con una EPA-HCC para garantizar la correcta identificación de los mecanismos etiológicos que causan las LCRD y poder trabajar en su corrección.

- Promover la enseñanza de prevención en pacientes con dependencia y sus cuidadores ya sea en actividades grupales o individuales y ofrecer educación para las personas que ya presentan LCRD, sobre todo, en los factores modificables que afectan a la progresión de la cicatrización y en estrategias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida.
- Evaluar de manera periódica la progresión de la cicatrización y la CVRS con escalas validadas, si están disponibles en personas con LCRD.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios de las personas con LCRD para reducir la frecuencia de las complicaciones haciendo uso de la gestión de casos si está disponible, y fomentando la longitudinalidad y la continuidad asistencial para una atención coherente mejorando los registros.
- Utilizando el marco de referencia que ofrece la TSE, se podría implementar un programa específico en los EAP para pacientes dependientes. Mediante el establecimiento de una comisión de dependencia interdisciplinar y reuniones periódicas, sería posible compartir casos clínicos y consensuar decisiones terapéuticas, además de valorar la asistencia del paciente o cuidador a las mismas.
- Este modelo de atención interdisciplinar podría implementarse incluyendo diferentes niveles asistenciales como el ámbito hospitalario, sociosanitario y residencial.

Los estudios futuros podrían centrarse en expandir esta teoría más allá del territorio y observar si la vivencia es diferente en el ámbito rural donde la dependencia es más acusada y el acceso a los recursos más complejo.

Por último, se ha descrito una brecha entre el estudio de las diferentes etiologías de heridas en beneficio de las úlceras venosas, las LPP y las úlceras de pie diabético¹¹⁶, por lo que otros estudios podrían enfocarse en la vivencia de otro tipo de heridas menos prevalentes utilizando la misma metodología.

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

Cada nuevo comienzo viene del final de algún otro comienzo.

Séneca

El presente estudio ha permitido comprender en profundidad la atención a las personas con LCRD en el ámbito comunitario, aportando una visión integral del fenómeno desde la perspectiva tanto de los pacientes como de los profesionales de enfermería. A continuación, se presentan las conclusiones relacionadas con el primer objetivo: *conocer los elementos que configuran una TSE para pacientes con LCRD por parte de la enfermera de APC:*

- El conocimiento existente destaca que la atención enfermera comunitaria a pacientes con heridas es compleja, especialmente en el domicilio, donde influyen las altas precoces, falta de formación médica, trabajo en solitario y simetría en las relaciones. La prevención y un enfoque holístico son esenciales, al igual que la continuidad asistencial, la comunicación efectiva y la participación de especialistas, especialmente ante heridas complejas que afectan intensamente la calidad de vida, sobre todo por el dolor.
- El cuidado de personas con heridas en la comunidad incluye un gran número de actividades de enfermería que a menudo se basan en la experiencia más que en la evidencia. Las heridas impactan profundamente en la calidad de vida de los seres humanos, provocando experiencias únicas y multifactoriales. El entorno que rodea a la persona influye enormemente en los cuidados. Además, cuando una herida no cicatriza, se produce una afectación profesional significativa, y las enfermeras suelen percibir que sus conocimientos sobre el manejo de estas situaciones son insuficientes, lo que genera frustración e inseguridad.
- La experiencia de las personas con LCRD está influida por factores personales, profesionales y contextuales. Destacan la actitud del paciente, la adaptación a la dependencia, el alivio de la presión y las características de la herida. Son claves la continuidad asistencial, la coordinación entre niveles y la intervención profesional, en interacción con el entorno físico, socioeconómico y familiar. Todo ello repercute en la calidad de vida, afectando a los síntomas físicos, la funcionalidad física, al bienestar psicológico y a la funcionalidad social.

- Los facilitadores clave en el abordaje de las LCRD en la comunidad incluyen el conocimiento previo de las enfermeras, su actitud positiva y autonomía, el uso del proceso enfermero con enfoque holístico, la existencia de redes profesionales y la implicación activa de cuidadores familiares. La continuidad asistencial, el uso de escalas validadas y los programas de gestión de casos también refuerzan la calidad de los cuidados. No obstante, persisten barreras relevantes como la escasa formación en heridas, la sobrecarga asistencial, la falta de financiación, la fragmentación del sistema y la desigualdad en el acceso a recursos, lo cual se ve agravado por problemas de comunicación entre niveles, registros inconsistentes y delegación de cuidados a cuidadores también dependientes.

Posteriormente, se presentan las conclusiones relacionadas con el segundo objetivo: *construir una primera aproximación a la conceptualización de una TSE para pacientes con LCRD en la comunidad:*

- A partir del análisis de los resultados obtenidos, se ha construido la TSE *Itinerarios Paralelos*. Esta teoría propone que la vivencia de las personas con LCRD en el ámbito comunitario se configura a partir de cuatro dimensiones que transcurren simultáneamente: *la atención en la comunidad, la situación de dependencia, la progresión de la cicatrización y la vivencia individual*. De la relación entre los conceptos formulados se derivan proposiciones teóricas que refuerzan el potencial explicativo de esta TSE:
 - El inicio de la prevención de las LCRD debe coincidir con el inicio de la dependencia.
 - Las LCRD generan un impacto sustancial en la calidad de vida.
 - Las LCRD son consecuencia de un diagnóstico principal y suelen recibir escasa atención en fases iniciales.
 - La necesidad de cuidados para tratar las LCRD incrementa la dependencia ya existente.
 - La EPA puede contribuir significativamente a la mejora de resultados en salud mediante la gestión experta de estos cuidados.

- Se han desarrollado los conceptos del metaparadigma enfermero: persona, enfermería, salud, entorno global y cultura; así como los elementos fundamentales: el objetivo, el beneficiario, el papel del profesional, el origen de la dificultad, la intervención profesional y las consecuencias que pueden permitir conectar la TSE con otras de mayor nivel de abstracción en futuras investigaciones.
- El rol de la enfermera de APC incluye su actuación tanto en el centro de salud como en domicilio a lo largo del proceso vital del paciente. Su abordaje se basa en el proceso enfermero y en una valoración holística. Aunque muchas acciones son delegadas, la enfermera lidera la gestión de los cuidados, coordina con el equipo interdisciplinar, documenta la evolución de las heridas y garantiza la continuidad asistencial. A pesar del desgaste emocional que puede implicar este tipo de cuidados, la mayoría de las enfermeras manifiestan satisfacción profesional, siendo claves el apoyo entre compañeras y un entorno colaborativo para sostener su compromiso y bienestar.

Finalmente, se enumeran las implicaciones de la TSE para la práctica clínica, la investigación y la docencia:

- Puede ser útil para definir el rol de la enfermera dentro del equipo interdisciplinar
- Puede servir de apoyo para desarrollar programas para la atención integral a la dependencia dentro de los EAP y entre diferentes niveles asistenciales
- Se recomienda seguir ampliando la teoría verificando si los mismos supuestos son ciertos, teniendo en cuenta aspectos como la brecha rural de la dependencia o estudiando lesiones menos prevalentes
- En el ámbito docente, puede ser de utilidad en estudios de pregrado para trabajar los niveles de abstracción en asignaturas como Enfermería Fundamental, mientras que en estudios de posgrado puede servir para profundizar en la metodología del desarrollo de teoría en las Ciencias de la Enfermería.

CAPÍTULO 9: BIBLIOGRAFÍA

El hombre que no lee no tiene ninguna ventaja sobre el que no sabe leer.

Mark Twain

1. Garcia-Fernandez FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra-Bou JE. Atención integral de las heridas crónicas. 3a ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
2. Martinez-Cuervo F, Soldevilla-Ágreda JJ. El cuidado de las heridas: evolución histórica (1ª parte). Gerokomos. 1999;10(4):182–92.
3. Piaggese A, Bassetto F, den Braber E, Paola LD, Marques A, Palla I, et al. New technologies for tissue replacement. Journal of Wound Management. 2023;24(1):S1–130.
4. Gethin G. Valoración de lo normal y lo anómalo. In: Probst S, editor. Cuidado de heridas en enfermería Un enfoque centrado en la persona. 3a ed. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 3–21.
5. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. Journal of Nursing Scholarship. 2014;46(1):28–38.
6. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Rodriguez-Palma M, Pancorbo-Hidalgo PL. Skin injuries associated with severe life-threatening situations: A new conceptual framework. Journal of Nursing Scholarship. 2021;54(1):1–9.
7. Garcia-Fernandez FP, Rodriguez-Palma M, Torra-Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL. Lesiones cutáneas por compromiso vital severo. Serie de documentos técnicos GNEAUPP nº XVI. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2024.
8. Pancorbo-Hidalgo PL. Advances in nursing research on wounds: achievements, opportunities and challenges. Enfermería Clínica (English Edition). 2021;31(2):67–70.
9. Pancorbo-Hidalgo PL. Investigación sobre las heridas. Gerokomos. 2016;27(3):89–90.
10. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de enfermería. 11ª. Ostendorf WR, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2023.
11. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 10th ed. Barcelona: Elsevier; 2023.
12. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 10a ed. Herdman HT, Kamitsuru S, editors.

- Barcelona: Elsevier; 2014. 48 p.
13. Hahessy S. Valoración y planificación. In: Probst S, editor. Cuidado de heridas en enfermería Un enfoque centrado en la persona. 3a ed. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 22–33.
 14. Real Academia Española (RAE), Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE). Dependencia - Definición [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://dle.rae.es/dependencia>
 15. Solís C, Arrijoja S, Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*. 2005;4(1–2):1–6.
 16. Rodríguez Cabrero G. Protección social de la dependencia en España. Madrid; 2004. Report No.: 44/2004.
 17. Unión de entidades para la promoción de servicios sociales de atención a personas mayores y/o en situación de dependencia. Estudio socioeconómico de la atención para personas en situación de dependencia en España Informe final. Barcelona; 2024.
 18. Gobierno de España, Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*. 2006;(299):44142–56.
 19. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. RD 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*. 2011;42:18567–691.
 20. *Boletín Oficial del Estado*. Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD). *Boletín Oficial del Estado*. 2011;(42):18571–93.
 21. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2001.
 22. Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial del Estado*. 2012;(168):50428–518.
 23. Garcia Ortiz M. Historia de la discapacidad. Una historia de la humanidad sin dejar a nadie atrás. Ediciones Cinca; 2024.
 24. Jefatura Del Estado. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de

- noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado. 2013;1–44.
25. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. In: Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2011. p. 388.
 26. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía y situaciones de Dependencia EDAD 2020. 2022;2020:1–14.
 27. Organización Mundial de la Salud. Lesión de la médula espinal [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
 28. Instituto Nacional de Estadística. Enfermedades crónicas diagnosticadas por sexo y edad. Población de 6 y más años con discapacidad. Madrid; 2020.
 29. Huete García A, Díaz Velázquez E. Análisis sobre la lesión medular en España. Aspaym, editor. 2012.
 30. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, Torra-Bou JE, et al. Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. 3ª Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2021.
 31. García-Fernández FP, Torra-Bou JE, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL. 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(3):134–41.
 32. Chiquero Valenzuela S, Rodríguez Palma M, García Fernández FP, López Franco MD. Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Gerokomos. 2023;34(1):78–84.
 33. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. Dermatology. 2007;215(4):284–94.

34. Kaya G. New therapeutic targets in Dermatoporosis. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2012;16(4):285–8.
35. LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Sammon MA, Edwards K, et al. International Skin Tear Advisory Panel: A Tool Kit to Aid in the Prevention, Assessment, and Treatment of Skin Tears Using a Simplified Classification System. *Advances in Skin and Wound Care*. 2013;26(10):38–44.
36. LeBlanc K. Recomendaciones de prácticas óptimas para la prevención y el tratamiento de los desgarros cutáneos en el paciente anciano. *Wounds International*. 2018.
37. López-Franco MD, Soldevilla-Ágreda JJ, Torra-Bou JE, Martínez Vázquez S, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. *Gerokomos*. 2023;34(4):269–76.
38. Samaniego Ruiz MJ, Martínez Varón MJ. Impacto de las úlceras por presión en la mortalidad. *Enfermería Dermatológica*. 2016;10(27):59–61.
39. Song YP, Shen HW, Cai JY, Zha ML, Chen HL. The relationship between pressure injury complication and mortality risk of older patients in follow-up: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*. 2019;16(6):1533–44.
40. Nolasco Bonmatí A, García C, Verdú Soriano J. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999. *Gerokomos*. 2003;14(4):212–26.
41. Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Quesada JA. Trends in mortality due to pressure ulcers in Spain, over the period 1999–2016. *Journal of Tissue Viability*. 2021;30(2):147–54.
42. Torra-Bou J, García-Fernández F, Perez-Acevedo G, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda J, et al. El impacto económico de las lesiones por presión. *Gerokomos*. 2017;28(2):83–97.
43. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;1754–74.

44. Soldevilla-Ágreda JJ, Navarro-Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2006;17(4):203–24.
45. González-Consuegra RV, Verdú J. Quality of life related with chronic wounds. *Gerokomos*. 2010;21(3):131–9.
46. Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: Hospital inpatient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(5):494–504.
47. Gorecki C, Lamping DL, Brown JM, Madill A, Firth J, Nixon J. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: A patient-focused approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47:1525–34.
48. Gorecki C, Brown JM, Cano S, Lamping DL, Briggs M, Coleman S, et al. Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: The PU-QOL instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(1):1–12.
49. Perdomo Pérez E, Soldevilla Agreda J, Fernández García FP. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. *Gerokomos*. 2020;31(3):166–72.
50. Roussou E, Fasoí G, Stavropoulou A, Kelesi M, Vasilopoulos G, Gerogianni G, et al. Quality of life of patients with pressure ulcers: a systematic review. *Medicine and Pharmacy Reports*. 2023;96(2):123–30.
51. Gutiérrez NP. Bioética y cuidado de las úlceras por presión. *Perspectiva de las enfermeras hospitalarias de Cantabria*. Nuberos Científica. 2018;3(25):26–39.
52. Declaración de Río de Janeiro sobre úlceras por presión. Rio de Janeiro; 2011.
53. EWMA, GNEAUPP, SEHER. Declaración de Barcelona sobre la Atención a las Personas con Heridas. Barcelona; 2025.
54. Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP, et al. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016;27(4):161–7.
55. Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. De la teoría a

- la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
56. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. Ginebra; 1978.
 57. Ministerio De Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE. 1984;(27):2627–9.
 58. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de sanidad. BOE. 1986;(102):15207–24.
 59. Martínez-Riera JR, López-Gómez J. Atención domiciliaria. In: Manual práctico de Enfermería Comunitaria. 2a ed. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 47–52.
 60. Martínez-Riera JR, López-Gómez J. Consulta enfermera. In: Manual práctico de Enfermería Comunitaria. 2a ed. Barcelona: Elsevier España; 2021.
 61. Vegas Pardavila E. Evolución de la enfermería familiar y comunitaria en España: 25 años después de la reforma de Atención Primaria. 2015.
 62. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado. 2005;108(7354):15480–6.
 63. Ministerio de sanidad y política social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado. 2010;57217–50.
 64. Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Rodríguez-Palma M, Lopez-Casanova P, García-Fernández FP. Úlceras por presión: prevención. In: Manual práctico de enfermería comunitaria. 2a ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2020. p. 678–83.
 65. Verdu-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Rodríguez-Palma M, Casanova-López P, Garcia-Fernandez FP. Úlceras por presión: una guía para el tratamiento en atención domiciliaria. In: Manual práctico de Enfermería Comunitaria. 2a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 671–7.
 66. Amezcua Sánchez A, Rebollo Gómez P, Sevilla Guerra S. Liderazgo del

- futuro. La Enfermera de práctica avanzada. 1ª. Madrid: FUDEN; 2022.
67. Jiménez García J, Aguilera Manrique G, González Jiménez F, Gutiérrez García M, Arboledas Bellón J, García Fernández F. Resultados clínicos de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas en Andalucía. *Gerokomos*. 2020;31(1):36–40.
 68. Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Aceituno Nieto P, Escudero Martínez J, Bueno López C, Castillo Belmonte AB, et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2023. *Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en red*. 2023;30(Informes Envejecimiento en red):40.
 69. Carrasquer P. El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de relaciones laborales*. 2013;31(1):91–113.
 70. García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. Barriers and facilitators for caregiver involvement in the home care of people with pressure injuries: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2019;14(12).
 71. Martínez López R, Ponce Martínez DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Enfermería Global*. 2011;10(24).
 72. Liehr PR, Smith MJ, Carpenter RD. *Middle range theory for nursing*. 5th ed. *Advances in Nursing Science*. Lippincott Williams and Wilkins; 2023.
 73. Walker L, Avant K. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 6a ed. *Nursing Research*. New York: Pearson Education, Inc; 2019. 274 p.
 74. Fawcett J. More Thoughts About the Evolution of the Metaparadigm of Nursing: Addition of Culture as Another Metaparadigm Concept and Definitions of All the Concepts. *Nursing Science Quarterly*. 2024;37(2):183–4.
 75. Fawcett J. Thoughts About Environment. *Nursing Science Quarterly*. 2022;35(2):89–91.
 76. Fawcett J, Cartron E. Updating the central concepts of the nursing metaparadigm: a proposal from the nursing. *Recherche en soins infirmiers*. 2023;155(4):5–6.
 77. Bender M. Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nursing Inquiry*. 2018;25(3):1–9.

