

Tendencias de Enfermería

Unidades de heridas complejas: un reto para Enfermería

María Rosa Carracedo Martín^a, Araceli López Carracedo^b, Silvia Morán Lorenzo^c, Sonia Sánchez Mata^a, María José Conde García^a, Francisca Rodríguez Torres^a, María del Carmen Lorenzo Vieites^a

a Enfermera, CS Pedrosillo el Ralo, Salamanca, España

b Enfermera, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

c Enfermera, CS Lumbrales, Salamanca, España

Recibido el 5 de febrero de 2025. Aceptado el 12 de marzo de 2025.

Disponible en Internet el 10 de abril de 2025.

Resumen

Introducción: herida compleja es aquella que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, más de 6 semanas, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. **Objetivo:** analizar las características de las unidades de heridas existentes en España y su influencia en la cicatrización de heridas complejas. **Métodos:** se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas. **Resultados:** las heridas complejas constituyen un importante problema de Salud Pública y de seguridad en el paciente, para la sociedad, el Sistema Nacional de Salud, así como un gran reto para el trabajo del profesional de enfermería. Su atención tiene un elevado coste tanto en recursos humanos como materiales. Asimismo, pueden tener repercusiones legales por inadecuada o inexistente prevención y tratamiento. A nivel individual disminuyen la autonomía y la autoestima, afectan a la calidad de vida, puede haber complicaciones y aumento del riesgo de muerte (de 2 a 4 veces más en edades avanzadas). **Conclusión:** como respuesta a este creciente y complejo problema está la creación de Centros-unidades de heridas como estrategia para lograr minimizar los problemas ocasionados por las heridas complejas.

Palabras clave: Enfermera de Práctica Avanzada; unidades de heridas; curación de herida; organización sanitaria.

Abstract

Introduction: A complex wound is one that requires very long periods of healing, more than 6 weeks, in a complex process that removes and replaces damaged tissue. **Objective:** To analyze the characteristics of existing wound care units in Spain and their influence on complex wound healing. **Methods:** A bibliographic review was conducted using electronic databases. **Results:** Complex wounds constitute a significant public health and patient safety problem for society and the National Health System, as well as a major challenge for nursing professionals. Their care is costly in both human and material resources. Furthermore, they can have legal repercussions due to inadequate or nonexistent prevention and treatment. At the individual level, they reduce autonomy and self-esteem, affect quality of life, and may cause complications and an increased risk of death (two to four times higher in older people). **Conclusion:** As a response to this growing and complex problem, the creation of wound care centers-units is a strategy to minimize the problems caused by complex wounds.

Keywords: Advanced Practice Nurse; Wound Care Units; Wound Care; Healthcare Organization.

Las heridas complejas son aquellas que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, más de 6 semanas, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Estas heridas engloban lesiones por presión, asociadas a la humedad, úlceras vasculares arteriales o venosas, úlceras del pie diabético isquémicas o neuropáticas, úlceras neoplásicas y otras como quemaduras, heridas con cierre por segunda intención, enfermedades infecciosas, epidermólisis bullosa, etc. Todas ellas constituyen un importante problema de Salud Pública y de seguridad en el paciente, para la sociedad, el Sistema Nacional de Salud, así como un gran reto para el trabajo del profesional de enfermería. Su atención tiene un elevado coste tanto en recursos humanos como materiales. Asimismo, pueden tener repercusiones legales por inadecuada o inexistente prevención y tratamiento. A nivel individual disminuyen la autonomía y la autoestima, afectan a la calidad de vida, puede haber complicaciones y aumento del riesgo de muerte (de 2 a 4 veces más en edades avanzadas). La prevención y tratamiento de las heridas complejas son un reto diario para el personal de enfermería. A pesar de la gran cantidad de investigaciones y documentación que hay sobre el tema, la cicatrización de las heridas sigue siendo un área de grandes malentendidos y conceptos equivocados. La actuación de enfermería se basa en la práctica acumulada, pero no está validada de forma científica. Esta práctica subjetiva no llega a todos los profesionales y produce una gran variabilidad en el cuidado de las heridas. Las tasas de incidencias son altas y muchas veces no hay continuidad en los cuidados. Su coste se ha estimado en 481 millones de euros anuales, lo que representa entre el 0,4 y el 5% del gasto en sanidad. En España se dispone de datos de costes hospitalarios a través del estudio CONOCE, que sitúa a las lesiones por presión en sexto lugar en cuanto a eventos adversos con mayor coste incremental¹.

