

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE HERIDAS

Paula Buck de Oliveira Ruiz¹ 
Nadia Antonia Aparecida Poletti² 
Antônio Fernandes Costa Lima¹ 

RESUMEN

Objetivo: analizar los perfiles demográfico, clínico y terapéutico de los pacientes atendidos en una Unidad de Tratamiento Integral de Heridas. Método: estudio cuantitativo y retrospectivo, que analizó informes gerenciales e historias clínicas de pacientes con heridas crónicas atendidos en una Unidad de Tratamiento Integral de Heridas de Vitória da Conquista-Bahía, Brasil. Los datos, recolectados en febrero de 2020, fueron sometidos a análisis descriptivo e inferencial, y la prueba de chi-cuadrado con valor $p < 0,05$ se utilizó para la asociación entre variables. Resultados: entre los 176 pacientes, la media de edad fue de 71,4 años ($DE \pm 16,5$). Se registraron asociaciones estadísticas entre incontinencia fecal y Lesión por Presión en etapa dos ($p = 0,018$); Diabetes Mellitus y Lesión por Presión en etapa tres ($p < 0,001$); Mal de Alzheimer y lesiones a raíz dispositivos médicos ($p = 0,028$); Diabetes Mellitus y Úlcera Diabética ($p < 0,001$); y entre insuficiencia vascular y úlcera venosa ($p < 0,001$). Conclusión: conocer los perfiles favorece la fundamentación de la atención integral provista por una unidad no hospitalaria especializada en heridas.

DESCRIPTORES: Lesión por Presión; Úlcera; Atención Hospitalaria; Atención Ambulatoria; Atención Domiciliaria.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Ruiz PB de O, Poletti NAA, Lima AFC. Perfil de los pacientes atendidos en una unidad de tratamiento integral de heridas. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82948>.

¹Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

²Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto. São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y, por dicho motivo, está más expuesta a daños como las heridas. Una herida se define como cualquier ruptura o lesión en la estructura y función anatómica, y puede clasificarse como aguda (epitelizada en las fases normales de cicatrización, con señales bien definidas de cicatrización en cuatro semanas) o crónica (sin progresión normal en las etapas de cicatrización, que no ocurre en cuatro semanas)¹.

Las lesiones por presión (LPP) son heridas crónicas que consisten en anomalías en la piel o los tejidos, con la posibilidad de convertirse en úlceras. Se deben a diversos factores, generalmente asociados, como ser fricción, cizallamiento, presión sobre prominencias óseas, humedad, nutrición, perfusión comprometida y presencia de dispositivos médicos². El número de pacientes con LPP ha ido en aumento y se ha relacionado con el envejecimiento de la población y con el advenimiento de nuevas tecnologías que favorecen la supervivencia de los pacientes con enfermedades graves, aunque los convierten en dependientes crónicos³. En este sentido, un estudio realizado en Finlandia demostró que hay una relación estadísticamente significativa entre la aparición de LPP en ancianos sometidos a tratamientos e internaciones prolongadas⁴.

Se estima que, en 2030, la cantidad de personas de más de 65 años de edad con Diabetes Mellitus (DM) será de alrededor de 195,3 millones, con la posibilidad de llegar a 276,2 millones en el año 2045. Entre las complicaciones provocadas por la DM se destacan la retinopatía, las enfermedades renales, las enfermedades arteriales y venosas periféricas, la neuropatía periférica (con resultado de ulceración en los pies, que puede progresar a infección/osteomielitis y, en ocasiones, a amputaciones)⁵.

Las úlceras venosas (UVen) son las lesiones crónicas más frecuentes en las extremidades inferiores y también se asocian con el envejecimiento poblacional, aumento de las tasas de obesidad, DM e hipertensión arterial (HA). El National Health Service (NHS) declaró que las UVen afectan a cerca de una de cada 500 personas en el Reino Unido, presentando mayor prevalencia en ancianos⁶.