78. Weaver K, Olson JK. Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(4):459–69.
79. Im EO. Development of Situation-specific Theories. *Advances in Nursing Science*. 2005;28(2):137–51.
80. Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories. Application to nursing research and practice. 5a ed. Walters Kluwer Health; 2020. 320 p.
81. Im EO, Meleis AI. Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*. 1999;22(2):11–24.
82. Corbin JM, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 4a ed. Newbury Park: Sage Publications Inc.; 2014.
83. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349–57.
84. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2007;8(1):19–32.
85. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*. 2018;18(143):147–60.
86. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*. 2021;372.
87. Casadó-Marin L, Delgado-Hito P. Metodologia qualitativa aplicada a la recerca en salut i els cuidatges. In: *Investigació en infermeria Teoria i pràctica*. 1st ed. Publicacions URV; 2015. p. 98–107.
88. Adam E. *Hacia dónde va la enfermería*. 1st ed. Madrid: Importecnica S.A.; 1982.
89. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107–15.

90. Oliver JG. El análisis de contenidos: ¿qué nos están diciendo? *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(1):26–30.
91. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021–2023*. 12ª ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editors. Barcelona: Elsevier; 2021.
92. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2024.
93. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
94. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality and Quantity*. 2018;52(4):1893–907.
95. Valdés GLP. La codificación axial, innovación metodológica. *RECIE Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa*. 2016;3(1):497–509.
96. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. *Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigación en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol); 2014.
97. Friman A, Wahlberg AC, Mattiasson AC, Ebbeskog B. District nurses' knowledge development in wound management: ongoing learning without organizational support. *Primary health care research & development*. 2014;15(4):386–95.
98. Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Torra-Bou JE, Romero-Collado Á, Verdú-Soriano J, García-Fernández FP. A course on care for people with skin lesions for the undergraduate nursing programme: competencies and proposed contents. *Gerokomos*. 2022;33(1):33–7.
99. Valenzuela SC, Palma MR, Hidalgo PLP, Agreda JJS, Fernández FPG. SECLARED, una nueva herramienta de aprendizaje virtual para mejorar las habilidades de identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia. *Rev Rol enferm*. 2019;125–30.
100. Morgan PA, Moffatt CJ. Non healing leg ulcers and the nurse-patient

- relationship. Part 2: The nurse's perspective. *International Wound Journal*. 2008;5(2):332–9.
101. Añel Rodríguez RM, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2022;15(2):75–6.
 102. Limón E, Riera N. Longitudinality and continuity in home care. *Atencion Primaria*. 2023;55(5):10–2.
 103. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*. 2015;69(11):1257–67.
 104. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*. 2016;19:36–40.
 105. Ratna H. The Importance of Effective Communication in Healthcare Practice. *Harvard Public Health Review*. 2019;1(23).
 106. Beeckman D, Cooper M, Greenstein E, Idensohn P, Klein RJ, Kolbig N, et al. The role community-based healthcare providers play in managing hard-to-heal wounds. *International Wound Journal*. 2024;21(1):1–12.
 107. Bundz J, Schuurs S, Kendall M, Amsters D. What prompts nurses to seek help from wound care consultants in spinal cord injury management? *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 2016;34(2).
 108. Rogers LC, Andros G, Caporusso J, Harkless LB, Mills JL, Armstrong DG. Toe and flow: Essential components and structure of the amputation prevention team. *Journal of Vascular Surgery*. 2010;52(3 SUPPL.):23S-27S.
 109. Innes-Walker K, Parker CN, Finlayson KJ, Brooks M, Young L, Morley N, et al. Improving patient outcomes by coaching primary health general practitioners and practice nurses in evidence based wound management at on-site wound clinics. *Collegian*. 2019;26(1):62–8.
 110. Taylor C, Mulligan K, McGraw C. Barriers and enablers to the implementation of evidence-based practice in pressure ulcer prevention and management in an integrated community care setting: A qualitative study informed by the theoretical domains framework. *Health and Social*

- Care in the Community. 2021;29(3):766–79.
111. Benito Benitez MA. Feminización de la dependencia: la prestación por cuidados familiares. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. 2014;(9):338.
 112. Furno LY, Roncoli VC, Agüero ML. Feminización de las prácticas de cuidados en discapacidad: experiencias desde el Trabajo Social en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan O. Tesone. *Cátedra Paralela*. 2022;8843(21):115–31.
 113. Rodrigues AM, Ferreira PL, Ferré-Grau C. Providing informal home care for pressure ulcer patients: how it affects carers' quality of life and burden. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(19–20):3026–35.
 114. Gethin G, Probst S, Touriany E, Astrid Q, Hospital M, Netten JJ Van, et al. The impact of patient health and lifestyle factors on wound healing, Part 1: Stress, sleep, smoking, alcohol, common medications and illicit drug use. *Journal of Wound Management*. Official journal of the European Wound Management Association. 2022.
 115. Moffatt C, Margolis D, Nelson A, Romanelli M, Ágreda JS, Macgregor L, et al. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008.
 116. Swoboda L, Bates-Jensen B, Crow A, Bryant R, Erslev S, Byfield D, et al. Disparities in wound care : Part 1 physiologic, social, and environmental etiologic mechanisms for disparate wound outcomes. *Journal of Wound Management*. 2025;26(1):39–45.
 117. Duque-Páramo MC. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2007;9(2):127–42.
 118. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología , salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):177–85.
 119. Cavalcante-Silva J, Fantuzzi G, Minshall R, Wu S, Oddo VM, Koh TJ. Racial/ethnic disparities in chronic wounds: Perspectives on linking upstream factors to health outcomes. *Wound Repair and Regeneration*. 2024;32:770–9.

120. Comas D'Argemir D. Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*. 2015;24:375–404.
121. Gorecki C, Nixon J, Lamping DL, Alavi Y, Brown JM. Patient-reported outcome measures for chronic wounds with particular reference to pressure ulcer research: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(1):157–65.
122. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review: Clinical investigations. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(7):1175–83.
123. Smith MJ, Liehr PR. Middle range theory for nursing, fourth edition. *Middle Range Theory for Nursing, Fourth Edition*. 2018. 1–487 p.
124. Im EO, Meleis AI. Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing. 1st ed. Im EO, Meleis AI, editors. Springer Cham; 2021. 339–350 p.
125. Alzás García T, Fondón Ludeña A. Envejecimiento, dependencia y doble feminización en zonas rurales. Logros y retos: Actas del III congreso universitario nacional “Investigación y género.” 2011;90–9.
126. Busca E, Savatteri A, Calafato TL, Mazzoleni B, Barisone M, Dal Molin A. Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nursing*. 2021;20(1):1–12.
127. Vera Salmerón E, Mota Romero E, Domínguez Nogueira C, Rutherford C, Tudela Vázquez MP. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario de calidad de vida y úlceras por presión PU-QOL. *Revista española de salud pública*. 2023;97.

CAPÍTULO 10: ANEXOS

*Somos lo que hacemos repetidamente. La excelencia, entonces, no es un acto,
sino un hábito.*

Sócrates

Anexo 1. Hoja de recogida de variables de pacientes

Listado de variables sociodemográficas	
Edad	
Género	
Etnia	
Estado civil	
Nivel de estudios	
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Vive solo • Con el cuidador <ul style="list-style-type: none"> ○ asalariado ○ familiar • Con otras personas

Clínicas	
Síntomas	Dolor
	Exudado
	Olor
	Picor
Funcionalidad física	Sueño
	Movilidad
	AVD
	Vitalidad
Bienestar psicológico	Autoconcepto
	Estado de ánimo
	Ansiedad y preocupación
	Autoeficacia y dependencia
Funcionalidad social	Participación social
	Aislamiento

Cuidados enfermeros	
Lugar de atención	<ul style="list-style-type: none"> • CAP • Domicilio
Tipo de LCRD	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión por presión y cizalla • Lesión cutánea asociada a la humedad • Lesión por roce-fricción • Lesión mixta o combinada • Desgarro cutáneo
Tiempo de evolución	
Categoría de la lesión	

Anexo 2. Guion para entrevistas y grupos focales

Código paciente/grupo	
Fecha	___/___/___
Hora inicio	
Hora finalización	
ABS	
Tiempo de evolución de las LCRD / Años experiencia en LCRD	
Dimensiones	<p>Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Exudado • Olor • Picor <p>Funcionalidad Física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • AVD • Sueño <p>Bienestar psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo • Ansiedad <p>Funcionalidad Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación social • Aislamiento
Observaciones	<p>Presunciones</p> <p>Valores</p> <p>Elementos fundamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo • El beneficiario • El papel del profesional • El origen de la dificultad • La intervención profesional • Las consecuencias

Anexo 3. Artículo 1: Impacto de las lesiones por presión en un paciente post COVID-19

ARTÍCULOS ESPECIALES

CASOS CLÍNICOS



Impacto de las lesiones por presión en un paciente post Covid-19

Natalia Maella-Rius,¹ (<https://orcid.org/0000-0002-9475-8474>)

Laura Martínez-Rodríguez,² (<https://orcid.org/0000-0002-1300-249X>)

Joan Enric Torra-Bou,³ (<https://orcid.org/0000-0001-9410-4668>)

Resumen Abstract

Objetivo principal: Explorar el impacto de las lesiones por presión (LPP) en las personas después de un ingreso en la UCI por Covid-19. Metodología: Estudio de caso bajo enfoque cualitativo. Se realizó una entrevista semiestructurada para explorar el fenómeno "padecer LPP en el contexto de la enfermedad por Covid-19" y un análisis temático mediante la teoría fundamentada. Resultados principales: El análisis resultó en las siguientes categorías: signos y síntomas, funcionamiento físico, bienestar psicológico, funcionamiento social, vivencia del proceso, ámbito de los cuidados, espiritualidad, tratamientos, elementos de cura experta, comunicación de la información, satisfacción de cuidados, proceso de alta, integración y déficits de conocimientos. Conclusión principal: El estudio destaca el gran impacto que las lesiones por presión causan en todas las dimensiones calidad de vida, además de en las esferas espiritual, económica y la necesidad de información.

Palabras clave: Úlcera por presión. Infecciones por coronavirus. Calidad de vida. Investigación cualitativa. Enfermería.

Impact of pressure injuries in a post-Covid-19 patient

Objective: To find out the impact of pressure injuries (PI) on individuals after ICU admission for Covid-19. Methods: Case study under qualitative approach. A semi-structured interview was conducted to explore the phenomenon "suffering PI in the context of Covid-19 disease" and a thematic analysis was performed through grounded theory. Results: the impact analysis resulted in the following categories: signs and symptoms, physical functioning, psychological well-being, social functioning, experience of the process, scope of care, spirituality, treatments, elements of expert care, communication of information, satisfaction with care, discharge process, integration, and knowledge deficits. Conclusions: The study highlights the great impact that pressure injuries cause in all dimensions of quality of life, as well as in the spiritual, economic and information needs spheres.

Keywords: Pressure ulcer. Coronavirus infections. Quality of life. Qualitative research. Nursing.

¹Direcció Atenció Primària Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut, Sabadell, Barcelona, España. ²Facultad de enfermería y fisioterapia, Universitat de Lleida. Grupo de Investigación Tr2Lab, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Barcelona, España. ³Escuela de enfermería. Departamento de enfermería fundamental y mediquirúrgica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona, Barcelona, España

CORRESPONDENCIA:
nmaella.mn.ics@gencat.cat (Natalia Maella Rius)

Manuscrito recibido el 28.10.2022
Manuscrito aceptado el 27.06.2023

Index Enferm 2023; 32(2):
e14302
<https://doi.org/10.58807/indexenferm20235801>

Introducción

Las lesiones por presión (LPP), ahora incluidas dentro del marco de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD),¹ son un problema de salud pública de gran magnitud en todo el mundo por su prevalencia,² mortalidad,^{3,4} impacto en la calidad de vida de los pacientes^{5,6} y los cuidadores^{7,8} y consideraciones económicas,⁹ éticas, legales y de seguridad del paciente¹⁰ que conllevan.

Se considera que las LPP ocurren dentro del contexto de otras comorbilidades o como consecuencia de ellas y por ello, es difícil aislarlas para valorar su influencia por separado.¹¹ Por tanto, el impacto de las LPP y su tratamiento en la calidad de vida debe medirse con instrumentos diferentes de los de la calidad de vida percibida general o relacionada con otras condiciones.¹² En la literatura consultada destaca el trabajo de Claudia Gorecki que profundizó en el estudio de la calidad de vida (CV) en los pacientes con LPP generando evidencia sobre el impacto que las LPP y las intervenciones que éstas conllevan tienen en la CV y la carga que causan a los pacientes.¹³⁻¹⁶

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) las estancias hospitalarias causadas por la pandemia por el Covid-19 han sido considerables.¹⁷ Además, estudios realizados en nuestro país sobre la relación entre LCRD y la infección por Covid-19 muestran que las úlceras por presión adquiridas en el hospital fueron más frecuentes en el grupo de la Covid-19 durante la primera ola.¹⁸

A pesar de la gran afectación que las LPP tienen en la calidad de vida de las personas¹³⁻¹⁶ y su gran prevalencia en pacientes hospitalizados con Covid-19,¹⁹ en la literatura consultada no se encuentra ningún estudio con abordaje cualitativo sobre la afectación en la calidad de vida de los pacientes con Covid-19 y LPP, lo que lleva a los investigadores a plantearse la realización de una investigación cualitativa para dar respuesta a los siguientes objetivos del estudio: (a) Conocer las necesidades, significados, percepciones y vivencias de las personas con LPP después de ingreso en UCI por Covid-19; (b) Conocer el impacto de la LPP en las personas después de ingreso en UCI por Covid-19.

Método

Para ello se realizó un estudio de caso bajo abordaje cualitativo con el propósito de indagar sobre comportamientos y emociones a través de la experiencia del sujeto.²⁰ Se realizó un estudio de caso tipificado como único, teóricamente decisivo por la excepcionalidad.²¹ El caso estudiado destaca porque se trata de una persona contagiada en la primera ola, antes de decretarse el estado de alarma, laboralmente activo y que recibió cuidados en diferentes servicios y niveles asistenciales, públicos y privados, en los centros y a domicilio y la riqueza de su experiencia puede ayudar a la consecución del objetivo del estudio.

Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada, descrita por Flick como aquella en la que la persona que realiza la investigación tiene un grado de control sobre los temas que se van a tratar.²² Se elaboró un guion basado en el marco conceptual de calidad de vida del paciente con LPP¹⁵ de Claudia Gorecki (tabla 1) y ampliando la exploración a todas las dimensiones de la persona²³ para detectar nuevas necesidades de cuidados. Se centró en el relato de la biografía de la enfermedad y se exploró el significado de “tener úlcera” desde una perspectiva integral: biopsicosocial y espiritual.

Tabla 1. Guion entrevista

Síntomas	Dolor Exudado Olor Picor
Funcionalidad física	Sueño Movilidad Actividades de la vida diaria Vitalidad
Bienestar psicológico	Autoconcepto Estado de ánimo Ansiedad y preocupación Autoeficacia y dependencia
Funcionalidad social	Participación social Aislamiento

La entrevista se llevó a cabo por dos investigadores expertos en metodología cualitativa y heridas respectivamente, en el domicilio del paciente, después de que este diese su consentimiento informado por escrito, el día 30 de abril de 2021.

La técnica de análisis de los datos se realizó en diferentes fases: (1) transcripción de *verbatim*, (2) organización y sistematización del material para el análisis, y (3) análisis temático según la

teoría fundamentada de Strauss y Corbin, en la cual se crean conceptos a partir de categorías que forman un marco teórico emergente mediante categorización abierta, axial y selectiva.²⁴ Esta codificación fue realizada y contrastada por dos investigadores, uno de ellos no participante en la entrevista.

Se siguieron los criterios de rigor en investigación cualitativa: el análisis de los datos se realizó por pares, se llevó a cabo una descripción exhaustiva de todos los aspectos de la entrevista en profundidad aplicando la *checklist Consolidated criteria for reporting qualitative research COREQ*²⁵ y los entrevistadores adoptaron una posición de neutralidad, imparcialidad y sin juicios para evitar sesgos. Asimismo, el *verbatim* fue enviado al participante para su validación y se mantuvo la confidencialidad de los datos mediante nombres ficticios. Los datos fueron guardados en bases de datos seguras institucionales.

El participante recibió una hoja de información del estudio y firmó el consentimiento informado, además de la autorización para la toma y reproducción de imágenes y grabaciones.

Resultados

Descripción del caso. Manel es un hombre de 58 años, director comercial de una empresa y convive con su pareja Clara en Barcelona. El 13 de marzo de 2020 tiene que abandonar su puesto de trabajo al encontrarse enfermo. Según pasan los días su estado empeora y presenta fiebre alta por lo que después de intentar contactar con el 061, el día 22 de marzo Clara decide llevarlo a urgencias del Hospital.

Tras varios días hospitalizado en planta, Manel ingresa en la UCI el día 27 de marzo. Al principio Clara recibía información de su estado de salud por teléfono hasta que, a finales de mayo comienza a visitarlo en la UCI. En ese momento se entera que tiene varias lesiones por presión en el sacro, codos y rodillas en estado muy avanzado. En la UCI comienza a ser atendido por una enfermera de práctica avanzada (EPA) en cura de heridas complejas: Judith. Ella es la figura que lidera las curas, marca las pautas e informa a la familia y al resto de profesionales de la evolución de las mismas.

CASOS CLÍNICOS

El 17 de junio Manel sale de la UCI y es ingresado en planta donde le colocan una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) dinámica. En este entorno son las enfermeras de planta quienes le hacen las curas con la supervisión de Judith, quien realiza el seguimiento. Durante el ingreso se le coloca una terapia de presión negativa (TPN) que acelera la cicatrización de la LPP del sacro. La preparación al alta es abordada correctamente y la EPA forma a Clara en la realización de los cuidados.