Las heridas complejas se han detenido en la fase inflamatoria debido a un desequilibrio entre los factores de crecimiento y las proteasas. Este desequilibrio se debe a la presencia exagerada de citoquinas proinflamatorias, disminución de los factores de crecimiento, alteración en el depósito de colágeno y de la matriz, alteración de la proliferación celular y de la síntesis proteica y aumento de la apoptosis².

Según el último estudio de prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles de 2017 en el que participaron 554 unidades de 70 hospitales, la prevalencia de lesiones fue del 8,7%, siendo las lesiones por presión las más frecuentes con una prevalencia del 7%³.

Las úlceras de extremidad inferior son lesiones espontáneas o accidentales que no han podido pasar por un proceso ordenado de cicatrización. Esto suele suceder por una patología subyacente, sistémica o de la extremidad, que impide o retrasa su cicatrización. Su prevalencia global está situada entre 0,10 y 0,30% y suponen un gran impacto para el paciente, provocando una reducción de la calidad de vida en las dimensiones físicas, emocionales y sociales⁴. Además, generan un gran impacto económico y gasto en recursos humanos

y materiales. Por todo ello, se consideran un problema de primer orden mundial³. La patología venosa representa un 75-80% del total de las heridas de pierna⁴.

La prevalencia de la Enfermedad Arterial Periférica, en la población general se estima entre el 3% y el 10%, aumentando hasta el 15-20% en las personas mayores de 70 años. Se calcula una mortalidad global por esta enfermedad del 30% a los 5 años del diagnóstico, y del 70% a los 15 años⁵. En referencia a la aparición de las úlceras, la isquemia puede contribuir en torno al 30 a 40% a la aparición de úlceras.

Las lesiones complejas se deben abordar desde el cuidado integral del paciente, con la valoración del paciente y de su entorno, el alivio o control de la causa que ha producido la úlcera, los cuidados generales del paciente y los cuidados locales de la lesión.

Como respuesta a este creciente y complejo problema está la creación de Centros-unidades de heridas como estrategia para lograr minimizar los problemas ocasionados por las heridas complejas⁶.

El objetivo de este estudio es analizar las características de las unidades de heridas existentes en España y su influencia en la cicatrización de heridas complejas.

Métodos

La metodología utilizada para esta presente revisión bibliográfica se ha basado en una búsqueda en bases de datos científicas electrónicas: Cuiden Plus, CINAHL, Medline y PubMed. Además, se han realizado consultas en el buscador Google Académico y en diferentes revistas, libros y protocolos de actuación. La búsqueda se llevó a cabo entre diciembre de 2024 y enero de 2025. Se incluyeron estudios en español o inglés que abordaran unidades especializadas en el tratamiento de heridas complejas dentro del territorio español. Se excluyeron los artículos que no hicieran referencia explícita a unidades de heridas en España o que se centraran exclusivamente en intervenciones terapéuticas aisladas sin vinculación con el contexto organizativo de una unidad especializada.

Resultados

Situación de las unidades de heridas

En el año 2017 se realizó el primer censo de unidades de heridas crónicas en España. Se concluyó que el número de unidades de heridas es bajo y existe gran disparidad en su distribución geográfica por comunidades autónomas. Además, estas estructuras están sujetas a muchos cambios. Esto conlleva la desaparición y aparición de unidades de heridas con relativa rapidez, aunque parece que es un sistema organizativo cada vez más aceptado en España, existiendo un número creciente de estas estructuras en España⁷.

Algunos autores han propuesto la distinción de varios tipos de unidades de heridas según el tipo concreto de herida crónica o el perfil de pacientes o según el modelo organizativo. De esta manera se distingue entre unidades o centros multidisciplinarios para pacientes con todo tipo de heridas y unidades o centros multidisciplinarios más especializados en un tipo concreto de lesión⁸.