Las heridas crónicas pueden ser el resultado de enfermedades cardiovasculares, DM, HA y dificultades o inmovilidad física, entre otros factores⁷. Generan elevados costos para las instituciones de salud, ya que requieren diferentes modalidades de atención (domiciliaria, ambulatoria u hospitalaria) y el uso de terapias complejas⁸. Perjudican la autoimagen y comprometen la realización de actividades diarias y la calidad de vida de los afectados⁹.

Ante las repercusiones de las heridas crónicas, se entiende que el análisis de los perfiles de los pacientes ayuda en el proceso de organización, planificación y toma de decisiones terapéuticas de los profesionales de la salud. A partir de ellos, se realiza un diagnóstico situacional, que permitirá a los gestores elaborar y fundamentar modelos de atención adecuados, con el objetivo de mejorar la calidad de atención y de vida de los pacientes y reducir la carga financiera de las instituciones de salud¹⁰. Desde esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue analizar los perfiles demográfico, clínico y terapéutico de los pacientes atendidos en una Unidad de Tratamiento Integral de Heridas (UTIH).

MÉTODO

Estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo y retrospectivo, realizado en una UTIH ubicada en Vitória da Conquista-BA, Brasil, que brinda atención multidisciplinaria, en las modalidades ambulatoria (en su propia sede), hospitalaria (en tres hospitales asociados: A - Filantrópico, B y C - Privados) y domiciliaria.

El equipo de salud multidisciplinario está compuesto por cuatro profesionales de Enfermería (una coordinadora; uno asistencial para la atención ambulatoria y en el hospital B, y dos para la atención en los hospitales A y C); un técnico de enfermería - TE (exclusivamente para atención domiciliaria bajo la supervisión de la coordinadora de Enfermería); cuatro médicos (dermatólogo, intensivista, ortopedista y psiquiatra) para atención ambulatoria, y un nutricionista (atención ambulatoria).

La atención interdisciplinaria ambulatoria y hospitalaria se realiza de lunes a viernes (8 am-6 pm); los profesionales de Enfermería brindan atención hospitalaria complementaria los fines de semana (7 am-Mediodía); y atención domiciliaria de lunes a viernes (7 am-7 pm) y fines de semana (7 am-1 pm). En 2019, la UTIH realizó 13.247 procedimientos, resultantes de 5.241 visitas, financiados por cinco operadoras de planes de salud (OPS), por pacientes privados y por el Sistema Único de Salud (SUS).

En cuanto al procedimiento de recolección de datos, inicialmente se definieron las variables independientes (sexo, edad, etiología de la herida y modalidad de atención [ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria]) y dependientes (cantidad de procedimientos realizados en la atención integral de la UTIH).

En el estudio se incluyeron 176 historias clínicas de pacientes de más de 18 años de edad con LPP, úlcera diabética (UD) y/o úlcera vasculogénica (UV), atendidos en la UTIH en el año 2019. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes con heridas agudas y/o las que estuvieran incompletas. En febrero de 2020, se recolectaron datos de los informes gerenciales (emitidos por el sistema de información de la UTIH, que incluye la documentación de la Sistematización de la Atención de Enfermería - SAE; prescripción y evolución médica y guías de alta y derivación) y de las historias clínicas.

La recolección de datos estuvo a cargo de uno de los autores, con la colaboración de siete pasantistas de Enfermería y uno de Medicina previamente capacitados y debidamente supervisados. Debido a la gran cantidad de documentos a analizar, la información relacionada con los perfiles clínico y terapéutico se limitó al primer día en el que cada paciente fue atendido en la UTIH.

Para el perfil demográfico se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, modalidad de atención, ciudad de procedencia y forma de pago; para el perfil clínico, comorbilidades, hábitos (alcoholismo, tabaquismo), tipo (LPP, DU y/o UV) y tamaño de herida y apósito (estandarizados en la UITH como pequeño [5x5 cm], mediano [entre 5,1x5,1 cm y 10x10 cm] y grande [más de 10,1x10,1 cm]); y para el perfil terapéutico: tipos de apósitos primarios y secundarios utilizados.