Después de 187 días ingresado, 86 de ellos en la UCI, el 25 de septiembre Manel es dado de alta al domicilio donde serán las enfermeras del Centro de Atención Primaria (CAP) de referencia las encargadas de realizar los cuidados. Clara le acompaña al CAP cada 48 horas en silla de ruedas en un trayecto que dura 30 minutos. Cada día le atiende una profesional diferente y el plan de cuidados no está registrado de forma adecuada y es el propio paciente y su cuidadora, quienes han de informar sobre el tratamiento a seguir. Vive las curas como la realización de una intervención técnica sin una figura de liderazgo. Durante las curas en el CAP debe comprar los apósitos y otros productos sanitarios necesarios en la farmacia, lo que le conlleva un gasto aproximado de 50€ a la semana.

Después de unas semanas manteniendo de las curas en el CAP, a través de unos amigos conocen a Xavier, un EPA de la comunidad que comenzará a realizarle cuidados a domicilio. Gracias a la donación de material y del tiempo de enfermería por parte de Xavier, estos cuidados no repercutieron económicamente en Manel y Clara. El 15 de abril de 2021 es el día del alta de las LPP.

Análisis temático de la entrevista. Los hallazgos principales del análisis de las categorías (tabla 2) fueron: la presencia de signos y síntomas donde destacó el dolor en el lugar de la úlcera. El participante explicó: *“Es que yo he sufrido mucho. Pero mucho. Hay momentos en que se podrían borrar mi vida del dolor, de llorar de dolor de la úlcera. Allí en el hospital cuando estaba sentado en ese butacón. Lo recuerdo, horrosos”*

También refirió afectación a nivel de funcionamiento físico con una repercusión importante en la dependencia para las actividades de la vida diaria y la movilidad: *“Al principio estabas muy incómodo tenía que estar sentado, pero no se podía menear pero estaba incómodo entonces era una situación un poco, ¿no? Estás muy cansado no te puedes menear solo puedes moverte en silla de ruedas, pero sentado tampoco estás bien”*

A nivel psicológico y social presentó bajo estado de ánimo y aislamiento social

gente con gente entonces me obligaba a salir”. *“Tener que depender continuamente de alguien para que te venga a hacer la cura”*.

La vivencia única del proceso de tener úlceras se vio afectada por factores personales pero también del entorno como la situación de pandemia: *“Es difícil valorar la úlcera en sí con todo lo que ha pasado porque yo diría que es un conjunto y además con la situación actual eso también tiene mucho que ver”*. *“Seguramente la llaga era lo de menos que estaba pasando por allí en la UCI de todo lo que me pasó. Seguramente esto era lo de menos”*.

Uno de los elementos que más aparecieron en el análisis fue la función de la enfermera experta en cura de heridas: cree que las enfermeras son los profesionales que lideran el proceso de cura de heridas. Los elementos que destacó como positivos en una cura experta son: ilusión, disfrute, ganas, gusto, confianza, prudencia, delicadeza, información de tratamiento y evolución, tiempo, flexibilidad y adaptación. En general, cuidados integrales con una visión holística, tener el foco en la herida pero dentro del contexto: *“Lo primero que notas es que están haciendo algo con ilusión. Ves que disfrutan y piensas cómo disfrutar con una mierda como esta tan grande. Pero les ves que tienen las ganas estas, que están haciendo algo que con ellos lo están disfrutando y les está gustando. Entonces ya de entrada ya esto te da una confianza. Que han sido muy prudentes muy prudentes al manipularme la llaga, la úlcera con el bisturí o las pinzas, muy cuidadosos... mostraba actitud de liderazgo*

destacando: el trato, cómo se referían a ella el resto de profesionales y como informaba del proceso... Me sentía más seguro con el modelo del hospital. Porque veía que había una línea de continuidad de seguir una línea de trabajo y que había una pauta y había una persona que controlaba”.

Respecto a las repercusiones económicas de padecer una lesión por presión refirió: *“Yo creía que el material todo este entraría si iba al CAP, que el CAP pondría los recursos necesarios para hacer esta cura. Es decir, no, me sor-*

Tabla 2. Resumen de los resultados

Vivencia	Persona Covid-19 Úlceras	
Síntomas	Dolor	
Funcionamiento Físico	Movilidad Actividades de la vida diaria Incomodidad	
Funcionamiento Psicológico	Estado de ánimo Autopercepción	
Funcionamiento Social	Participación Relaciones	
Curas	Ámbito	Hospital Comunidad
	Tratamientos	Antimicrobianos SEMP TPN
	Elementos	Ilusión Ganas Confianza Prudencia Pasión Dedicación Liderazgo Flexibilidad Materiales
	Coste económico	
Comunicación	Diagnóstico Evolución Consentimiento	
Alta	Preocupación Formación El porqué	
Espiritualidad	Esperanza	

y menor participación en actividades sociales, algo fundamental para su bienestar, aunque hubiera tenido peores repercusiones si hubiera presentado más olor y exudado. También expresa la dependencia de las curas: *“Sí que ha habido momentos que dices, hostia la úlcera me está tocando las narices. Me está privando de hacer cosas o sencillamente estar bien conmigo mismo”*. *“Pues que decidí no salir de casa, pero tampoco puedes no salir de casa. Yo también he sido o soy una persona bastante social y me gusta el contacto con la*

CASOS CLÍNICOS

prendió mucho cuando me dijeron no, el material lo tenéis que poner vosotros. ¿Cómo? Estamos pagando una burrada cada mes para mantener la seguridad social, que ya sé que es muy caro, pero bueno, pagamos mucho en nuestras nóminas nos descuentan mucho dinero y prácticamente no lo usamos...".

Describió la comunicación de la información en todas las fases del proceso como esencial, la comunicación del diagnóstico, la comunicación sobre la evolución de la herida y el tratamiento a seguir y también la información y la formación al alta para mitigar la preocupación: "¿ahora qué haremos solos en casa?".

Refirió que se le informaba sobre las técnicas que se iban a realizar y se le pedía el consentimiento para ser observado por estudiantes u otros profesionales. Una vez epitelizada la herida, mantiene la precaución por la recidiva de las lesiones por presión en próximos ingresos: "miedo a cualquier ingreso, hospitalización a que se me vuelva a abrir". "Seré más consciente de lo que tengo".

Explicó, por otro lado, problemas de comunicación interprofesional en las curas a nivel ambulatorio en cuanto al tratamiento a seguir. La ausencia de registros adecuados hacía que los profesionales les preguntaran a ellos el tratamiento a seguir: "del CAP no podemos opinar porque pobres chicas cada vez era una diferente y cada vez lo tenían que explicar el qué y se los llevaban nosotros todo, es decir que no. Sí que alguna opinaba pero...".

En la dimensión espiritual se planteó preguntas del tipo: ¿Por qué a mí? Intentando entender el significado. No se ha comparado con otros pacientes del hospital en lo referente a las heridas: "El por qué siempre lo tienes a punto. El por qué de las cosas, es decir, el ¿por qué me he tenido que llagar tanto yo? Piensas que no sé si la otra gente se ha llagado porque tampoco me ha preocupado mucho saberlo".

La esperanza de curación y la buena evolución de la úlcera le fue de gran ayuda: "Yo digo que forma parte del cuadro general que he sufrido, estoy sufriendo, porque todavía lo estoy sufriendo. Pero precisamente la úlcera era de las cosas que había un futuro bueno, es decir, que le veías un futuro que dices la úlcera acabará por no existir. Será un

recuerdo, en cambio las otras cosas están para ver como acaban y nadie te dice como acabaremos. Nadie puede pronosticar cómo acabaré".

Transversal a todo el proceso se produjo un aprendizaje de la experiencia vivida que dio lugar a estrategias de prevención que se pondrán en marcha para que no haya recidivas en el futuro.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio coinciden con la literatura consultada en lo que se refiere al impacto y el sufrimiento que causan este tipo de lesiones, pero sobre todo en la frustración de saber que se podía haber evitado.²⁶

Por otro lado, el hecho de padecer una LPP y depender de otras personas para las curas emerge como un tema importante como señalan estudios anteriores en los que la presencia de una LPP creó un nivel de dependencia de los demás que algunos pacientes describieron difícil de aceptar, porque tenían que adaptarse al horario de otra persona en lugar de tener control sobre sus propias actividades.¹²

Otro aspecto que se identifica en el análisis es el perjuicio económico. Muchos de los tratamientos indicados para las curas no están financiados y tienen que ser aportados por el paciente. Hay concordancia con la bibliografía y la escala Wound-QoL que lo recoge como ítem.²⁷

Respecto a las investigaciones previas de Gorecki sobre calidad de vida en pacientes con LPP,¹⁵ destaca como novedosa la dimensión espiritual y la necesidad de comunicación efectiva de la información.

Por otro lado, los resultados de nuestro estudio coinciden con los de estudios previos que señalan la dificultad del participante en separar la experiencia de la LPP de otras comorbilidades.^{11,28} Este punto queda patente en el nuevo marco teórico¹ que denomina a estas heridas LCRD por ser la dependencia el único factor que está presente en todos los sujetos que las padecen y refuerza la idea de que las LPP nunca ocurren de forma aislada.

La preferencia por el lugar de atención de los pacientes es el domicilio, como se muestra en otros estudios,²⁹ sin embargo, la figura de la enfermera de

práctica avanzada no siempre está disponible en la comunidad y dependiendo de la organización de los centros no siempre se produce la continuidad en las visitas, un elemento clave en la calidad asistencial.³⁰

Conclusiones

El impacto de las LPP en todas las dimensiones calidad de vida es considerable, además de verse afectadas otras esferas como la espiritual y la económica; sin embargo, hay pocos estudios que exploren este fenómeno en profundidad. El abordaje cualitativo de la experiencia de padecer una LPP ha permitido identificar variables y aspectos de gran interés y utilidad para mejorar el cuidado de pacientes con dicha patología.

Los estudios analizados anteriormente tuvieron lugar o bien en la comunidad o en el medio hospitalario. Sin embargo, el caso del presente estudio explora la vivencia de tener LPP tanto en el medio hospitalario como en la comunidad, en el centro de salud y a domicilio, por enfermeras generalistas y enfermeras de práctica avanzada y revela áreas de interés para futuras investigaciones de mayor envergadura.

Poniendo el estudio en el contexto del nuevo marco teórico le las lesiones relacionadas con el compromiso vital severo (LCCVS)²⁹ publicado por Francisco Pedro García-Fernández, nos lleva a hacernos la siguiente pregunta: ¿Podemos considerar esta LPP como un accidente o evento adverso del tipo LCRD o por el contrario estaríamos antes una LCCVS? Si así fuera: ¿Cómo cambiaría la vivencia del paciente? ¿Y la de su cuidadora?

Los estudios instan a superar el modelo biomédico y brindar cuidados holísticos, desde una perspectiva biopsicosocial, que favorezcan el bienestar y permitan a las personas con LPP continuar con su proyecto de vida.³¹ Sin embargo, no se encuentra en la literatura un modelo o teoría para abordar a los pacientes con LPP u otras LCRD que guíe la práctica en esta situación específica y asegure su concordancia con el método y lenguaje enfermero; por lo que se recomienda, para líneas de investigación futuras, realizar más estudios que profundicen en la vivencia de la persona que padece LPP para poder generar planes de cuidados,

guías, protocolos y teorías que guíen la práctica para abordar de forma sistemática todos los aspectos del fenómeno.

Respecto a las limitaciones referentes a la técnica utilizada para obtener los datos, consideramos las referidas al sesgo de memoria selectiva, telescópico, atribución, exageración y los posibles prejuicios culturales y de otros tipos de los investigadores. Para minimizar estos efectos, se llevó a cabo la triangulación de los datos mediante la participación en la entrevista de la cuidadora y la codificación, análisis y discusión de los datos por parte de dos investigadores diferentes.

Además, en la literatura consultada, no se ha podido localizar ningún trabajo cualitativo sobre LPP en España en el contexto de la Covid-19, por lo que la falta de estudios de investigación previos sobre el tema puede hacer difícil la conceptualización de nuestro estudio dentro del marco teórico.

Bibliografía

- García-Fernández FP, Agreda JJS, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. *J Nurs Scholarsh*. 2014; 46(1):28-38.
- Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(11):1754-74.
- Nolasco Bonmatí A, García C, Verdú Soriano J. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España: período 1987-1999. *Gerokomos* 2003; 14(4):212-26.
- Takahashi PY, Cha SS, Kiemele LJ. Six-month mortality risks in long-term care residents with chronic ulcers. *Int Wound J*. 2008; 5(5):625-31.
- Langemo DK. Quality of Life and Pressure Ulcers: What is the Impact? *Wounds*. 2005; 17(1):3-7.
- Ruiz Prieto D, López Medina IM. Afectación de la dimensión psicológica y social en personas con lesiones por presión. *Index de Enfermería* 2022; 31(3):185-9.
- Baharestani MM. The lived experience of wives caring for their frail, homebound, elderly husbands with pressure ulcers. *Adv Wound Care* 1994; 7(3):40-52.
- García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaino V, Rodríguez-Martín B. Barriers and facilitators for caregiver involvement in the home care of people with pressure injuries: A qualitative study. *PLoS ONE* 2019; 14(12): e0226359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226359>.
- Torra-Bou J, García-Fernández F, Pérez-Acevedo G, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda J, et al. El impacto económico de las lesiones por presión. *Gerokomos* 2017; 28(2):83-97.
- Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP, et al. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos* 2016; 27(4):161-7.
- Hopkins A, Dealey C, Bale S, Defloor T, Worboys F. Patient stories of living with a pressure ulcer. *J Adv Nurs*. 2006; 56(4):345-53.
- Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: Hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs*. 2007; 57(5):494-504.
- Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review: Clinical investigations. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57(7):1175-83.
- Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient-reported pressure ulcer pain: A mixed-methods systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 42: 443-59.
- Gorecki C, Lamping DL, Brown JM, Madill A, Firth J, Nixon J. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: A patient-focused approach. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47:1525-34.
- Gorecki C, Brown JM, Cano S, Lamping DL, Briggs M, Coleman S, et al. Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: The PU-QOL instrument. *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11(1):1-12.
- Instituto Nacional de Estadística. Estancias causadas clasificadas por intervalos de estancia, según el diagnóstico principal y la Comunidad y Ciudad autónoma de hospitalización. 2020. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?txp=52171>.
- Nieto-García L, Carpio-Perez A, Moreiro-Barroso MT, Ruiz-Antúnez E, Nieto-García A, Alonso-Sardón M. Are there differences between COVID-19 and non-COVID-19 inpatient pressure injuries? Experiences in Internal Medicine Units. *PLoS ONE* 2022; 17(2): e0263900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263900>.
- Tomas Vecina S, Martín Delgado M, Minguenza Sebastián Y, Fuz F, Gómes Felipe E, Benet J. Seguridad del paciente y del profesional durante la epidemia SARS-COV-2 (COVID-19) en España. *Fund FIDSIP*. 2020; 2:43.
- Berenguer Ossó A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Eschuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol); 2014.
- Coller Porta X. Estudio de casos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2005.
- Flick U. An Introduction to Qualitative Research. 5.ª ed. Londres: SAGE Publications Ltd; 2014.
- Gastmans C, Dierckx De Casterle B, Schotmans P. Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Inst Ethics J*. 1998; 8(1):43-69.
- Corbin JM, Strauss A. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 4.ª ed. Newbury Park: Sage Publications Inc.; 2014.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *J Int Soc Qual Heal Care*. 2007; 19(6):349-57.
- Martín Muñoz B. «Responsabilizo a los profesionales que no han hecho bien su trabajo». Vivencias de una persona con úlceras por presión. *Index de Enfermería* 2019; 28(1-2):66-9.
- Augustin M, Conde Montero E, Zander N, Baade K, Herberger K, Debus ES, et al. Validity and feasibility of the wound-QoL questionnaire on health-related quality of life in chronic wounds. *Wound Repair Regen*. 2017; 25(5):852-7.
- Langemo DK, Melland H, Hanson D, Olson B, Hunter S. The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis. *Adv Skin Wound Care*. 2000; 13(5):225-35.
- García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaino V, Rodríguez-Martín B. Conceptualisations on home care for pressure ulcers in Spain: perspectives of patients and their caregivers. *Scand J Caring Sci*. 2019; 33(3):592-9.
- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2021; 72(715):84-90.
- Martín Muñoz B. Calidad de vida de las personas con úlceras por presión. Estudio cualitativo fenomenológico. *Index de Enfermería* 2018; 27(4):206-10.

Anexo 4. Artículo 2: Nursing care in patients with DRSI in the community: a scoping review

Clinical focus

Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: a scoping review

Abstract

Purpose: Dependency-related skin injuries (DRSI) occur in people who need a high level of support to carry out day-to-day activities. Owing to the ageing population, the number of people at risk of DRSI is increasing. Most wound care is performed by nurses in the community. This scoping review aimed to identify the extent of literature on nursing care for patients with or at risk of developing DRSI living in their own home. **Materials and methods:** A scoping review was conducted. **Results:** A total of 28 studies met the inclusion criteria and four main

themes emerged: features of the community setting; wound types, causes and management; prevention strategies around aetiology and holistic care; care management and local wound care. **Conclusion:** Although most wounds occur in and are treated in the community, there is a paucity of research on wounds in this setting. The care of patients with DRSI in the community is complex and prevention according to the individual aetiology of each lesion is the key factor in wound care.