Las unidades de heridas españolas tienen características muy heterogéneas y diversas, existiendo importantes diferencias en la implementación de este modelo, variando según la región o el contexto de salud. La unidad de atención de heridas crónicas típica en España está ubicada en un hospital o integrada en una estructura sanitaria que ofrece cobertura a toda un área sanitaria. Suele tener un área de influencia regional y presta atención tanto a personas con heridas crónicas como a profesionales de la salud que requieren de asesoramiento en la atención de personas con heridas, para lo cual con frecuencia se recurre a sistemas de teleasistencia o telemedicina⁹.

En España las unidades son generalmente pequeñas y cuentan con plantillas relativamente reducidas, aunque sí poseen equipos de consultores y de apoyo, siendo predominante la presencia en estos equipos de profesionales de las disciplinas de Angiología-Cirugía Vasculard, Cirugía Plástica, Medicina Especializada en Enfermedades infecciosas y Endocrinología- Nutrición. La mayoría de estas unidades está liderada por una enfermera, aunque también hay algunas lideradas por médicos o podólogos^{10,11}. Las heridas crónicas que

requieren más demanda de atención suelen ser las úlceras del miembro inferior, tales como las úlceras venosas y arteriales y especialmente las del pie diabético (PD), aunque también otras lesiones como las úlceras por presión (UPP), las lesiones por humedad o las heridas quirúrgicas cronicadas. Algunas de las terapias comúnmente utilizadas en las unidades son la cura húmeda, la terapia compresiva, el uso de descarga en PD y la terapia de presión negativa¹².

Aunque el modelo de unidades de heridas parece estar en ascenso en España, existen dificultades asociadas a su implantación y desarrollo, por lo que su futuro es aún incierto. Además, hay indicios de que la posición de las unidades ya establecidas es aún débil y vulnerable¹³.

Por muy elevada que sea la formación y especialización del personal implicado, la atención a las heridas crónicas va a requerir de atención de múltiples profesionales y no es posible ser un experto en todos los elementos que componen su cuidado. El enfoque multidisciplinar no es adecuado, ya que en este el concepto de equipo únicamente consiste en compartir información y en tomar decisiones basadas en esa información, sus miembros no pueden comunicarse directamente con otros miembros con respecto a la planificación del cuidado y no existe una línea conjunta de actuación. Esto conlleva una atención donde los profesionales actúan de forma descoordinada, en ocasiones incluso con planteamientos enfrentados. El enfoque interdisciplinario es distinto del multidisciplinario, ya que añade la existencia de un vínculo entre las disciplinas implicadas. Cada miembro del equipo interdisciplinario se comporta como una entidad singular que se dedica a crear y aplicar nuevos conocimientos independientes de las disciplinas involucradas. El enfoque interdisciplinario implica la utilización de mecanismos como la comunicación colaborativa y la práctica interdependiente, lo que permite negociar las prioridades y alcanzar acuerdos por consenso entre los miembros¹⁴.

Creación de una unidad de heridas

Los gestores sanitarios son reticentes en general a la instauración de nuevas unidades clínicas de heridas. Los argumentos esgrimidos varían: problemas económicos y descontrol del balance presupuestario, escollos logísticos o legales, etc.

Las organizaciones o personas interesadas en la creación de una nueva unidad de heridas en su contexto deberían plantearse como primera medida prioritaria involucrar al resto de servicios-departamentos del centro en el proceso de creación. La comunicación y participación de los diversos servicios no solo es necesaria para asegurar una atención adecuada, sino para evitar la aparición de barreras por recelo-oposición, aspecto relacionado con la conocida resistencia al cambio en las organizaciones. Sin embargo, es importante marcar como punto de partida que ninguna especialidad sanitaria va a tener un papel preponderante: hay que asegurar que el personal que va a integrar la unidad conoce y acepta el trabajo en equipo enmarcado en el enfoque inter-transdisciplinar¹⁵.

Se deben establecer las necesidades para la implantación de una unidad de heridas en el centro y plantear qué objetivos se persiguen con ella. Estos deben ser lógicos, medibles y factibles⁶. Además, antes de poner en marcha una unidad sería conveniente consensuarlo con la dirección.