Los datos obtenidos se transfirieron a planillas electrónicas por medio de doble entrada independiente, y se los sometió a análisis descriptivo e inferencial. Para la asociación entre variables se utilizó la prueba de chi-cuadrado con valor $p < 0,05$ (estadísticamente significativo).

Una vez obtenida la anuencia de la Dirección de la UTIH, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente, con número de opinión 3.781.012.

RESULTADOS

En 2019, año típico de operación de la UTIH, se verificó que las modalidades de atención más representativas fueron la hospitalaria (93; 52,8%) y la ambulatoria (57; 32,4%). De los 176 pacientes atendidos, 89 (50,6%) eran mujeres, con una media de edad de 71,4 años ($DE \pm 16,5$). En el grupo etario de 71 a 90 años, se registró predominio de LPP en 54 pacientes (30,7%) y de UV en 14 (7,9%); en el grupo etario de 51 a 70 años prevalecieron

las UD en 24 pacientes (13,6%).

La mayoría de los pacientes, 142 (80,7%), eran de Vitória da Conquista, y las formas de pago por la asistencia prestada por la UTIH correspondieron a convenios privados (142; 80,7%) y a financiación con recursos propios (29; 16,4%).

Las enfermedades de base más representativas fueron AH (118; 67%), DM (102; 58%), cardiopatía (24; 13,6%) e insuficiencia vascular - IV (18; 10,2%). El 96,5% presentó alguna enfermedad de base; de ellos, 77 (66,3%) tenían dos o más enfermedades y 170 (65,9%) tenían HA y DM. Se registraron asociaciones estadísticamente significativas entre incontinencia fecal y LPP en etapa dos ($p=0,018$); DM y LPP en etapa tres ($p<0,001$); Mal de Alzheimer y lesiones a raíz dispositivos médicos ($p=0,028$); DM y UD ($p<0,001$); y entre IV con úlcera venosa - UVen ($p<0,001$).

Según la Tabla 1, las LPP predominaron en las tres modalidades (146; 66,4%); las LPP en etapa dos (LPP_2) presentaron el número más alto (58; 39,7%), seguidas de LPP_3 (32; 21,9%); entre las UV, las UVen prevalecieron con 21 (70,0%). Las LPP_2 ($p=0,002$), Úlceras Diabéticas - UD ($p=0,043$), UVen ($p=0,013$) y Úlceras Mixtas - UM ($p=0,005$) presentaron una asociación estadísticamente significativa con el lugar de atención.

Tabla 1 - Distribución de los tipos de heridas crónicas sondeadas en la UTIH, por lugar de atención y entre enero y diciembre de 2019. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2020

| Lugar de atención | A | | D | | H | | Total | | p value |
|------------------------|----|------|----|------|-----|------|-------|------|--------------|
| Tipo de herida crónica | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| LPP_1 | 3 | 13,6 | 5 | 22,7 | 14 | 63,6 | 22 | 15,1 | 0,113 |
| LPP_2 | 7 | 12,1 | 11 | 19 | 40 | 69 | 58 | 39,7 | 0,002 |
| LPP_3 | 7 | 21,9 | 5 | 15,6 | 20 | 62,5 | 32 | 21,9 | 0,479 |
| LPP_4 | 2 | 14,3 | 2 | 14,3 | 10 | 71,4 | 14 | 9,6 | 0,363 |
| LPP_NC | 4 | 23,5 | 1 | 5,9 | 12 | 70,6 | 17 | 11,6 | 0,393 |
| LPP_TP | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,4 | 0,352 |
| LPP_DM | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 0,7 | 0,638 |
| Total de LPP | 25 | 17,1 | 24 | 16,4 | 97 | 66,4 | 146 | 66,4 | $\leq 0,001$ |
| Total de UD | 20 | 45,5 | 3 | 6,8 | 21 | 47,7 | 44 | 20 | 0,043 |
| UA | 2 | 66,7 | 0 | 0 | 1 | 33,3 | 3 | 10 | 0,411 |
| UVen | 12 | 57,1 | 3 | 14,3 | 6 | 28,6 | 21 | 70 | 0,013 |
| UM | 6 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 20 | 0,005 |
| Total de UV | 20 | 66,7 | 3 | 10 | 7 | 23,3 | 30 | 13,6 | 0,082 |
| Total de lesiones | 65 | 29,5 | 30 | 13,6 | 125 | 56,8 | 220 | 100 | $\leq 0,001$ |