■ Community nursing ■ Dependency-related skin injuries ■ Home nursing ■ Moisture-associated skin damage ■ Pressure ulcer ■ Skin tear

Natalia Maella-Rius¹ Joan-Enric Torra-Bou² and Laura Martínez-Rodríguez³

¹Advanced Practice Nurse in Wound Care, Primary Health Care Division, Institut Català de la Salut, Badalona, Barcelona, Spain

²Researcher. Member of the TR2Lab Research Group, University of Vic-Central University of Catalonia, Vic, Barcelona, Spain

³Lecturer. Department of Fundamental and Clinical Nursing, Faculty of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain

natalia.maella@gmail.com

Dependence is a state in which people, because they lack or have lost physical, psychological or intellectual autonomy, require significant assistance or help in carrying out their usual day-to-day activities (Council of Europe, 1998). In Europe, there is a demographic trend towards an ageing population, which leads to a growing prevalence of long-term conditions and wounds. This results in increased reliance on care, which coincides with a reduction in hospital beds and rising healthcare costs. More cost-efficient ways of organising healthcare are being developed, including providing care for patients in their own homes (Probst et al, 2014).

The way in which people interact with the environment, because of their dependence, can lead to skin lesions. These lesions are often called pressure injuries (PI), because this is the main causal mechanism (Torra et al, 2017). However, a more comprehensive theoretical framework for classification was created in 2014, and injuries in this group of people are now classified as DRSI (García-Fernández et al, 2014) and include injuries from pressure, friction and a range of forces, moisture-associated skin damage and skin tears. This new designation and classification make it possible to understand the relationships between different causal elements (pressure, friction, shear stress and moisture) and facilitates identifying interventions for prevention and treatment.

These lesions appear in patients with some type of dependence, regardless of age, disease process or disease status. These people are unable to care for themselves and depend on a third person for this, such as a professional or family caregiver.

Although these lesions generally appear in patients who are immobile, incontinent or confined to bed, they can also be observed in children or those who are temporarily dependent while undergoing diagnostic or treatment procedures (García-Fernández et al, 2014).

DRSI are a major worldwide public health problem in terms of: prevalence (Demarré et al, 2015); mortality (Nolasco et al, 2003; Takahashi et al, 2008); impact on patients and caregivers (Baharestani, 1994; García-Sánchez et al, 2019a); quality of life (Langemo, 2005); economic effects (Torra-Bou et al, 2017);

© 2024 MA Healthcare

Community Wound Care March 2024

ethical and legal aspects (Soldevilla Agreda and Navarro Rodríguez, 2006; Cuculic et al, 2015; Seyhan, 2018), and patient safety (Torra-Bou et al, 2016).

The latest prevalence study carried out by the Spanish Pressure Ulcer and Chronic Wounds Advisory Panel in 2017 found that in people receiving care at home from healthcare services, the prevalence of DRSI was 6.11%. By type of injuries, these were: PI: 4.79%; moisture: 1.39%; friction: 1.81%; combined injuries: 1.05%; and skin tears: 1.05%. Injuries occurred in the patient's home in 83.3% of cases; only 16.7% were of no socomial origin (García-Fernández et al, 2019b).

Although studies quantifying this are scarce, wounds constitute a major cost to health services in terms of practitioner time, length of hospital stay, costs of additional treatments and tests, and loss of productivity and legal costs; this varies in the literature and accounts approximately for 0.4%–5.2% of total health expenditure in some Western countries (Demarré et al, 2015; Torra-Bou et al, 2017).

Wound care in the home

An estimated 70–90% of wound care in Europe is conducted within the community and at least 50% of the workload of primary care nurses is spent on this (Probst et al, 2014).

Many dependent patients receive care at home because they are unable to attend primary care centres. The development of home-care programmes has been a consequence of the increase in life expectancy, changes to traditional family structures, fewer hospital stays and a shortage of nursing homes and social and health centres, together with the desire of older adults to continue living in the community (Gené Badia et al, 2011).

Home-based community care is influenced by how well primary care in each country is developed, and there are many differences in the models between countries. The same is true of the community nurse role (Torra-Bou, 2021).

Practitioners in all clinical settings who care for individuals with PI must be acutely aware of and sensitive to their impact and issues surrounding the patients' health-related quality of life (QoL). These effects are significant, ongoing and unique to each individual, and appropriate care is required. Education for practitioners so they can provide care that is individualised and customised to patients' needs and their QoL goals is mandatory (Langemo, 2005).

Review aim

This review is socially relevant given the progressive increase in life expectancy in the population, and thus in dependency, and meeting consequent needs is a priority for clinical practice (Gorecki et al, 2014). Additionally, this review is relevant to the nursing discipline as it is the nursing profession that is responsible for wound care (Pancorbo-Hidalgo, 2021).

Furthermore, as the European Wound Management Association (EWMA) (Probst et al, 2014) states, there is a paucity of research focusing on home wound care from a clinical perspective, as well as a lack of guidelines and recommendations

on providing the best care to patients with wounds and their families in the home-care setting.

To consider the above issues, the review question was: 'What is known from the existing literature about the provision of nursing care to patients with or at risk of developing DRSI in the community setting?'

This scoping review aimed to identify the extent of the literature regarding nursing care of patients with or at risk of developing DRSI in the community.

Methods

The methodology for this scoping review was based on the framework outlined by Arksey and O'Malley (2005). This was selected as the purpose of the review was to identify knowledge gaps, scope a body of literature and clarify concepts rather than provide evidence to inform practice (Munn et al, 2018).

The review included the following five key phases: identifying the research question; identifying relevant studies; study selection; extracting and charting the data; and collating, summarising and reporting the results.

The optional consultation with professionals, patients and families was not conducted. No critical appraisal was carried out; while Arksey and O'Malley (2005) have stated that quality assessment does not form part of a scoping review, they acknowledge this is a limitation of the method.

The core concept examined in the scoping review was the care of patients with DRSI by community nurses, focusing on elements such as the need for care and interventions. The participants were adults (aged ≥18 years old); paediatric patients were excluded as dependency is more prevalent in adults.

Papers about wounds that addressed DRSI but did not focus on other types of lesions, such as diabetic foot ulcers or leg wounds, were included in the review.

For the purpose of this review, the authors defined care in the community setting as that provided by nurses to patients with DRSI living at home (cared for both at home and in primary health centres), as the pathway for patients is often dictated by their mobility and other circumstances that can change during an episode of care, and as the organisation of care is heterogeneous between countries.

Hospitals, residential care homes and other settings were excluded as people in those settings are not receiving care at home. Studies where the care was provided by professionals other than nurses were excluded. No geographic location limitation was set.

Search strategy

The search strategy aimed to find all types of studies published. A literature search was conducted using the following databases: PubMed, CINAHL, SCOPUS, World of Science, Google Scholar, Cuiden, Dialnet, SciELO and the Cochrane Library.

The following key words and MeSH terms were used: care, caring, prevention and control, wounds and injuries, risk, pressure ulcer, incontinence-associated dermatitis, moisture-associated skin damage, skin tear, skin ulcer, nursing, autonomous

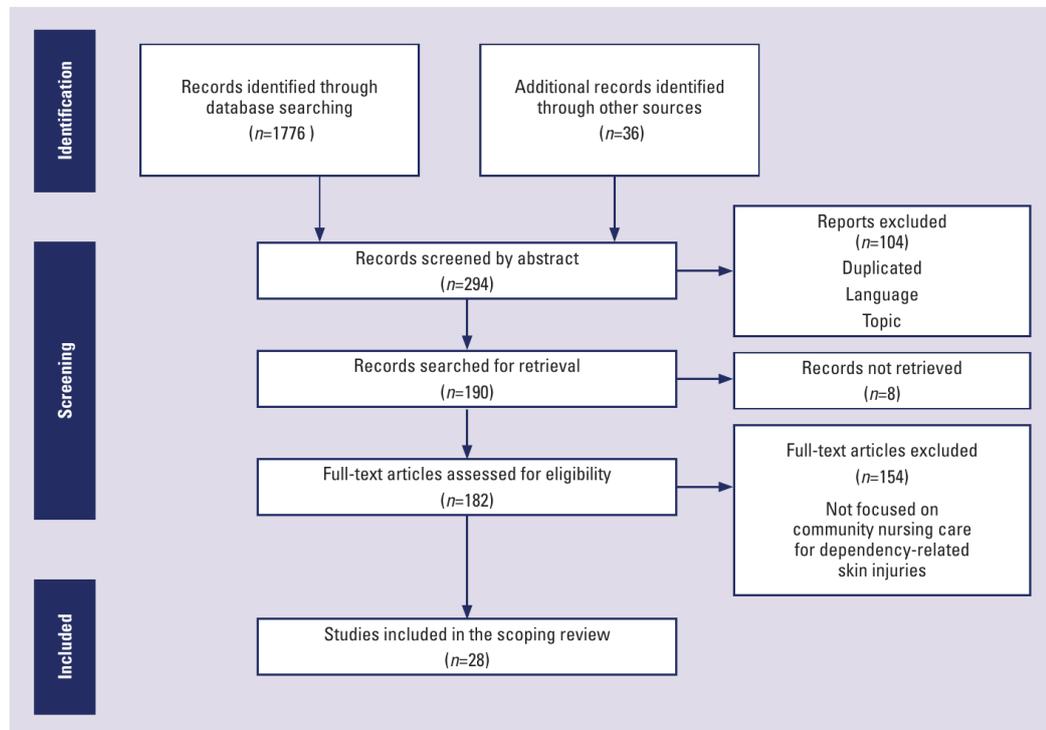


Figure 1: PRISMA flow diagram showing study selection (Page et al, 2021)

nursing practice, home health nursing, domiciliary care, domiciliary attention, community nursing, ambulatory care nursing, primary health care, community health nursing and primary care nursing. The search strategy was adapted for each included database.

Only articles published in English and Spanish within the past 10 years were considered because of the broad scope of the review question and to find literature that referred to the latest framework (García-Fernández et al, 2014) and changes in the demographic profile and aging of society (McGraw, 2019).

All papers retrieved were manually screened for title and relevance and were organised using a Microsoft Excel spreadsheet. They were manually screened by abstract, and those selected were imported into the Mendeley bibliography manager for full article retrieval and duplicate removal.

The authors developed a form to check relevance and extract study characteristics, such as publication year, publication type, title, authors, objectives, setting, participants, methods, intervention, variables and results. All sources were reviewed by at least two authors.

Results

The search period ran from January 2021 to September 2021.

It ended when all the articles found in each database had been screened according to the strategy mentioned above.

After 1776 articles had been screened by title, 294 were selected for abstract screening. A total of 104 articles were excluded after checking for duplicates, languages different from English or Spanish, and for covering topics not addressing adult patients, DRSI or community care. The full texts of the remaining 190 sources were searched for retrieval, and eight were not found.

After screening the 182 retrieved articles, 154 were eliminated for one or more of the following reasons: they did not discuss DRSI or associated risk/did not include DRSI; they did not focus on the adult population; they did not discuss or involve nursing care; and the setting was not set in the community or did not include community settings. Ultimately, 28 articles were selected and included in the final analysis. The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses diagram (Figure 1) (Page et al, 2021) summarises this process.

The articles included in the scoping review were categorised by year of publication, authors, context, wound type, topic, country of origin and research method (Table 1). All sources in the final analysis addressed the three elements of the research question: nursing care of patients with DRSI; nurses' care; and community.

Community nursing and wound care

Some reviewed articles covered the specifics of care provided to patients with wounds in the home, and why they differed from care provided in other settings.

In most cases in the community, a nurse is invited to a patient's home. If the patient refuses the care offered, this makes the situation difficult for the nurse, and such incidents can lead to compromised care and the nurse opting to offer some care rather than none (Lumbers, 2019). As guests, community nurses seek equal relationships with patients, and conversations with them about behavioural changes can be difficult (McGraw, 2019).

Although community nurses are invited to patients' homes, they should remain qualified professionals who lead all treatment discussions. Scheduling time to discuss any concerns can help improve patient compliance. Understanding and addressing pain, social isolation and other concerns can help improve mental health, which supports healing outcomes (Lumbers, 2019). The development of interpersonal relationships enhances therapeutic care and can directly affect the quality of care (Probst et al, 2014).

The review also highlights that wound care in primary care settings can be complex if patients have been discharged early from hospital and have comorbidities (Lumbers, 2019). In addition, GPs' lack of knowledge regarding wound care can inhibit good cooperation (Aune and Struksnes, 2019).

Furthermore, when nurses encountered hard-to-heal wounds, they reported that taking care of such patients was often physically and emotionally difficult. Problems with the availability of dressings in the home-care sector were also reported (Probst, 2014).

Home wound care professionals should have levels of education and competency that enable them to work independently in the following areas: assessing complex wounds and wound healing; implementing wound management based on best practice and evidence; selecting the best products available; supporting patient independence and involvement in decision-making; educating patients and informal caregivers in self-care and wound prevention; documenting wound healing, symptoms and management; ensuring continuity of care in all circumstances and conditions; using consultations and various applications of e-health; and engaging in continuing professional development to maintain knowledge and skills (Probst et al, 2014).

As community nurses often work alone, it is imperative they have access to support to guide clinical decision making, for example, through expert or specialist nurses, guidelines, protocols, wound care forums, care pathways and care plans (Lumbers, 2019).

Role of the wound care specialist

In this literature review, the topic of the role of wound care specialists commonly arose. Wound specialist positions between countries vary; for example, there are wound, ostomy and continence-certified nurses in the US, tissue viability nurses in the UK and advanced practice nurses (APN) in wound

care in Spain. Some studies (Bliss et al, 2013; Westra et al, 2013; Jiménez García et al, 2020) showed that in settings where specialist nurses were involved, the incidence of wounds was lower. Specialist nurses usually manage the most complicated wounds and these have a high rate of healing and improvement. APNs also reduce costs for patients and systems as well as referrals to hospitals and play an important role in coordination.

In home care, wound-care specialists serve as consultants, using their expertise to establish a comprehensive plan of care for patients with wounds and collaborating with other team members. They organise joint visits to educate staff; give recommendations that are evidence based and in line with best practice in wound care; obtain and use products that are both high quality and cost-effective; and provide education to patients, families and new staff (Appleby, 2011).

Community patient

Some studies in the US, Canada and the UK cited by the EWMA document (Probst et al, 2014) show that 25–35% of individuals with wounds in the community are cared for in their own homes. Significant human and economic costs are generated through the heavy use of health services and provision of pressure-redistributing equipment (Jackson et al, 2017a).

One study found that patients with pressure ulcers and their caregivers preferred home over long-term institutional care for the treatment of these injuries (García-Sánchez et al, 2019b).

Home care involves some challenges because some patients attempt to dictate their care when they are at home, disagree with clinical decisions and refuse to accept the prescribed care. Discrepancies exist between hospital and community nursing. In an acute setting, if a patient refuses care, as long as they have the mental capacity to make a decision, they can sign the paperwork and discharge themselves (Lumbers, 2019).

Healthcare professionals need to include patients and their informal caregivers in their care by providing information and advising them on how to manage a wound at home, where to obtain dressings, how to choose a dressing and how to cope with wound-related symptoms (Probst et al, 2014). It is essential that nurses establish a trusting relationship, provide fully informed explanations of procedures and obtain patients' consent (Lumbers, 2019).

Patients must be repeatedly reassured that, while different nurses may perform the care, the plan of care is recorded in great detail in their notes and consistency is ensured (Lumbers, 2019).

A study on the shared decision-making process (García-Sánchez et al, 2019c) showed that the facilitators for home care of pressure ulcers included primary care professionals' attitudes (closeness, trust and being open-minded to the opinions of patients and family members) and personal motivation (positive feelings associated with the implications in decision-making). García-Sánchez et al (2019c) also identified barriers to the process as limitations related to participants' personal factors (advanced age, disabling pathology and low educational level); and the health system, such as the influence of a paternalistic model of care.

Wound types, causes and management

Pressure injury

García-Sánchez et al (2019b) found that patients considered PI to be unavoidable, often associated with age, severity of illness, treatments that they had received or a lack of knowledge on behalf of the primary caregivers.

A study involving nurses on the root causes of PI at home (McGraw, 2019) identified reasons related to:

- Patient characteristics such as physical, sensory and cognitive capacity, motivation and attitude, as well as health knowledge/ literacy
- Provider characteristics, such as deficits in health knowledge/ literacy, and weak caregiving skills attributed to limited education and training
- The nature of home healthcare tasks, such as barriers to nurses inspecting skin integrity (for example, pressure areas in intimate anatomical locations needed to be checked) and engaging patients in difficult conversations pertaining to behaviour change
- Physical environment: space in and layout of the home posed problems in providing pressure-reducing support devices
- The social and community environment, including functions of the domestic space, maintenance of order and cleanliness
- Medical devices and new technology: power outages and pressure-relieving equipment needing maintenance
- The external environment, including economic pressures, limits on the number and frequency of home-care visits and payments for medical devices.

Skin tears

The prevalence of skin tears in older adults living at home and/or receiving home care is unknown and may be much higher than it is in residential settings (Holmes et al, 2013). The implementation of prevention protocols and training is fundamental to the management of skin tears in the community (Vanzi and Toma, 2017), especially in the care of older adults, infants or dependent persons (Stephen-Haynes and Carville, 2011).

A number of risk factors have been reported (Stephen-Haynes and Carville, 2011): older age; sex (women are at greater risk); history of previous skin tears; dry and fragile skin; medications that thin the skin, such as steroids; ecchymoses; impaired mobility or vision; poor nutrition and hydration; cognitive or sensory impairment; comorbidities that compromise vascularity and skin status, including chronic heart disease, renal failure and cerebral vascular accident; and dependence on others for showering, dressing or transferring.