Indicadores de calidad

Se deben definir los indicadores de calidad que se van a manejar en la unidad. Es preferible pocos indicadores pero bien definidos que muchos indicadores con escasa validez. A continuación se proponen algunos.

Indicadores prevención:

- a) Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado valoración de UPP (sería ideal poder introducir este indicador si hubiera un registro informatizado).
- b) Porcentaje de pacientes que dispongan sistemas de prevención.
- c) Porcentaje de pacientes que pasen por la unidad tenga registrada en su historia riesgos potenciales (desnutrición, etc.).

Indicadores de Calidad diagnóstica

- a) Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado la valoración DOMINATE.
- b) Porcentaje de pacientes con patología vascular a los que se les ha realizado índice tobillo/brazo.
- c) Porcentaje de estudio con Eco-Doppler en pacientes con indicación quirúrgica.
- d) Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado clasificación diagnóstica.

Indicador de resultados

- a) Porcentaje de altas (cierre de la lesión) de pacientes con lesiones.
- b) Tasa de recidiva de lesiones venosas.

Indicador de actividad docente:

- a) Porcentaje de personal de enfermería (enfermería y TCAE) tanto de equipos de Atención Primaria como de residencias que asisten a las sesiones.
- b) Porcentaje y evolución con pretest y postest de conocimientos.
- c) Porcentaje encuesta de necesidades formativas.
- d) Calendario de actividad.

Sistemas de registro para la cuantificación de la actividad en la unidad

Valorar la necesidad de sistemas informáticos específicos de gestión de heridas complejas. En Castilla y León existe un módulo informático muy reducido dentro del programa de historia clínica MEDORA para registrar las curas realizadas. Sería necesario implementar un módulo de cuidados específico para la unidad de heridas donde se registre toda la atención dada en la unidad. Asimismo, es necesario la creación de una tabla Excel con los datos específicos para la utilización de la información con fines estadísticos mientras no se disponga de un programa específico de heridas^{16,17}.

Asesoramiento

Si la unidad va a realizar funciones de asesoramiento a profesionales sanitarios de otros servicios o centros se deben planificar los mecanismos de comunicación telemática. En principio, las funciones de asesoramiento las realizará el responsable del paciente mediante un modelo de historia de enfermería donde se refleja la valoración, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones⁹.

El perfil del coordinador-responsable de la unidad debe ajustarse a los siguientes criterios:

- a) Tener formación específica en heridas crónicas.
- b) Experiencia profesional.
- c) Habilidades de liderazgo, capacidad comunicativa, capacidad de toma de decisiones complejas.
- d) Actividades investigadoras.

Se debe valorar la posibilidad de realización de rotaciones externas en otras unidades de heridas, previa a la creación de la unidad, ya que son un mecanismo útil para la mejora de las habilidades del personal sanitario y pueden anticipar problemas de índole práctica que se pueden presentar en la nueva unidad, además de ayudar a establecer una comunicación con otras unidades que favorezca colaboraciones y sinergias. La comunicación entre atención primaria y especializada debe ser directa y fluida.

Conclusiones

Las unidades de heridas disminuyen el coste económico de la atención a estos pacientes, ya que permite unificar recursos, objetivar y centralizar el gasto y evaluar las intervenciones. Y lo más importante: las personas con heridas dejan de vagar por múltiples centros y servicios buscando una solución específica a su problema, reduciendo el gasto sanitario¹⁸. Los recursos deben ser compartidos entre todos los niveles asistenciales.

Las unidades son importantes para proporcionar atención especializada a los pacientes con heridas y para apoyar a los profesionales de la salud, que a menudo carecen de formación en esta área. Las organizaciones cuentan con personal bien formado en esta área, pero estos profesionales no desempeñan su labor en la atención de las personas con heridas por falta de servicios específicos. Las unidades de heridas permiten la gestión eficiente de los recursos humanos. Además, las unidades clínicas de heridas sirven para visibilizar la problemática relacionada con estas lesiones, ya que fomentan la investigación en este campo, manteniendo líneas activas de investigación integradas en la práctica diaria. Esto es especialmente importante, ya que existe una falta de evidencias sólidas en muchos puntos relacionados con el cuidado de las heridas complejas¹⁹.