A=Servicio Ambulatorio; D=Domicilios; H=Hospitales; LPP=Lesión por Presión; LPP_NC=Lesión por Presión No Clasificable; LPP_TP=Lesión por Presión Tisular Profunda; UD=Úlcera Diabética; UA=Úlcera Arterial; UVen=Úlcera Venosa; UM=Úlcera Mixta.

Fuente: Los autores (2020).

Se documentaron 220 heridas crónicas, con variación entre una y cinco y media de 1,25 ($DE\pm 0,7$) heridas/paciente; 29 (16,5%) pacientes presentaron más de una herida. Las

LPP fueron más frecuentes en las regiones sacra (59; 40,4%) y trocantérica (36; 24,7%) y las UD en los pies (32; 72,7%) y las piernas (12; 27,3%).

Como se indica en la Tabla 2, las heridas y apósitos pequeños prevalecieron en las tres modalidades de atención; 70 correspondieron a LPP, 27 a UD y 10 a UV; entre las 76 (34,5%) de tamaño mediano (apósitos medianos), hubo una mayor representación de las LPP (49; 64,5%), seguidas por las DU (14; 18,4%) y por las UV (13; 17,1%). La menor cantidad correspondió a las heridas y apósitos de tamaño grande (37; 16,8%), con 27 LPP, siete UV y tres UD.

Tabla 2 - Distribución de los tipos de heridas crónicas sondeadas en la UTIH, por tamaño de apósito y entre enero y diciembre de 2019. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2020

| Apósito | Pequeño | | | | | | Mediano | | | | | | Grande | | | | | | Total | | | | | |
|------------------|---------|------|----|------|----|------|---------|------|----|------|----|------|--------|----|----|------|---|------|-------|------|----|------|----|------|
| | A | | H | | D | | A | | H | | D | | A | | H | | D | | A | | H | | D | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| LPP_1 | 3 | 27,3 | 12 | 25 | 3 | 27,3 | 0 | 0 | 1 | 3,1 | 2 | 25 | 0 | 0 | 1 | 5,9 | 0 | 0 | 3 | 12 | 14 | 14,4 | 5 | 20,8 |
| LPP_2 | 4 | 26,7 | 16 | 33,3 | 5 | 45,5 | 3 | 33,3 | 19 | 59,4 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 35,3 | 0 | 0 | 7 | 28 | 41 | 42,3 | 10 | 41,7 |
| LPP_3 | 3 | 27,3 | 9 | 18,8 | 1 | 9,1 | 2 | 22,2 | 9 | 28,1 | 0 | 0 | 2 | 40 | 2 | 11,8 | 5 | 100 | 7 | 28 | 20 | 20,6 | 6 | 25 |
| LPP_4 | 0 | 0 | 1 | 2,1 | 2 | 18,2 | 2 | 22,2 | 2 | 6,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 41,2 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 10,3 | 2 | 8,3 |
| LPP_NC | 1 | 9,1 | 9 | 18,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,1 | 1 | 12,5 | 3 | 60 | 1 | 5,9 | 0 | 0 | 4 | 16 | 11 | 11,3 | 1 | 4,2 |
| LPP_TP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 22,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LPP_DM | 0 | 0 | 1 | 2,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Total de LPP | 11 | 34,4 | 48 | 77,4 | 11 | 84,6 | 9 | 39,1 | 32 | 74,4 | 8 | 80 | 5 | 50 | 17 | 85 | 5 | 71,4 | 25 | 17 | 97 | 66 | 24 | 16 |
| Total de UD | 15 | 46,9 | 11 | 17,7 | 1 | 7,7 | 5 | 21,7 | 7 | 16,3 | 2 | 20 | 0 | 0 | 3 | 15 | 0 | 0 | 20 | 45 | 21 | 48 | 3 | 7 |
| UA | 2 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 1 | 14,3 | 0 | 0 |
| UVen | 3 | 50 | 3 | 100 | 1 | 100 | 5 | 55,6 | 3 | 75 | 0 | 0 | 4 | 80 | 0 | 0 | 2 | 100 | 12 | 60 | 6 | 85,7 | 3 | 100 |
| UM | 1 | 16,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 44,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de UV | 6 | 18,8 | 3 | 4,8 | 1 | 7,7 | 9 | 39,1 | 4 | 9,3 | 0 | 0 | 5 | 50 | 0 | 0 | 2 | 28,6 | 20 | 66,7 | 7 | 23,3 | 3 | 10 |
| Total de heridas | 32 | 29,9 | 62 | 57,9 | 13 | 12,1 | 23 | 30,3 | 43 | 56,6 | 10 | 13,2 | 10 | 27 | 20 | 54,1 | 7 | 18,9 | | | | | | |