Interventions for skin-tear prevention found in the literature (Vanzi and Toma, 2017; Brennan-Cook and Turner, 2019) include: creating a safe environment by ensuring adequate lighting and removing potential sources of injury (such as unnecessary equipment); handling patients gently to decrease shear, friction, trauma or any forceful movement or pull that can cause tearing; following bathing guidelines to promote skin integrity and hydration; assessing nutritional status and seeking

dietetic advice to ensure adequate nutrition and hydration, which affect tissue viability and decrease the risk of falls; and dressing patients properly to provide an additional protective barrier to blunt trauma.

Moisture-associated skin damage

Practitioners should recognise the differences between incontinence-associated dermatitis skin tears and PI. If an area of wetness is associated with incontinence, the home-care professional should shift the focus of teaching to good continence care (Brennan-Cook and Turner, 2019).

As the cause of moisture-associated skin damage is overexposure of the skin to moisture, the main preventive measure is avoiding excessive contact of the skin with moisture (Voegli, 2013).

Prevention and treatment require regular assessment and a skincare regimen that protects the skin from excessive wetness, controlling the source of excessive moisture and treating secondary infections (Voegli, 2013).

Holistic care

The EWMA document (Probst et al, 2014) states that the cornerstone of managing patients with wounds in the community is holistic assessment. This encompasses the patient's physical, psychological, social, spiritual and economic needs; their personal resources and empowerment; the living context of the patient and family; living habits and possible risks of the wound not healing or ulcer recurrence; signs and symptoms in and around the wound; efficient use of resources: practitioner knowledge and skills; wound-care products and technology; and the patient's personal and family environment.

Prevention

All personal and professional caregivers should be well-versed in prevention and basic management strategies, and teach patients about them (Vanzi and Toma, 2017).

A study on older people's skincare provides recommendations for practice. Practitioners should properly assess all skin surfaces, not just what is readily visible (Brennan-Cook and Turner, 2019). Home-care professionals should also ask about dryness, rashes, itching, redness or swelling and recommend skincare products. Health conditions common in older adults, such as diabetes and malnutrition, which can aggravate dry skin should also be assessed. Practitioners should recommend healthy bathing habits and measures for preventing xerosis. The importance of using sun protection in all sun-exposed areas should be emphasised. Long sleeves, elbow pads and leg coverings serve as additional barriers to protect thin, fragile skin. Teaching the patient and caregiver best practices for positioning, turning and shifting body weight can prevent unnecessary stress and injuries (Brennan-Cook and Turner, 2019).

Nutrition

Some of the articles included in this review emphasised the importance of adequate nutrition (Sancho, 2012; Mahoney, 2014; Probst et al, 2014). This is essential to support wound healing;

poor nutrition can affect the healing potential of a wound as energy and proteins are needed to fuel new tissue growth (Mahoney, 2014).

In residential care and acute settings, monitoring and assessing patients with wounds or at risk of developing a wound are readily achievable. However, in the home setting, where health professionals may visit only once a week, the assessment of nutritional status is more problematic (Probst et al, 2014).

Sancho et al (2012) have recommended personalised nutritional interventions for home-care patients, especially those with a greater degree of physical dependence or cognitive impairment, to improve their quality of life and reduce the possibility of pressure ulcers and therefore, the risk of being hospitalised or institutionalised.

While nurses may be the first people to assess the nutritional status of a patient, it is important to refer those at risk of poor wound healing because of nutritional deficiencies to a dietitian for a more comprehensive assessment and development of a nutrition plan (Probst et al, 2014).

Quality of life

The impact of wounds on individuals living in their own home is significant. Consistent themes of isolation, ability to maintain a restricted home role, pain and discomfort have been reported in research on patients with wounds (Probst et al, 2014).

Gorecki et al's (2013) research deepened the understanding of health-related QoL related to pressure ulcers. A patient-reported outcome tool, the pressure ulcer quality of life (PU-QOL) instrument, was developed to measure QoL based on the following components: symptoms: pain and discomfort (pain frequency, severity and bother), exudate (bother), and odour (bother); physical functioning: mobility (movement, sitting, walking and transferring), daily activities (washing, dressing, housework, general activities and dependence), general malaise (loss of appetite, fatigue, feeling unwell and tired) and sleep (disturbed); psychological wellbeing: mood (feeling down, depressed, irritated and frustrated), anxiety and worry (feeling fear, concern, surprise/shock and helpless), self-efficacy and dependence (confidence, self-esteem and reliance), and appearance and self-consciousness (physical appearance and embarrassment); and social functioning: social isolation (feeling left out, cut off or lonely) and participation (social activities with family, friends, groups and hobbies/leisure).

The PU-QOL can be used for intervention research where improvement and/or deterioration in health-related QoL are measured, promoting patient-physician communication, informing changes in treatment, facilitating priority setting and care management decisions in patients and PI care, and evaluating the care provided from the patient's perspective (Gorecki et al, 2013).

Pain

Pain has consistently emerged as the main concern regarding the impact of DRSI on patients. It is the main symptom for the detection, treatment and control of PI (García-Sánchez et al, 2019d). Pain can be a useful clinical predictor of pressure damage, particularly during the early stages of pressure ulcer development (McGinnis et al, 2014).

In the first study that reported the prevalence of pain associated with PI in a UK community population, this was

found to be 75.6%, and all patients reported pain at a PI site. Both inflammatory and neuropathic pain were identified but neuropathic pain was dominant (McGinnis et al, 2014).

Pain occurs in particular during dressing changes or other types of wound care. PI pain can be debilitating, reducing an individual's ability to participate in physical and social activities, and consequently compromising psychological wellbeing (Gorecki et al, 2011).

Jackson et al (2017b) have suggested that both the assessment and subsequent management of pain are not well managed in this patient group.

To achieve the best possible outcomes important to patients and ensure more effective pressure ulcer pain management, improved communication about pain between the patient and practitioners across disciplines, pain assessment by health professionals, interventions to control or reduce pressure ulcer pain, taking patient-centred concerns into account and systemic barriers need to be considered when managing pressure ulcers (Gorecki et al, 2011).

Care management

Communication

Communication among health professionals is a key factor in promoting best practices in wound care (Probst et al, 2014), especially during discharge or transition processes, which can be a time of heightened vulnerability that is exacerbated by poor communication and changes to prescribed care (Jackson et al, 2017a).

A study from the perspective of patient safety (González et al, 2017) analysed the PI in the home setting and found some problems related to communication issues, including the patient at risk not being referred to home-care services after discharge from hospital. It also identified problems in communication between professionals, including the referring nurse not being clearly identified and unwritten communication being used for referral between practitioners (González et al, 2017).

Novy and Woith (2020) analysed the impact of standardised electronic communication during transitions from acute settings to the community and found that using such a system to improve communication can aid in ensuring that accurate information is immediately available to nurses in the home-care setting. The transition is also facilitated by APNs and the use of instruments, such as scales, to measure healing.

Another issue is communication between patients and nurses. Reliance on community services makes it more difficult for patients to make unplanned calls to their nursing team. Doing this is not always straightforward, and patients are often left to deal with a third party (Jackson et al, 2017a).

Continuity of care

A particular problem experienced by people living with PI in the community is the continuity of care between services and between care workers and health professionals (Jackson et al, 2017a).

A study on nursing quality indicators related to processes showed that continuity (episodes in which at least 50% of the

Table 1. Summary of results included in the scoping review

Authors (year)	Context	Wound type	Topic	Country	Methods
Appleby (2011)	Home care	All types	Wound specialist	US	Case report
Gorecki et al (2011)	Any setting	Pressure injuries	Pain	UK	Mixed methods
Stephen-Haynes and Carville (2011)	Any setting	Skin tears	Overview	UK	Review
Sancho et al (2012)	Home care	Pressure injuries	Nutrition	Spain	Quantitative
Bliss et al (2013)	Home care	All types	Wound specialist	US	Quantitative
Gorecki et al (2013)	Acute and community	Pressure injuries	Quality of life patient-reported outcome measure	UK	Mixed methods
Holmes et al (2013)	Community	Skin tears	Care and management	US	Case study
Voegeli (2013)	Community	Moisture-associated skin damage	Overview	UK	Review
Westra et al (2013)	Home	All types	Wound specialist	US	Quantitative
Dale and Emmons (2014)	Home care	Pressure injuries	Palliative wound care	US	Case study
Mahoney (2014)	Community	All types	Fundamentals of evidence-based wound care	UK	Review paper
McGinnis et al (2014)	Community	Pressure injuries	Prevalence of pain	UK	Quantitative
Probst et al (2014)	Community	All wound types	Home care—wound care overview	Europe	Review
González et al (2017)	Home care	Pressure injuries	Patient safety	Spain	Quantitative

consultations were provided by the same professional) and nursing follow-ups (care episodes in which at least 75% of the consultations were with a registered nurse) were associated with improved outcomes. These indicators are directly related to the way care is organised and can guide management in improving both nursing service performance and patient outcomes (Dufour et al, 2020).

Mahoney (2014) summarises wound care in the community provided by nurses, which includes assessing the type and size of the wound, its location, the types of tissue involved and wound symptoms (such as pain, swelling and odour) and the wound edges, as well as basic skin assessment.

In cases of doubt or if the community nurse is unsure about the aetiology of the wound, referral to a specialist is advised. The nurse should assess factors that can affect healing: those that are internal to the patient, for example comorbidities such as diabetes, ischaemia, neuropathy, rheumatoid disease and other systemic problems; and those that are external, such as unrelieved pressure on the patient's heel and being able to identify the impact of ageing and poor nutrition (Mahoney, 2014).

Basic steps in wound care include debridement, dressing choice, application and removal (requiring pain and exudate management), wound cleansing, lavage and wound infection management (Mahoney, 2014).

Asepsis

One concern raised in this review was asepsis in community setting (Palmer, 2019). In community settings, wound care generally requires clean rather than aseptic techniques.

The use of alcohol gel is essential, and handwashing is necessary for visibly soiled hands that have been in contact with body fluids. Health professionals' hands are a main factor in bacterial contamination. If hands are kept as clean as possible, the chance of bacterial transmission is low. In addition, personal protective equipment should be used.

Skin tears management

For skin tears management, some issues must be considered in addition to the basic care discussed above.

All articles in this review related to skin tears (Bianchi, 2012; Vanzi and Toma, 2017; Brennan-Cook and Turner, 2019) provided instructions for their management. These included classification using a recognised tool, such as the Skin Tear Audit Research system, control of bleeding, cleansing the skin tears to remove any residual haematoma, approximating the skin flap by gently easing it back into place using a dampened cotton bud or gloved finger and encouraging moist wound healing by applying a dressing. The use of adhesive strips was recommended.

Table 1. Summary of results included in the scoping review (cont.)

Jackson et al (2017a)	Community patients	Pressure injuries	Pressure-redistributing devices Health service provision	UK	Mixed methods
Jackson et al (2017b)	Community care	Pressure injuries	Pain	UK	Mixed methods
Vanzi and Toma (2017)	Home	Skin tears	Prevention and management	Italy	Review
Aune and Struksnes (2019)	Home care	All types	Hard-to-heal wounds	Norway	Qualitative
Bianchi (2019)	Any setting	Skin tears	Preventing, assessing and managing	UK	Review
Brennan-Cook, Turner (2019)	Home care	All types	Prevention	US	Review paper
García-Sánchez et al (2019b)	Home care	Pressure injuries	Carer and patient perspectives	Spain	Qualitative
García-Sánchez et al (2019c)	Home care	Pressure injuries	Carer and patient perspectives, plus shared-decision making	Spain	Qualitative
Novy and Woith (2020)	Community	Pressure injuries	Transition from acute care to the community	US	Quantitative
McGraw (2019)	Community	Pressure injuries	Causes of injuries	UK	Qualitative
Palmer (2019)	Community	All types	Asepsis	UK	Review paper
Dufour et al (2020)	Primary health care	All types	Nursing quality indicator validation	Canada	Quantitative
Jímenez García et al (2020)	Community	All type	Advanced practice nurses	Spain	Quantitative

If possible, the dressing should be left in place for several days to avoid disturbing the flap; if an opaque dressing is used, the practitioner should mark an arrow to indicate the preferred direction of removal and record this in the notes. Dressings should be held in place with stocking-like products (for example a tubular bandage), and a pain assessment should be carried out.

If a skin tear is extensive or associated with a full-thickness injury, significant bleeding or haematoma formation, a surgical review may be required. If the injury is on the lower leg, practitioners should refer to local leg ulcer guidelines.

Moisture-associated skin injuries

Regardless of the cause of excessive moisture, interventions should involve the adoption of a structured skincare regimen to cleanse and protect the skin, methods to keep the skin dry by wicking away excessive moisture, controlling the source of the excessive moisture and treating any secondary infections (Voegli, 2013).

Palliative wound care

One approach that emerged from the review (Dale and Emmons, 2014) was a palliative wound-care protocol. Palliative wound care is generally understood to be that provided without

the goal of complete wound healing. It is not exclusive to end-of-life care; the principles of palliative care can be applied across the lifespan with a focus on symptom management and without excluding the possibility of healing as the endpoint.

People with wounds often have those that do not heal or are burdened with numerous symptoms that affect their QoL. In these cases, the home-care nurse must understand the concepts of palliative wound care to alleviate symptoms with the goal of improving QoL. To determine goals and appropriate interventions to achieve them, the first questions to ask are: what bothers you most about the injury? What symptom or symptoms have the greatest effect on your daily well-being?

Implications for practice and research

It is not the goal of a scoping review to provide evidence-based recommendations for practice; however, some ideas may be useful to bear in mind when caring for patients with DRSI in the community. Community care in the home has some features that distinguish it from other contexts, such as hospitals or residential care. As care takes place in the patient's environment, an individualised approach is necessary to obtain good results.

Key points

- Aetiological factors of dependency-related skin injury (DRSI) include pressure, friction, shear and moisture. Dependency is on the rise as life expectancy has increased, so more people are at risk for DRSI
- Care of patients with DRSI in the community is complex and multifaceted, and understanding its key components can improve healthcare outcomes
- Quality of life should be prioritised when dealing with dependency-related skin lesions, and this can involve taking a palliative approach
- Some elements of healthcare system organisation can be improved when it comes to DRSI, such as communication and the discharge process.

Prevention and a holistic approach are recommended, with a special focus on QoL and assessing and treating pain.

Wound specialists, if available, should be contacted in case of doubt regarding community nursing when wounds are not healing or proving hard to heal. Aspects of care management aspects that affect patient outcomes, such as maintaining continuity of care and ensuring effective communication, should be considered.

Because research in this field is scarce, the authors do not recommend carrying out a systematic review on the same topic; primary research in this area may be more appropriate.

A gap in knowledge was identified from the results of the scoping review. Separate areas covered by the different studies; however, an examination of the phenomenon as a whole, using a biopsychosocial and spiritual model, is lacking. A situation-specific theory could be useful in guiding the care of these patients in the community.

Limitations

This review included articles published in any language but the search was conducted using only English and Spanish terms; therefore, some relevant studies might have been excluded.

A literature search was carried out for each type of wound category. This limited the uniformity of the criteria.

Conclusion

The following aspects of nursing care stood out from the analysis of the results.

The setting in which community nursing occurs determines its complexity. Patients with wounds are usually treated at home. They prefer being at home to being treated in long-term care institutions. Home care presents some difficulties owing to the more symmetrical relationship in this setting, where agreement on the patient's plan of care can require more effort and time than in an acute unit. In this context, good professional attitudes and skills are essential. Nurses are usually invited to a patient's home, and attempts made to form a relationship of equals.

Care can be complex owing to the early discharge of patients, GPs' lack of knowledge in relation to wound care and the fact that community nurses often work alone and are confronted

CPD reflective questions

- What healthcare organisational factors could be improved in the care of patients with wounds?
- Why is caring for patients in their homes considered complex?
- What is the most important factor to consider when caring for dependent patients in terms of wounds?

with hard-to-heal wounds that are physically and emotionally difficult to manage. This makes it important to use a wound specialist who has been proven to be effective in managing these patients.

Prevention remains the most important intervention in the field of wound care. A holistic approach to the patient is necessary, which includes: performing a complete assessment of all areas of the skin; addressing all comorbidities and nutritional status; and providing health education to the patient and caregiver on sun protection, protection of areas at risk of skin tears, postural changes, avoidance of friction and moisture, and pressure relief. Additionally, this involves creating a safe environment to reduce the risk of falls.

Holistic care is the cornerstone of the approach for patients with wounds in the community; a comprehensive assessment, including the physical, physiological, social, spiritual and economic aspects should be performed. The literature has highlighted the importance of nutrition and at-risk patients should be referred to a dietitian.

Wounds greatly reduce patients' QoL. Physical, social and psychological function are affected by symptoms such as pain, oozing and odours. Therefore, the use of scales to measure impairment is recommended.

Pain emerges as the issue that most impacts patients with DRSI. This is the main symptom and it must be detected and treated.

Regarding care management, the literature review shows that communication between health professionals is key to promoting best practice in the care of patients with wounds. Communication issues include problems with the recruitment of at-risk patients at hospital discharge and the use of unwritten communication for referrals between professionals. Transitions can be standardised through the involvement of APNs/wound specialists and the use of instruments, such as scales, to measure healing. Nurse-patient communication issues include that patients need to be able to make unplanned communications with nurses. Another major care management challenge is continuity of care. In addition, when patients are cared for by the same professionals, especially nurses, their outcomes are better.

Regarding local wound care, the basic concepts are as follows: correct assessment of the wound and patient in general to reach a correct aetiological diagnosis and referral to a specialist in case of doubts. An aetiological approach should be taken by eliminating the cause, pressure relief, moisture and friction management, a proper approach to skin tears, flap management and the use of appropriate dressings. The basic steps of local healing include debridement, dressing choice, cleansing, lavage and infection management.