Las unidades de heridas son el paso lógico que ya han dado otros países de nuestro entorno que han tomado conciencia del alcance de este problema.

Financiación

Las autoras no han recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Torra-Bou JE, García-Fernández FP, Pérez-Acevedo G, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda JJ, et al. El impacto económico de las lesiones por presión. Revisión bibliográfica integrativa. *Gerokomos*. 2017;28(2):83-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200083&lng=es
2. Villalba LI, Bilevich E (Coords.). Consenso sobre cicatrización de heridas. Sociedad Argentina de Dermatología; 2008. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/cicatrizacion.pdf>
3. Soldevilla Agreda JJ, García-Fernández FP, Rodríguez Palma M, Torra i Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2017. *Gerokomos*. 2019;30(4):192-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400192&lng=es
4. Verdú J, Marinello J, Armans E, Carreño P, March J, Martín V, et al. Documento de Consenso CONUEI. 2a ed. EdikaMed S.L., editor. Madrid: Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la Extremidad Inferior-CONUEI; 2009.
5. Criqui MH, Fronck A, Barrett-Connor E, Klauber MR, Gabriel S, Goodman D. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*. 1985 Mar;71(3):510-5. doi: 10.1161/01.cir.71.3.510. PMID: 3156006.
6. González de la Torre H, Verdú Soriano J, Soldevilla Ágreda J. Unidades de heridas. *Rev ROL Enferm* 2018; 41(11-12): 730-7.
7. González de la Torre H, Verdú Soriano J, García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ. Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. *Gerokomos*. 2017;28(3):142-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300142&lng=es
8. Jiménez García JF, Aguilera Manrique G, Arboledas Bellón J, Gutiérrez García M, González Jiménez F, García Fernández FP. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. *Gerokomos*. 2019;30(1):28-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100028&lng=es
9. Jiménez García JF. Efectividad de la Enfermería de Práctica Avanzada en el cuidado de las Heridas Crónicas Complejas en Andalucía [Tesis Doctoral]. Almería: Universidad de Almería; 2020. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/11/tesis.-juan-francisco-jimenez-garcia-final.pdf>
10. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior. Guía nº 2. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, Servicio Gallego de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2016. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2511-es.pdf>
11. Arias CAR, Pacheco Compañía FJ, Cirugía PC, De Redacción C, Mauricio E, Oviedo A, et al. Heridas y Cicatrización [Internet]. *Heridasycicatrizacion.es*. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2020/01_MARZO_2020/Revista_SEHER_10.1_13_02_2020_V2.pdf

12. Samaniego Ruiz MJ, Palomar Llatas F. Calidad de vida de pacientes con heridas crónicas en Atención Primaria. *Enferm Dermatol.* 2020;14(41):38-42. doi: 10.5281/zenodo.4499075
13. García Díaz FJ, Muñoz Conde M, Cabello JR. Comparación entre el coste y el cierre de heridas en una unidad de gestión clínica que incluye una enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas. *Gerokomos.* 2021;32(3):193-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400011&lng=es
14. Valoración de la herida [Internet]. *Ulceras.net.* [citado el 3 de junio de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/132/162/terapeutica-localvaloracion-herida.html>
15. García Fernández FP, Lafuente Robles N, Casado Mora MI, Fernández Salazar S. *Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC).* Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2018.
16. Kozell K, Mills-Zorzes S, Barton P, Chipman M, Coutts P, Gregoire D, et al. *Valoración y manejo de las úlceras venosas en la pierna.* Ontario: RNAO; 2007.
17. Sibbald RG, Campbell KE, Anger A, Davidson B, Fraser J, Harris C, et al. *Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales (3ª ed.).* Ontario: RNAO; 2016.
18. Esperón-Güimil JA, Loureiro-Rodríguez M, Antón-Fuentes VM, Rosendo-Fernández JM, PérezGarcía I, Soldevilla-Agreda J. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos.* 2014;25(4):171-7. doi: 10.4321/S1134-928X2014000400007
19. Ibars-Moncasi P, San Sebastián-Domínguez JA, Soldevilla-Agreda JJ. *Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD-UPP).* Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 11. Logroño: GNEAUPP; 2012.