A=Servicio Ambulatorio; H=Hospitales; D=Domicilios; LPP=Lesión por Presión; LPP_NC=Lesión por Presión No Clasificable; LPP_TP=Lesión por Presión Tisular Profunda; UD=Úlcera Diabética; UA=Úlcera Arterial; UVen=Úlcera Venosa; UM=Úlcera Mixta. Fuente: Los autores (2020)

De las 220 (100,0%) heridas crónicas, 146 (66,4%) correspondieron a las LPP (25 en el servicio ambulatorio, 97 en los hospitales y 24 en los domicilios); 44 (20,0%) a las UD (20 en el servicio ambulatorio, 21 en los hospitales y tres en los domicilios); y 30 (13,6%) a las UV (20 en el servicio ambulatorio, siete en los hospitales y tres en los domicilios). Se registró una asociación estadística entre todos los tamaños de apósito y las LPP_3 ($p=0,020$).

En cuanto al perfil terapéutico, se utilizó una amplia variedad de apósitos, con énfasis en los de espuma (76 unidades; 34,5%), con 39 unidades de espuma con polihexametileno biguanida (PHMB), 14 unidades de espuma con poliuretano, 12 unidades de espuma con borde de silicona y nueve unidades de espuma con plata, entre otros componentes. Posteriormente, se registró predominio de alginato de calcio (63 unidades; 28,6%), antimicrobianos (49 unidades; 22,3%), con 27 unidades de gasa impregnada con PHMB, 10 de alginato de calcio Ag y ocho de hidroalginato con plata, entre otros.

La espuma fue el producto más utilizado en el tratamiento de las LPP_1 (113 unidades; 59,1%), LPP_4 (seis; 42,9%), LPP no clasificables (seis; 35,3%) y UD (34,1%); alginato de calcio para LPP_2 (23; 39,7%) y para LPP_3 (12; 37,5%). En las UV hubo variación entre los productos: para úlceras arteriales se utilizó alginato de calcio (tres; 100%); para UVen, antimicrobianos (11; 52,4%); y para úlceras mixtas, hidrogel (tres; 50%) y antimicrobianos (tres; 50%). A excepción de las UV, hubo una relación estadística significativa entre los productos aplicados y el resto de las heridas crónicas.