Maintenance of asepsis is important in the community, and a clean rather than a sterile approach is taken. The use of alcohol gels and handwashing are essential.

Finally, a palliative approach to the care of patients with wounds must be considered. This is not exclusive to those at the end of life but consists of symptom management, without excluding the possibility of an eventual cure. **CWC**

Accepted for publication: December 2023

Declaration of interest: None

Appleby SL. Role of the wound ostomy continence nurse in the home care setting: a patient case study. *Home Healthc Nurse*. 2011;29(3):169–179. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e3181fe438b>

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Aune E, Struksnes S. Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. 2019;28(3):178–187. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.3.178>

Baharestani MM. The lived experience of wives caring for their frail, homebound, elderly husbands with pressure ulcers. *Adv Wound Care*. 1994;7(3):40–42, 44–6, 50 passim

Bianchi J. Preventing, assessing and managing skin tears. *Nurs Times*. 2012;108(13):12, 14, 16

Bliss DZ, Westra BL, Savik K, Hou Y. Effectiveness of wound, ostomy and continence-certified nurses on individual patient outcomes in home health care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(2):135–142. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182850831>

Brennan-Cook J, Turner RL. Promoting skin care for older adults. *Home Healthc Now*. 2019;37(1):10–16. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000722>

Council of Europe. Recommendation no R (98) 9 of the Committee of Ministers to member states on dependence adopted by the Committee of Ministers on 18 September 1998 at the 641st meeting of the ministers' deputies. 1998. <https://rm.coe.int/native/090000168046e6c1> (accessed 25 January 2024)

Cuculic D, Sosa I, Petaros A. Decubitus ulcers and ligature marks as evidence in a homicide case. *Forensic Sci Int*. 2015;254:e13–e17. <http://doi:10.1016/j.forsciint.2015.06.020>

Dale B, Emmons KR. Palliative wound care: principles of care. *Home Healthc Nurse*. 2014;32(1):48–53; quiz 54–55. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000004>

Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1754–1774. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006>

Dufour E, Duhoux A, Contandriopoulos D. Measurement and validation of primary care nursing indicators based on a wound care tracer condition. *J Nurs Care Qual*. 2020;35(1):63–69. <https://doi.org/10.1097/NCQ.00000000000000403>

García-Fernández FP, Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(1):28–38. <https://doi.org/10.1111/jnu.12051>

García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. Barriers and facilitators for caregiver involvement in the home care of people with pressure injuries: a qualitative study. *PLoS One*. 2019a;14(12):e0226359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226359>

García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. Conceptualisations on home care for pressure ulcers in Spain: perspectives of patients and their caregivers. *Scand J Caring Sci*. 2019b;33(3):592–599. <https://doi.org/10.1111/scs.12652>

García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. Patients' and caregivers' conceptualisations of pressure ulcers and the process of decision-making in the context of home care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019c;16(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph16152719>

García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017 [Prevalence of pressure injuries and other dependence-related skin lesions in primary healthcare centres in Spain in 2017] (article in English and Spanish). *Gerokomos*. 2019d;30(3):134–141

Gené Badia J, Borrás Santos A, Carles Contel Segura J et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): a home care cohort study. *Gac Sanit*. 2011;25(4):308–313. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.011>

González JMP, Troncoso, Ana Ponce; Calero; Efrén Ramos; Salas AV. Análisis desde la perspectiva de la seguridad del paciente en la prevención de heridas por presión en domicilio (article in Spanish, abstract in English and Spanish). *Evidentia*. 2017;14:9

Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient-reported pressure ulcer pain: a mixed-methods systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(3):443–459. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.11.016>

Gorecki C, Brown JM, Cano S et al. Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: the PU-QOL instrument. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:95. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-95>

Gorecki C, Nixon J, Lamping DL, Alavi Y, Brown JM. Patient-reported outcome measures for chronic wounds with particular reference to pressure ulcer research: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):157–165.

Holmes RF, Davidson MW, Thompson BJ, Kelechi TJ. Skin tears: care and management of the older adult at home. *Home Healthc Nurse*. 2013;31(2):90–101; quiz 102–103. <https://doi.org/10.1097/nhh.0b013e31827f458a>

Jackson D, Durrant L, Bishop E et al. Health service provision and the use of pressure-redistributing devices: mixed methods study of community dwelling individuals with pressure injuries. *Contemp Nurse*. 2017a;53(3):378–389.

Jackson D, Durrant L, Bishop E et al. Pain associated with pressure injury: a qualitative study of community-based, home-dwelling individuals. *J Adv Nurs*. 2017b;73(12):3061–3069. <https://doi.org/10.1111/jan.13370>

Jiménez García JF, Aguilera Manrique G, González Jiménez F et al. Resultados clínicos de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas en Andalucía [Clinical results of the nurses of advanced practice in complex chronic wounds in Andalucía] (article in Spanish and English). *Gerokomos*. 2020;31(1):36–40. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2020000100008>

Langemo DK. Quality of life and pressure ulcers: what is the impact? *Wounds*. 2005;17(1):3–7

Lumbers M. Challenges in wound care for community nurses: a case review. *Br J Community Nurs*. 2019;24 Sup3:S25–S27. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup3.S25>

Mahoney K. Understanding the basics of wound care in the community setting. *J Clin Nurs*. 2014;28(3):66–75

McGinnis E, Briggs M, Collinson M et al. Pressure ulcer related pain in community populations: a prevalence survey. *BMC Nurs*. 2014;13(1):16. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-16>

McGraw CA. Nurses' perceptions of the root causes of community-acquired pressure ulcers: application of the model for examining safety and quality concerns in home healthcare. *J Clin Nurs*. 2019;28(3–4):575–588. <https://doi.org/10.1111/jocn.14652>

Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Nolasco Bonmati A, García C, Verdú Soriano J. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España: período 1987–1999 (article in Spanish). *Gerokomos*. 2003;14(4):212–226

Novy TK, Woith WM. Standardized hospital discharge communication for patients with pressure injury: a quasi-experimental trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2020;47(3):236–241. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000644>

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71):1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Palmer SJ. Practising asepsis during dressing changes in community settings. *Br J Community Nurs*. 2019;24(12):600–603. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.12.600>

Pancorbo-Hidalgo PL. Advances in nursing research on wounds: achievements, opportunities and challenges (article in English and Spanish). *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021;31(2):67–70. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2021.02.001>

Probst S, Seppänen S, Gerber V et al. FFMNRC.SI. EWMA document: home care-wound care: overview, challenges and perspectives. *J Wound Care*. 2014;23 Suppl 5a:S1–S41. <https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.sup5a.s1>

Sancho Á, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliar [Relationship between nutritional status and the risk of having pressure ulcers in patients included in a home care program] (article in Spanish). *Aten Primaria*. 2012;44(10):586–594. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.003>

Seyhan S. Decubitus ulcer development: an investigation on its effect and evidence in home care patients. *Indian J Palliat Care*. 2018;24(4):505–511. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_85_18

Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión [Legal aspects related to pressure ulcers] (article in Spanish; abstract in Spanish and English). *Gerokomos*. 2006;17(4):203–224. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2006000400005>

Stephen-Haynes J, Carville K. Skin tears made easy. *Wounds Int*. 2011;2(4):1–6. <https://doi.org/10.12968/indn.2011.18.4.83312>

Takahashi PY, Cha SS, Kiemlele LJ. Six-month mortality risks in long-term care residents with chronic ulcers. *Int Wound J*. 2008;5(5):625–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3113.2008.04000005>

- org/10.1111/j.1742-481x.2008.00542.x
- Torra JE, Verdú J, Sarabia R et al. Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión [A contribution to the historic framework of pressure ulcers] (article in Spanish). *Gerokomos*. 2017;28(3):151–157
- Torra-Bou JE. Prevención de las lesiones por presión en la atención domiciliaria, una asignatura pendiente. *Prevención Úlceras y Heridas*. 2021. <https://prevencionulcerasyheridas.com/jornada-mundial-lesiones-por-presion/> (accessed 25 January 2024)
- Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP et al. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente [Pressure ulcers as a safety patient problem] (article in Spanish; abstract in Spanish and English). *Gerokomos*. 2016;27(4):161–167
- Torra-Bou J, García-Fernández F, Pérez-Acevedo G et al. El impacto económico de las lesiones por presión [Economic impact of pressure ulcers. An integrative review] (article in Spanish; abstract in Spanish and English). *Gerokomos*. 2017;28(2):83–97
- Vanzi V, Toma E. How to prevent and avoid common mistakes in skin tear management in the home setting. *Br J Community Nurs*. 2017;22(Sup9):S14–S19. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S14>
- Voegeli D. Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *Br J Community Nurs*. 2013;18(1):6–12, 8, 10–12. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.1.6>
- Westra BL, Bliss DZ, Savik K, Hou Y, Borchert A. Effectiveness of wound, ostomy, and continence nurses on agency-level wound and incontinence outcomes in home care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(1):25–53. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31827bcc4f>

Promote independence and activity in older people

Julie I Swann

This book is centred upon articles published in the practical series of *Nursing and Residential Care* since 2004.

The author focuses on empowering care assistants to make a positive difference to the lives of residents in care homes.

The aim is to facilitate independence by utilising different techniques and assistive devices, and by ensuring that the environment promotes independence to maximise residual skills, making tasks easier for residents and carers alike.

Several chapters expand on knowledge evidence for S/NVQ levels 2 & 3 in care, providing activity organisers, care assistants and managers with new resources and practical ideas.

ISBN-13: 978-1-85642-334-2; 234 x 156 mm; paperback; 112 pages; publication 2007

Promoting independence and activity in older people

Julie I Swann



Order your copies by visiting
www.quaybooks.co.uk

or call
+44 (0) 1722 716935

Anexo 5. Artículo 3: Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con LCRD y otras heridas crónicas en la comunidad

ORIGINALES

Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad

Perceptions of nurses regarding the care of patients with dependency-related skin injuries and other chronic wounds in the community

Natalia Maella-Rius^{1,*}
Joan-Enric Torra-Bou²
Laura Martínez-Rodríguez³

1. Enfermera territorial experta en heridas. Divisió d'Atenció Primària. Gerència Territorial Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut. Barcelona, España.
2. Doctor en Enfermería. Investigador. Grupo de investigación TR2Lab. Universitat de Vic-Universidad Central de Cataluña. Vic, Barcelona, España.
3. Doctora en Antropología Social por la Universitat de Barcelona. Profesora Lectora. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Facultad de Enfermería. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: nmaella.mn.ics@gencat.cat (Natalia Maella Rius).

Recibido el 13 de junio de 2023; aceptado el 19 de diciembre de 2023.

RESUMEN

Objetivos: Explorar las percepciones de las enfermeras de atención primaria en relación con los cuidados de los pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en el ámbito comunitario. **Metodología:** Diseño cualitativo que empleó la técnica de grupo focal con una muestra de 8 participantes seleccionados mediante muestreo teórico. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de análisis de contenido cualitativo. **Resultados:** Emergen 15 categorías que se presentan bajo los 4 conceptos del metaparadigma enfermero. Destacan la intervención de las enfermeras en el cuidado de heridas, los conocimientos profesionales insuficientes, la meta de los cuidados enfermeros, la vivencia única de cada paciente y la gran influencia del entorno. **Conclusiones:** El cuidado de pacientes con heridas en la comunidad es complejo e incluye un gran número de actividades de enfermería que, a menudo, se basan en la experiencia y no en la evidencia. Las heridas impactan profundamente en la calidad de vida de las personas provocando experiencias únicas y multifactoriales. El entorno que rodea a la persona, tanto la familia, los cuidadores, el domicilio como el nivel socioeconómico, político y cultural, influye enormemente en los cuidados.

PALABRAS CLAVE: Heridas y lesiones, cicatrización de heridas, úlcera por presión, investigación cualitativa, relaciones enfermero-paciente, enfermería de atención primaria.

ABSTRACT

Objectives: Exploring primary care nurses' perceptions of caring for patients with dependency-related skin injuries and other chronic wounds in the community setting. **Methodology:** Qualitative design that employed the focus group technique with a sample of 8 participants selected through theoretical sampling. Qualitative content analysis techniques were used for data analysis. **Results:** A total of 15 categories emerge that are presented under the 4 concepts of the nursing metaparadigm. They highlight the intervention of nurses in wound care, insufficient professional knowledge, the goal of nursing care, the unique experience of each patient, and the great influence of the environment. **Conclusions:** The care of patients with wounds in the community is complex and involves a large number of nursing activities that often rely on experience rather than evidence. Wounds profoundly impact the quality of life of individuals, leading to unique and multifactorial experiences. The environment surrounding the individual, including family, caregivers, home, as well as socioeconomic, political, and cultural factors, greatly influences care.

KEYWORDS: Wounds and injuries, wound healing, pressure ulcer, nurse-patient relations, qualitative research, primary care nursing.

INTRODUCCIÓN

Las heridas son un importante problema de salud pública en todo el mundo en términos de prevalencia¹, mortalidad^{2,3}, impacto en la calidad de vida de los pacientes^{4,5} y consideraciones económicas^{6,7}, éticas, legales⁸⁻¹⁰ y de seguridad del paciente¹¹.

En la actualidad se calcula que en Europa, alrededor del 70-90% de los cuidados de heridas se llevan a cabo dentro de la comunidad, siendo la mayor parte de dichos cuidados prestados por enfermeras; estos cuidados pueden representar hasta el 50% de la carga de trabajo de las enfermeras de atención primaria (AP)¹². Una parte importante de estos pacientes, especialmente los más dependientes, recibe estos cuidados a domicilio¹³. La atención domiciliaria puede estar incluida dentro de la AP o no, dependiendo del país¹⁴.

Dentro del modelo enfermero y para el cuidado a pacientes con heridas, es útil valerse de modelos que aborden los 4 conceptos del metaparadigma enfermero: la persona, el entorno, la salud y la enfermería¹⁵. La persona es el centro de la práctica enfermera, y desde ella surgen y se enlazan los otros 3 conceptos (fig. 1).

La *persona* es la receptora de los cuidados, entendida de manera holística como un ser biopsicosocial y espiritual. El *rol profesional* o naturaleza de la enfermería se conceptualiza como un servicio de ayuda a las personas cuyas actividades tienen como objetivo ayudar a la persona a enfrentarse a una situación que representa un problema de salud real o potencial. La salud es la meta de los cuidados enfermeros, algunas nuevas conceptualizaciones incluyen conceptos como el bienestar o la calidad de vida¹⁶. El *entorno* es el escenario en el que ocurren las experiencias humanas e influye de manera sustancial en todos los procesos de salud. Este incluye los aspectos contextuales relacionados con la persona y/o el lugar donde se desarrolla la actuación de la enfermera. Hace referencia a las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al comportamiento y desarrollo de las personas¹⁷.

El presente estudio es parte de un trabajo de investigación más amplio que pretende generar una teoría de enfermería para la atención a pacientes con heridas. Para ello, se plantea incluir la perspectiva enfermera sobre la atención a pacientes con heridas que servirá de base para conceptualizar las posteriores entrevistas a pacientes.

OBJETIVOS

Este estudio tiene como objetivo principal explorar las percepciones de las enfermeras de AP con relación a los cuidados a los pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) y otras heridas crónicas en el ámbito comunitario. Como objetivos específicos: 1) describir los cuidados que realizan las enfermeras de AP a los pacientes con LCRD y otras heridas crónicas o en riesgo de padecerlas; 2) conocer la percepción de las enfermeras sobre el impacto que tienen las LCRD y otras heridas crónicas en la calidad de vida de las personas que las padecen, y 3) conocer la influencia del entorno en los cuidados a pacientes con LCRD y otras heridas crónicas.

METODOLOGÍA

El abordaje fue bajo el paradigma cualitativo mediante un diseño fenomenológico que nos permite aprehender la esencia de las experiencias que ocurren en los cuidados de enfermería¹⁸.

El estudio se llevó a cabo en 2 áreas básicas de salud (ABS) de l'Institut Català de la Salut: *El Gorg* (ABS 4) y *Sant Roc* (ABS 5) de Badalona, del

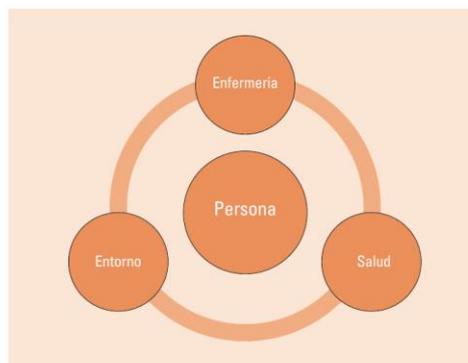


Figura 1. Metaparadigma enfermero con los 4 fenómenos nucleares con la persona en el centro.

área Metropolitana Nord de Barcelona en el período comprendido entre abril y mayo de 2022.