DISCUSIÓN

Se verificó que el perfil relacionado con el sexo femenino (50,6%) y la media de edad (71,4 años; $DE\pm 16,5$) corrobora hallazgos de estudios recientes. El análisis documental de 67 historias clínicas de personas con heridas crónicas atendidas por el Programa de Atención a la Salud de una OPS de Bahía presentó resultados similares, indicando predominio del sexo femenino y del grupo de edad entre 60 y 79 años¹¹. En algunos estudios se verificó que las heridas crónicas fueron más frecuentes en mujeres^{5,10-12}; sin embargo, otros demostraron su prevalencia en pacientes del sexo masculino^{5,13}. Se destaca que aún no existe evidencia estadísticamente significativa en cuanto a la asociación entre el sexo y la incidencia de heridas crónicas, indicando que no hay diferencias entre los sexos y fortaleciendo la hipótesis de que las heridas crónicas pueden afectar indistintamente a hombres y mujeres¹⁴.

La incidencia de heridas crónicas en personas de edad avanzada puede justificarse por las complicaciones derivadas del envejecimiento, caracterizado por fragilidad fisiológica, asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo que genera condiciones de mayor vulnerabilidad^{7-8,11}.

En esta investigación, el 66,3% de los pacientes presentó HA y DM, la primera como comorbilidad dominante (67,0%), seguida de la segunda (58%). En un estudio realizado en un hospital de tamaño especial en el interior de San Pablo, se constató que el 25,1% de los pacientes presentó similar prevalencia y asociación de enfermedades de base¹³.

En este estudio se demostraron relaciones entre la aparición de heridas crónicas y las ECNT, al igual que entre la presencia de LPP e incontinencia fecal. Un estudio realizado con 5342 pacientes adultos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en 36 estados de los Estados Unidos de América encontró la misma relación de prevalencia de LPP en el 17,1% de los pacientes con incontinencia¹⁵. La aparición de LPP se relacionó con mayor humedad en la superficie de la piel y con el hecho de que las enzimas digestivas, como las lipasas y proteasas, responsables de la degradación de los lípidos y las proteínas de la piel, fueran encontradas en las heces¹⁶.

En la investigación se presentó una asociación entre DM y UD. La incidencia anual y

mundial de UD es de 9,1 a 26,1 millones y, con el aumento en la cantidad de casos anuales de pacientes con DM recién diagnosticados, se registra una tendencia creciente en la incidencia de UD. Aunque las UD se presentan a cualquier edad, son más prevalentes en pacientes mayores de 45 años y se encuentran entre las complicaciones más relacionadas con personas que no controlan bien su enfermedad¹⁷.

En este estudio se demostró que las LPP fueron los tipos de heridas crónicas más prevalentes, especialmente las LPP_2. En un estudio realizado en una institución hospitalaria de Manaus-AM, se analizó el perfil de 24 pacientes con LPP, registrándose mayor predominio de LPP_3 (53,1%) y LPP_4 (20,4%). En relación con la modalidad de atención, el 53,1% de los pacientes fue atendido en hospitales y el 46,9% en domicilios¹⁸, lo que corrobora los hallazgos de esta investigación

Para las UD y UV, las modalidades de atención más significativas fueron la ambulatoria y la hospitalaria. Un estudio que analizó 60 historias clínicas de pacientes con heridas crónicas, atendidos en un servicio ambulatorio especializado y privado del Distrito Federal, enfatizó el predominio de las UD (42%), seguido de las UVen (34%)¹⁴. Una investigación llevada a cabo en un hospital de referencia de la Universidad de Gondar, Etiopía, que trata pacientes en las modalidades hospitalaria y ambulatoria, presentó una prevalencia de UD del 18,5%¹⁹.

En esta investigación, los sitios más frecuentes para la aparición de las LPP fueron las regiones sacra, trocantérica y la del calcáneo. En un sondeo realizado en una institución acreditada con 21 camas UCI, la aparición de LPP en la región sacra (46,4%) fue más significativa, seguida de la región del calcáneo (29,7%) y los trocánteres (9,5%)²⁰. Se presentaron datos similares en un estudio realizado en un Servicio de Atención Domiciliaria de Porto Alegre-RS, que descubrió que, entre 38 pacientes, el 52,9% tenía LPP en la región sacra, 10,3% en la región glútea y 9,2% en el calcáneo²¹. Los lugares en los que surgen las LPP pueden ser consecuencia del apoyo sobre prominencias óseas, siendo fundamental la evaluación constante de la piel y los tejidos para aliviar la presión en estos sitios²².