- **Participantes y muestreo.** Las participantes en el estudio fueron enfermeras de AP que cuidan a pacientes con heridas en el centro o en el domicilio del ABS 4 y del ABS 5. Se realizó un muestreo intencional teórico dirigido a garantizar la calidad y cantidad de información priorizando a las enfermeras que tenían más de 10 años de experiencia en el cuidado de pacientes con heridas, tanto en el centro como a domicilio, y determinándose como criterio de exclusión a las enfermeras noveles con menos de 2 años de experiencia y las enfermeras que se dedicaban a pediatría, urgencias o gestión. No se establecieron límites en cuanto a edad, sexo o nivel de estudios.
- **Método de recogida de los datos.** La técnica de recogida de datos fue el grupo focal, ya que resulta útil cuando se busca valorar las necesidades de las personas, esencialmente para explorar un problema nuevo o una población nueva, y desarrollar y refinar instrumentos de medida¹⁹. Se formó un grupo focal por cada ABS con 4 participantes por grupo. Se decidió crear grupos pequeños para favorecer la profundidad de la discusión, la intimidad y la confianza. Se utilizó un guion con preguntas (anexo 1) basadas en conceptos derivados de la bibliografía de acuerdo con los objetivos de la investigación: los componentes de un modelo conceptual de enfermería²⁰ y en el modelo de calidad de vida de Gorecki et al.⁴, en la experiencia y el trabajo de campo preliminar²¹. En el segundo grupo se incorporaron al guion los temas que surgieron del análisis del primer grupo para poderlos ampliar. La duración aproximada de cada reunión fue de 1 h y 20 min. Los grupos concluyeron cuando no apareció ninguna idea nueva en relación con el tema tratado. Los grupos focales se grabaron en un archivo de audio. Asimismo, se utilizó un cuaderno de campo para la toma de notas de tipo metodológico, notas descriptivas, notas teóricas y notas personales. Este instrumento permite la triangulación de datos y aumenta la calidad de la investigación¹⁹.
- **Métodos de análisis de los datos.** El análisis de los datos se llevó a cabo en 3 fases: 1) transcripción del *verbatim*; 2) organización y sistematización del material para el análisis, y 3) análisis de los datos según el análisis de contenido cualitativo²² mediante el *software* Atlas.ti versión 23.1.0. El análisis se centró en el contenido manifiesto. La unidad de análisis fueron las transcripciones de los grupos focales. Mediante un proceso

de abstracción se llevó a cabo la identificación de códigos, subcategorías y categorías. Las categorías se establecieron de forma mixta²³, es decir, partiendo de una serie de categorías previamente establecidas para algunos temas donde ya había evidencia (forma deductiva), pero que se ampliaron según lo que surgió del análisis de la información, y que no quedaba suficientemente reflejado en las categorías previamente establecidas (forma inductiva).

- **Aspectos éticos.**
 - **Comité ético de investigación clínica.** El protocolo del proyecto de investigación recibió el dictamen de aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol con el código 21/162-P.
 - **Información y consentimiento informado.** Se solicitó el consentimiento informado (anexo 2) a todas las personas que participaron en el estudio. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos que se codificaron a través de un código alfanumérico. Además, se entregó la hoja de información con todos los datos relativos al estudio (anexo 3).
 - **Rigor científico.** El rigor de la investigación se garantizó siguiendo los criterios de la *checklist* COREQ²⁴: *Consolidated criteria for reporting qualitative research* para la evaluación de entrevistas y grupos focales, así como los descritos por Guba y Lincoln para investigación cualitativa: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad²⁵.

RESULTADOS

Se seleccionaron 4 enfermeras del ABS 4 y se llevó a cabo un grupo focal. Posteriormente al análisis se seleccionaron 4 enfermeras del ABS 5 y se llevó a cabo el segundo grupo focal. Las 8 enfermeras participantes fueron mujeres con una media de 18,25 años de experiencia en el servicio. El análisis de los datos resultó en 15 categorías, que a su vez se clasificaron dentro en los 4 conceptos del metaparadigma enfermero (tabla 1). El resultado de este análisis constituye el contenido manifiesto. Dos investigadores debatieron y revisaron las categorías provisionales.

Dentro del concepto enfermería, destaca la categoría *proceso enfermero*, que refleja las actividades que realizan las enfermeras con relación al cuidado de personas con heridas, sobre todo las relacionadas con la valoración y el tratamiento. Las enfermeras reconocen que existe una gran variabilidad interprofesional: *“cada uno tiene su propio vademécum”*.

En cuanto a los conocimientos profesionales en el ámbito de las heridas, las enfermeras participantes consideraron que, en general, estos eran insuficientes y heterogéneos entre compañeros. Consideran que los conocimientos teóricos adquiridos en la universidad son claramente insuficientes para los cuidados a las personas con heridas. La participante P06 lo expresa de esta manera: *“Los alumnos cuando vienen aquí de prácticas, aunque sean de tercero, ¿qué saben de curas?, nada, nada, nada. Porque no hay una asignatura. Generalmente los conocimientos se adquieren de manera autodidacta, según los intereses particulares de cada profesional”*.

Un tema que emergió en ambos grupos sin ser preguntado explícitamente fue el de la afectación profesional. Los profesionales describen sentimientos de aburrimiento, cansancio, desesperación, desgaste, enfado, frustración, lucha, miedo, preocupación, pero, por otra parte, también alegría, esperanza, felicidad y resiliencia, en función de la evolución de la herida y la evaluación del plan de cuidados (P05): *“Yo digo que a mí me agobia mucho. Yo sé que es verdad que el sentimiento que tienes cuando tienes una herida muy larga (...). O sea, yo me vengo abajo o yo, cuando llevo mucho tiempo con una misma cura y veo que no evoluciona, no vengo. O sea, ya lo que me crea es ansiedad”*.

En lo que respecta a la persona, las enfermeras describen como importante la actitud de los pacientes con heridas y destacan la consciencia de enfermedad: *“Conciencia no tienen ni de la herida, ni de las enfermedades crónicas”* (P003), el nivel de acuerdo con la intervención profesional: *“te dicen: me ha curado una que yo no sé si es enfermera o es veterinaria o qué es. ¿Eso te lo han dicho? Muchas veces, te lo dicen...”* (P01). También es importante la adherencia a los profesionales de referencia, ya que normalmente los pacientes quieren que sea su enfermera quien le realice siempre la cura. Cada persona experimenta una vivencia única y tiene un grado diferente de cumplimiento del plan de curas. Se revela importante la confianza en el profesional, el conocimiento sobre el manejo de las heridas y la percepción de control, es decir, hay personas que ponen la responsabilidad de la curación en el exterior, mientras que otros intentan hacer algo por ellos mismos como estrategia de afrontamiento (P01): *“Sí, sí, la responsabilidad es de los demás, es tuya y lo tiene que curar lo más rápido posible”*.

Por otro lado, las enfermeras describen que algunas personas tienen dependencia del sistema sanitario, incluso desean o provocan que no se les cicatricen las heridas para poder mantener el vínculo con el sistema sanitario (P05): *“(…) crear una dependencia, una necesidad de tener un contacto con el sistema sanitario y eso que hace que a lo mejor no hagan todo lo posible para curarse o que provoque (...) para crear otra herida para seguir teniendo contacto”*.

La esperanza en la curación normalmente se mantiene pese a la cronificación de la herida. La gestión de la salud comprende los cuidados que las personas realizan en cuanto a prevención y manejo de las heridas. Estos normalmente dependen de la edad y de la voluntad y nivel de autocuidados de cada individuo.

Respecto a la espiritualidad, las personas describen diversas prácticas de sus creencias (P03): *“(…) le habla la llaga en tercera persona: ¿te vas a portar bien verdad úlceras? Porque es que me estas afectando mucho y no me estas dejando que yo viva bien, eh. (P07): Pues oye, una paciente mía me ha dicho a ver si se cura ya y voy a tocar las campanas en Santa Coloma”*.

Por otro lado, las enfermeras describieron como el patrón de sexualidad y la intimidad también se ve afectado por las lesiones (P02): *“(…) la chica joven esta que le afecta sus relaciones personales íntimas. Sí, y es que ya empezaba a decir hoy me voy a la discoteca, pero me tengo que poner un pantalón negro porque el blanco ya verás que se me verá el bulto del apósito”*.

Las enfermeras tienen como objetivo de salud la curación completa de las lesiones cutáneas y ante la nula tendencia a la cicatrización pocas veces se plantea un abordaje paliativo de la cura de las heridas. Respecto a la afectación de la calidad de vida, las enfermeras identificaron como afectadas las áreas de síntomas y, especialmente, del dolor, el exudado y el olor; funcionamiento físico, sobre todo afectación del sueño y de la movilidad, y el funcionamiento psicológico y social (P02): *“No podía salir de viaje, no quería ir a ningún sitio, dejó de hacer deporte, mojaba el pantalón, o sea, se quedaba en casa”*.

En la organización de los servicios sanitarios es importante la accesibilidad a los profesionales de referencia de las personas, la coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, la longitudinalidad y continuidad en los cuidados, la gestión de los recursos materiales y la prevención. Las enfermeras opinan que en AP existe más horizontalidad y que las curas las pautan la enfermera de cada persona. En el hospital es el médico o la experta en heridas quien pauta el tratamiento. El médico de AP, por lo general, no participa en la gestión de la cura de heridas, por poco interés o desconocimiento, y tiene una función colaborativa en el abordaje del diagnóstico y tratamiento de la infección. A veces, la coordinación entre las enfermeras de AP y otros profesionales del ámbito hospitalario de diferentes especialidades relacionadas con las heridas (cirugía vascular, dermatología, enfermería especializada) no es fluida y hay confusión y conflictos referentes a qué pauta seguir, los materiales

Tabla 1. Resultados del análisis de las percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de personas con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad

Subcategoría	Categoría	Concepto metaparadigmático
Valoración herida: etiología: factores extrínsecos Valoración herida: etiología: factores intrínsecos Valoración integral del paciente Intervenciones comunitarias Apoyo al cuidador principal Apoyo espiritual Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida Control de infecciones Cuidados de las heridas Educación para la salud Enseñanza: ejercicio prescrito Establecimiento de objetivos comunes Gestión recursos Intercambio de información de cuidados de salud Manejo ambiental Manejo de la nutrición Manejo del dolor Mejorar el afrontamiento: favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente Prevención de las LCRD Variabilidad interprofesional de los cuidados	Proceso enfermero	Enfermería
Nivel Origen Compañeras Experiencia Formación laboratorios Formación posterior Prácticas Referente de curas Universidad	Conocimientos profesionales	
Aburrimiento Alegría Cansancio Cuestionamiento Desesperación Desgaste Enfado Esperanza Felicidad Frustración Impotencia Lucha Miedo Pena Preocupación Resiliencia	Afectación profesional	
Dimensión biológica Dimensión psicológica Dimensión social Dimensión espiritual	Seres holísticos	
Aceptación: estado de salud (consciencia de enfermedad) Acuerdo intervención profesional Adherencia a los profesionales Afrontamiento de problemas: vivencia única Conducta de cumplimiento Confianza en el profesional Conocimiento: manejo de las heridas Creencias sobre la salud: percepción de control Dependencia del sistema sanitario Esperanza: curación Gestión de la salud Nivel de autocuidado	Actitud	Persona

Continúa

Natalia Maella-Rius, Joan-Enric Torra-Bou y Laura Martínez-Rodríguez
 Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad

Tabla 1. Resultados del análisis de las percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de personas con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad (cont.)

Subcategoría	Categoría	Concepto metaparadigmático
Curación de la herida: por segunda intención	Objetivo	Salud
Estancamiento de la herida	Progresión de la cicatrización	
Síntomas: dolor, exudado, olor, picor Funcionalidad física: movilidad, AVD, sueño Bienestar psicológico: estado de ánimo, ansiedad Funcionalidad social: participación social, aislamiento	Calidad de vida	Entorno
Aumento de la atención domiciliaria Aumento de la cronicidad Aumento de la movilización Aumento de la esperanza de vida Disminución de las amputaciones Disminución de la autocura Disminución de las LCRD Historia de la evolución de la atención de heridas en AP Mejoría de la gestión del exudado y olor Mejoría de la nutrición de personas mayores Reconocimiento de enfermería como profesional responsable de las heridas	Contexto histórico	
Accesibilidad Acceso a material heterogéneo en el territorio Atención hospitalaria AP Coordinación AP-atención hospitalaria Financiación del material de curas Gestión económica de los recursos Longitudinalidad y continuidad Prevención	Organización sanitaria	
Conducta de cumplimiento Cuidados feminizados Demanda de asistencia sanitaria Dependencia del sistema sanitario Desconfianza del tratamiento Desconocimiento de los recursos Detección del riesgo Diferencias culturales Nivel de autocuidado Propios productos para la cura de heridas	Cultura	
Acceso a recursos materiales Diferencias socioeconómicas	Nivel socioeconómico	
Apoyo al cuidador principal Trabajadoras familiares	Cuidador	
Barreras arquitectónicas Conductas ineficaces en el mantenimiento del hogar	Domicilio	

AP: atención primaria; AVD: actividades de la vida diaria; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

utilizados, etc., ya que algunos materiales son de uso hospitalario y no están disponibles en AP ni financiados a través de receta.

Por otro lado, una vez finalizado el episodio de herida, a veces ocurre que no hay dispositivos de prevención permanentes financiados, como medias de tejido plano, superficies especiales para el manejo de la presión, plantillas de descarga, y las enfermeras tienen que utilizar soluciones temporales para realizar actividades de prevención. Además, los recursos no son equitativos en todo el Estado, y hay diferencias entre provincias y comunidades en cuanto a cartera de servicios y productos financiados.

Otros factores importantes del entorno son la cultura y el nivel socioeconómico de las personas, que condicionan el nivel de autocuidado que presenta y las condiciones del domicilio en el que reside, tanto en lo que se refiere a higiene como a barreras arquitectónicas y superficies especiales de descarga de la presión.

Por otro lado, destacan la importancia del cuidador, tanto en la vigilancia y detección de las lesiones como en la comunicación de estas al equipo sanitario, pero existe una gran heterogeneidad y hay que delegar en ellos haciendo una valoración previa de sus capacidades.

DISCUSIÓN

Los resultados coinciden con la literatura en que la atención a las personas con heridas en la comunidad sea holística e incluya una valoración integral de la persona en sus aspectos físicos, fisiológicos, sociales, espirituales y económicos¹², y una valoración local de la herida, para llegar a un correcto diagnóstico etiológico y derivar al especialista en caso de dudas²⁶.

Los resultados del estudio muestran afectación de diferentes áreas en la calidad de vida de las personas, como ya se ha descrito en diferentes estudios^{4,27-31}, además de otros factores a menudo olvidados como la sexualidad y la espiritualidad. Por otro lado, la afectación en las enfermeras incluye desafío, frustración y desesperanza cuando no se observa ningún progreso en la cicatrización de la herida³²⁻³³. Además se ha descrito la percepción de conocimientos insuficientes sobre el cuidado de personas con heridas³⁴, que puede estar relacionado con programas universitarios que no incluye formación suficiente en este ámbito³⁵.

Respecto a la cicatrización completa como la meta de los cuidados enfermeros, un estudio³⁶ describió que el personal de enfermería consideraba la curación de la úlcera como la prioridad, aunque fuera poco probable y difiriera de la prioridad del paciente de alcanzar la comodidad. Sin embargo, ante heridas, malignas o no, que presentan una tendencia nula a la cicatrización puede considerarse el abordaje paliativo de las curas. En la literatura se encuentran publicaciones que recogen este abordaje¹² que prioriza el control de los síntomas sin abandonar el objetivo de curación. Este manejo no es exclusivo de los pacientes de paliativos al final de vida, sino que consiste en el abordaje de los síntomas sin excluir la posibilidad de una cura eventual.

El entorno que rodea a la persona con heridas incluye factores socioeconómicos, culturales y políticos. La organización sanitaria es importante para garantizar la accesibilidad a los profesionales de referencia del paciente, mantener la longitudinalidad (los distintos problemas seguidos por el mismo profesional) y la continuidad asistencial (el mismo problema seguido por el mismo profesional)¹⁶. Se ha observado que cuando los pacientes son atendidos por los mismos profesionales, especialmente enfermeras, los resultados mejoran³⁷. Respecto al rol de cada profesional en el ámbito comunitario, las enfermeras participantes en el estudio consideran que ellas tienen la responsabilidad completa sobre el diagnóstico y abordaje de las personas con heridas y que el rol del médico es intervenir en el manejo de la infección y derivación a otros especialistas, lo que coincide con la bibliografía consultada^{38,39}. También describen problemas de coordinación entre niveles asistenciales. Cuando el cuidado de las heridas se realiza en contextos interdisciplinarios y en el tratamiento de una persona están involucrados diferentes servicios, a menudo ocurren problemas de comunicación en diferentes puntos del recorrido¹⁵. La comunicación entre los profesionales sanitarios es clave para promover las mejores prácticas en el cuidado de las personas con heridas¹². Algunos problemas de comunicación incluyen problemas de coordinación en la captación de pacientes de riesgo al alta hospitalaria y el uso de comunicación no escrita para las derivaciones entre profesionales⁴⁰. Estas transiciones podrían facilitarse con las enfermeras de práctica avanzada y el uso de escalas para medir la cicatrización⁴¹.

Los cuidadores que rodean a los pacientes deben actuar como un equipo, tener los mismos objetivos e interesarse por lo que es mejor para la persona. Generalmente, los cuidadores también presentan cierto grado de dependencia y acostumbran a ser un miembro femenino de la familia¹⁴ o trabajadoras asalariadas. Puede ser necesario aclarar la responsabilidad y el papel de cada profesión creando espacios y rutinas para comunicarse, y hacer que los cuidados sean más constructivos¹⁵.

Limitaciones

Se señalan como limitaciones del estudio el tamaño de los grupos focales que pueden limitar la diversidad de perspectivas y dificultar la saturación de los datos. Además de la influencia de la investigadora que como experta en heridas puede condicionar las respuestas de las participantes y añadir sesgos en el análisis. Asimismo, la muestra de participantes solo incluye personas de sexo femenino y que prestan sus servicios a una población de un nivel socioeconómico medio-bajo.

CONCLUSIONES

El cuidado de personas con heridas en la comunidad es complejo e incluye un gran número de actividades de enfermería que a menudo se basan en la experiencia y no en la evidencia. Las heridas impactan profundamente en la calidad de vida de los seres humanos, provocando experiencias únicas y multifactoriales. El entorno que rodea a la persona, tanto la familia, los cuidadores, el domicilio como el nivel socioeconómico, político y cultural influye enormemente en los cuidados ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las enfermeras que han participado en los grupos focales por compartir de manera generosa sus vivencias con los investigadores. Sin ellas, la realización de este estudio no hubiera sido posible.

Financiación

Este estudio ha sido financiado parcialmente por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (www.coib.cat) en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-501/2021).

Este estudio ha recibido financiación del Programa de Ayudas a Doctorandos y Realización de Tesis del Consejo General de Enfermería en 2022.

Estudio premiado con otorgamiento de un módulo de 60 h en la 7.ª Convocatòria dels Ajuts a la Recerca de la Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord de l'Institut Català de la Salut.

Este estudio ha recibido el premio a la investigación y la difusión de investigaciones relacionadas con las heridas de la Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas en la Convocatoria 2021-2023.

Natalia Maella-Rius, Joan-Enric Torra-Bou y Laura Martínez-Rodríguez
 Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad

Anexo 1. Guión de los grupos focales	
Código paciente/grupo	
Fecha	__/__/__
Hora inicio	
Hora finalización	
ABS	
Años experiencia	
Dimensiones	<p>PU-QoL Síntomas: dolor, exudado, olor, picor Funcionalidad física: movilidad, AVD, sueño Bienestar psicológico: estado de ánimo, ansiedad Funcionalidad social: participación social, aislamiento</p> <p>Modelos conceptuales Presunciones Situación de dependencia – Las LCRD afectan a la calidad de vida de la persona que las padece en varias dimensiones – La función de la enfermera es el manejo holístico del paciente y la preparación del lecho de la herida – Las heridas son multifactoriales</p> <p>Opiniones y valores – Las enfermeras son las profesionales encargadas del cuidado de las heridas</p> <p>Elementos fundamentales – El objetivo – El beneficiario – El papel del profesional – El origen de la dificultad – La intervención profesional – Las consecuencias</p>
Observaciones	

ABS: área básica de salud; AVD: actividades de la vida diaria; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Anexo 2. Consentimiento informado
<p>Título del estudio: <i>Pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia en atención domiciliaria: fundamentos para una microteoría de cuidados</i></p> <p>Yo,</p> <ul style="list-style-type: none"> • He leído la hoja de información al participante que se me ha entregado • He podido hacer las preguntas sobre el estudio • He recibido suficiente información sobre el estudio • He hablado con la investigadora principal • Comprendo que mi participación es voluntaria • Comprendo que puedo retirarme del estudio: <ul style="list-style-type: none"> – Cuando lo desee – Sin dar explicaciones – Sin que ello repercuta en la atención sanitaria que reciba <p>De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD) y la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de mis derechos, de la finalidad de recogida de mis datos y los destinatarios de la información.</p> <p>Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.</p> <p>Nombre y apellidos del paciente y/o participante y firma</p> <p>Fecha</p>

Anexo 3. Hoja de información al participante

Bienvenido/a al estudio que lleva por título: *Pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia en atención domiciliaria: fundamentos para una microteoría de cuidados*

Se trata de un estudio cuya investigadora principal (IP) es Natalia Maella Rius, enfermera del Centro de Atención Primaria El Gorg/Sant Roc y forma parte de la tesis doctoral con el mismo título matriculada en la Universitat de Lleida (UdL)

Se trata de un estudio de investigación y se le invita a participar de forma totalmente voluntaria. Le informo de la posibilidad de cambiar su decisión y revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que esto altere la relación con la IP.

Los objetivos del estudio son conocer cómo son los cuidados que la enfermera realiza a domicilio a los pacientes que presentan heridas en la piel a causa de su situación de dependencia. De estos resultados se espera construir un modelo, es decir una guía para prestar unos cuidados de mayor calidad.

Su participación en el estudio consistirá en entrevistas individuales y/o grupales dirigidas por la investigadora, de 1 h de duración aproximadamente y no tendrá ningún coste económico. Se realizará durante los meses de septiembre de 2021 a junio de 2022. Los beneficios de participar en este estudio son poder contribuir al desarrollo de la ciencia. No se esperan riesgos derivados del estudio. Si en cualquier momento aparece algún malestar derivado por la entrevista, puede abandonar el estudio o pedir que esta sea pospuesta.

Los registros obtenidos de las entrevistas podrán ser auditados por personas autorizadas de la misma institución como el Comité Ético o externas como organismos reguladores o la universidad. Las grabaciones se guardarán hasta 5 años después de que termine el estudio. Para asegurar la confidencialidad de los datos del participante, los datos serán guardados en una plataforma informática segura: *Unidisc*, de la UdL, generado por el Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya.

Los resultados serán analizados para entender qué es importante para las enfermeras en lo que respecta al cuidado de los pacientes con heridas, y a través de este análisis se crearán teorías que podrán guiar la práctica. Se realizará difusión de estos a través de artículos en revistas científicas, posters o publicaciones en congresos y la publicación de la tesis doctoral.

Según el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos y ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales: el acceso a su información personal quedará restringida al profesional sanitario del estudio y sus colaboradores, autoridades sanitarias, Comité Ético de Investigación y los monitores y auditores del promotor, que estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión, cuando lo necesiten, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estas de acuerdo con la legislación vigente.

Le informo, además, de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, así como el derecho de limitar el tratamiento de los datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a terceros los datos que ha facilitado por el estudio. Para ello deberá dirigirse a la IP que ha desarrollado el estudio en la siguiente dirección de correo electrónico nmaella.mn.ics@gencat.cat

BIBLIOGRAFÍA

- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Pérez López C, Soldevilla Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5.º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019;30:76-86.
- Samaniego Ruiz MJ, Martínez Varón MJ. Impacto de las úlceras por presión en la mortalidad. *Enferm Dermatol*. 2016;10:59-61.
- Song YP, Shen HW, Cai JY, Zha ML, Chen HL. The relationship between pressure injury complication and mortality risk of older patients in follow-up: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J*. 2019;16:1533-44.
- Gorecki C, Nixon J, Lamping DL, Alavi Y, Brown JM. Patient-reported outcome measures for chronic wounds with particular reference to pressure ulcer research: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:157-65.
- Roussou E, Fasaki G, Stavropoulou A, Kelesi M, Vasilopoulos G, Gerogianni G, et al. Quality of life of patients with pressure ulcers: a systematic review. *Med Pharm Reports*. 2023;96:123-30.
- Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1754-74.
- Torra-Bou J, García-Fernández F, Pérez-Acevedo G, Sarabia-Lavin R, Parás-Bravo P, Soldevilla-Agreda J, et al. El impacto económico de las lesiones por presión. *Gerokomos*. 2017;28:83-97.
- Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2006;17:203-24.
- Cuculich D, Sosa I, Petaros A. Decubitus ulcers and ligature marks as evidence in a homicide case. *Forensic Sci Int*. 2015;254:e13-7.
- Seyhan S. Decubitus ulcer development: An investigation on its effect and evidence in home care patients. *Indian J Palliat Care*. 2018;24:505-11.
- Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Parás-Bravo P, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP, et al. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016;27:161-7.
- Probst S, Seppänen S, Gerber V, Hopkins A, Rimdeika R, Gethin G. EWMA document: Home care-wound care overview, challenges and perspectives. *J Wound Care*. 2014;23 Suppl 5:S1-41.
- Gené Badia J, Borràs Santos A, Carles Contal Segura J, Campribó Casellas MDM, Cegri Lombardo F, Heras Tebar A, et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): A home care cohort study. *Gac Sanit*. 2011;25:308-13.
- Martínez-Riera JR, López-Gómez J. Atención domiciliaria. En: *Manual práctico de Enfermería Comunitaria*. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 47-52.
- Hahessy S. Valoración y planificación. En: Probst S, editor. *Cuidado de heridas en enfermería. Un enfoque centrado en la persona*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 22-33.
- Fawcett J. Thoughts about the metaparadigm of nursing: Contemporary status and recommendations for evolution. *Nurs Sci Q*. 2023;36:303-5.
- Fawcett J. Thoughts about environment. *Nurs Sci Q*. 2022;35:267-9.
- Guerrero-Castañeda RF, Do Prado ML, Kempfer SS, Ojeda Vargas MG. Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Index de Enfermería*. 2017;26:67-71.
- Casadó-Marin L, Delgado-Hito P. Metodología cualitativa aplicada a la recolección en salud y los cuidados. En: *Investigación en enfermería Teoría y práctica*. 1.ª ed. Publicacions URV; 2015. p. 98-107.
- Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Modelos conceptuales enfermeros. En: *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005. p. 42-4.
- Maella-Rius N, Martínez-Rodríguez L, Torra-Bou JE. Impacto de las lesiones por presión en un paciente post Covid-19. *Index Enfermería Digit*. 2023;32:e14302.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62:107-15.
- Oliver JG. El análisis de contenidos: ¿qué nos están diciendo? *Rev Calid Asist*. 2008;23:26-30.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19:349-57.
- Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
- Mahoney K. Understanding the basics of wound care in the community setting. *J Clin Nurs*. 2014;28:66-75.
- Langemo DK. Quality of life and pressure ulcers: What is the impact? *Wounds*. 2005;17:3-7.
- Olsson M, Friman A. Quality of life of patients with hard-to-heal leg

Natalia Maella-Rius, Joan-Eric Torra-Bou y Laura Martínez-Rodríguez

Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y otras heridas crónicas en la comunidad

- ulcers: A review of nursing documentation. *Br J Community Nurs.* 2020;25(S12):S12-9.
29. De Gouveia Santos VLC, Dos Santos Oliveira A, Dos Santos Amaral AF, Tihemi Nishi E, Betteloni Junqueira J, Park Kim SH. Quality of life in patients with chronic wounds: Magnitude of changes and predictive factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03250.
 30. Gorecki C, Lamping DL, Brown JM, Madill A, Firth J, Nixon J. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: A patient-focused approach. *Int J Nurs Stud.* 2010;47:1525-34.
 31. Gorecki C, Brown JM, Cano S, Lamping DL, Briggs M, Coleman S, et al. Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: The PU-QOL instrument. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:95.
 32. Varga MA, Holloway SL. The lived experience of the wound care nurse in caring for patients with pressure ulcers. *Int Wound J.* 2016;13:243-51.
 33. European Wound Management Association (EWMA). *Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral.* Londres: MEP Ltd.; 2008.
 34. Varga MA, Holloway SL. The lived experience of the wound care nurse in caring for patients with pressure ulcers. *Int Wound J.* 2016;13:243-51.
 35. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-del-Olmo E, Home-Romero E, Bertran-Noguer C. Course content related to chronic wounds in nursing degree programs in Spain. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47:51-61.
 36. Morgan PA, Moffatt CJ. Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: The nurse's perspective. *Int Wound J.* 2008;5:332-9.
 37. Dufour E, Duhoux A, Contandriopoulos D. Measurement and validation of primary care nursing indicators based on a wound care tracer condition. *J Nurs Care Qual.* 2020;35:63-9.
 38. Aune E, Struksnes S. Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds. *J Wound Care.* 2019;28:178-87.
 39. Friman A, Edström DW, Edelbring S. General practitioners' perceptions of their role and their collaboration with district nurses in wound care. *Prim Heal Care Res Dev.* 2018;20:e39.
 40. Ponce González JM, Troncoso A, Ramos Calero E, Velázquez Salas A. Análisis desde la perspectiva de la seguridad del paciente en la prevención de heridas por presión en domicilio. *Evidentia.* 2017;14:3-9.
 41. Novy TK, Woith WM. Standardized hospital discharge communication for patients with pressure injury: A quasi-experimental trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020;47:236-41.

Anexo 6. Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: Pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia en atención domiciliaria: fundamentos para una micro teoría de cuidados

Yo,

- He leído la hoja de información al participante que se me ha entregado.
- He podido hacer las preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con la investigadora principal:
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
- Cuando lo desee,
- Sin dar explicaciones, y
- Sin que ello repercuta en la atención sanitaria que reciba.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD) y la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de mis derechos, de la finalidad de recogida de mis datos y los destinatarios de la información.

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Nombre y apellidos del paciente y / o participante y firma

Fecha

Anexo 7. Hoja de información a la enfermera

Bienvenido/a al estudio que lleva por título:

Pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia en atención domiciliaria: fundamentos para una micro teoría de cuidados

Se trata de un estudio cuya investigadora principal (IP) es Natalia Maella Rius, enfermera del Centro de Atención Primaria El Gorg - Sant Roc y forma parte de la tesis doctoral con el mismo título matriculada en la Universitat de Lleida (UdL)

Se trata de un estudio de investigación y se le invita a participar de forma totalmente voluntaria.

Le informo de la posibilidad de cambiar su decisión y revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que esto altere la relación con la IP.

Los objetivos del estudio son conocer cómo son los cuidados que la enfermera realiza a domicilio a los pacientes que presentan heridas en la piel a causa de su situación de dependencia. De estos resultados se espera construir un modelo, es decir una guía para prestar unos cuidados de mayor calidad.

Su participación en el estudio consistirá en entrevistas individuales y/o grupales dirigidos por la investigadora de una hora de duración aproximadamente y no tendrá ningún coste económico. Se realizará durante los meses de septiembre de 2021 a junio de 2022.

Los beneficios de participar en este estudio son poder contribuir al desarrollo de la ciencia

No se esperan riesgos derivados del estudio.

Si en cualquier momento aparece algún malestar derivado por la entrevista, puede abandonar el estudio o pedir que ésta sea pospuesta

Los registros obtenidos de las entrevistas podrán ser auditados por personas autorizadas de la misma institución como el comité ético o externas como organismos reguladores o la Universidad.

Las grabaciones se guardarán hasta 5 años después de que termine el estudio.

Para asegurar la confidencialidad de los datos del participante, los datos serán guardados en una plataforma informática segura: *Unidisc* de la *Universitat de Lleida*, generado por el *Consorti de Serveis Universitaris de Catalunya*.

Los resultados serán analizados para entender qué es importante para las enfermeras en lo que respecta al cuidado de los pacientes con heridas y a través de este análisis se crearán teorías que podrán guiar la práctica. Se realizará difusión de estos a través de artículos en revistas científicas, posters o publicaciones en congresos y la publicación de la tesis doctoral.

Según el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos y ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales: el acceso a su información personal quedará restringida al profesional sanitario del estudio y sus colaboradores, autoridades sanitarias, Comité Ético de Investigación y los monitores y auditores del promotor, que estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión, cuando lo necesiten, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de las mismas de acuerdo con la legislación vigente.

Le informo, además, de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, así como el derecho de limitar el tratamiento de los datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a terceros datos que ha facilitado por el estudio. Para ello deberá dirigirse a la investigadora principal que ha desarrollado el estudio en la siguiente dirección de correo electrónico nmaella.mn.ics@gencat.cat

Anexo 8. Hoja de información al paciente

Bienvenido/a al estudio que lleva por título:

Pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia en atención domiciliaria: fundamentos para una micro teoría de cuidados

Se trata de un estudio cuya investigadora principal (IP) es Natalia Maella Rius, enfermera experta en heridas de la Dirección de Atención Primaria Metropolitana Nord de Barcelona y forma parte de la tesis doctoral con el mismo título matriculada en la Universitat de Lleida (UdL)

Se trata de un estudio de investigación y se le invita a participar de forma totalmente voluntaria.

Le informo de la posibilidad de cambiar su decisión y revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que esto altere la relación con el profesional sanitario ni se produzca perjuicio alguno en su asistencia sanitaria.

Los objetivos del estudio son conocer cómo son los cuidados que la enfermera realiza a domicilio a los pacientes que presentan heridas en la piel a causa de su situación de dependencia. De estos resultados se espera construir un modelo, es decir una guía para prestar unos cuidados de mayor calidad.

Su participación en el estudio consistirá en una entrevista individual dirigida por la investigadora de una hora de duración aproximadamente y no tendrá ningún coste económico. Se realizará durante los meses de enero a junio de 2023.

Los beneficios de participar en este estudio son poder contribuir al desarrollo de la ciencia

No se esperan riesgos derivados del estudio.

Este estudio es diferente de la atención habitual que usted recibe de su enfermera de atención primaria.

Por favor, informe a la investigadora de su participación en otros estudios.

Si en cualquier momento aparece algún malestar derivado por la entrevista, puede abandonar el estudio o pedir que ésta sea pospuesta

Los registros obtenidos de las entrevistas podrán ser auditados por personas autorizadas de la misma institución como el comité ético o externas como organismos reguladores o la Universidad.

Las grabaciones se guardarán hasta 5 años después de que termine el estudio. Para asegurar la confidencialidad de los datos del participante, los datos serán guardados en una plataforma informática segura: *Unidisc* de la *Universitat de Lleida*, generado por el *Consorti de Serveis Universitaris de Catalunya*.

Los resultados serán analizados para entender qué es importante para los pacientes y a través de este análisis se crearán teorías que podrán guiar la práctica. Se realizará difusión de estos a través de artículos en revistas científicas, posters o publicaciones en congresos y la publicación de la tesis doctoral.

Según el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos y ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales: el acceso a su información personal quedará restringida al profesional sanitario del estudio y sus colaboradores, autoridades sanitarias, Comité Ético de Investigación y los monitores y auditores del promotor, que estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión, cuando lo necesiten, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de las mismas de acuerdo con la legislación vigente.

Le informo, además, de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, así como el derecho de limitar el tratamiento de los datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a terceros datos que ha facilitado por el estudio. Para ello deberá dirigirse a la investigadora principal que ha desarrollado el estudio en la siguiente dirección de correo electrónico nmaella.mn.ics@gencat.cat