En cuanto a los lugares en los que surgen las UD, se constató que las regiones de los pies fueron las más afectadas (72,7%), lo que corrobora un estudio realizado con 56 pacientes atendidos en un servicio ambulatorio especializado en el interior de Paraíba, en el cual el lugar prevalente para el surgimiento de las UD también fueron los pies (89,7%)²³. La aparición de estas lesiones se ve potenciada por anomalías neurológicas y complicaciones causadas por enfermedades arteriales y venosas periféricas, lo que disminuye el flujo e influjo sanguíneo²⁴.

Al analizar a los pacientes que tenían UV en la UTIH, se verificó que el 83,3% presentó estas heridas en las piernas. Un estudio indica que el lugar más común para la aparición de las UV son las extremidades inferiores, afectando del 1% al 3% de la población de los Estados Unidos da América (EE. UU.)²⁵. La hipertensión venosa, además de otros factores de riesgo (por ejemplo, edad superior a 55 años, antecedentes familiares de insuficiencia venosa crónica, índice de masa corporal elevado), es responsable de la aparición de las UV²⁶.

En cuanto a los productos específicos utilizados para los apósitos, los más presentes en esta investigación fueron las espumas, seguidas del alginato de calcio y los antimicrobianos, a diferencia de un estudio realizado en un servicio ambulatorio especializado en heridas de referencia en el interior de San Pablo, en el que, para 347 pacientes, se utilizaron hidrogeles (21,3%) asociados a PHMB y acompañados por alginato de calcio; seguidos de papaína (19,2%) y sulfadiazina de plata al 1% en asociación con nitrato de cerio al 0,4% (14%)¹³.

Se destaca que el conocimiento del profesional de la salud es fundamental para el cuidado de pacientes con heridas crónicas, a fin de subsidiar el tratamiento de la infección, realizar desbridamientos, compresión adecuada en casos de UVen, restauración del flujo arterial en úlceras arteriales, evaluación y actividades preventivas y terapéuticas para las LPP,

reducción de la sobrecarga y evaluación rigurosa de los pies en las UD, y manejo de otros factores o enfermedades sistémicas subyacentes²⁷. En este sentido, las guías publicadas por la Wound Healing Society respaldan el uso de terapias avanzadas para el tratamiento de heridas crónicas, como reemplazo de piel, uso de presión negativa y productos tópicos de alta tecnología²⁸.

Se reitera la relevancia que los servicios de salud analicen los perfiles de la población atendida con heridas crónicas, destacando las necesidades individuales y colectivas y, a partir de ellas, planificar conductas a recomendar que abarquen promoción, prevención y restauración de la salud.

Considerando el alcance de este estudio, se señala como limitación la necesidad de restringir el análisis de las historias clínicas de los pacientes al primer día de atención brindada por la UITH, debido a la gran cantidad de visitas registradas en 2019 (5241), lo que derivó en un gran volumen de documentos.

CONCLUSIÓN

El análisis de los perfiles demográfico, clínico y terapéutico de los pacientes con heridas crónicas apoyará la mejora continua de la calidad de la atención integral que brinda la UITH, en sus diferentes modalidades.

Como aportes del estudio, se destaca que la metodología descrita puede reproducirse en otras unidades extrahospitalarias especializadas, con el objetivo de evidenciar los perfiles de los pacientes atendidos. Los resultados obtenidos verticalizan el conocimiento sobre las terapias tópicas utilizadas según el tipo de heridas crónicas y, al dar visibilidad al contexto específico de una unidad de atención multidisciplinaria, pueden erigirse como una referencia para sustentar el proceso toma de decisiones de enfermeros, médicos y gerentes con respecto a los insumos requeridos.

REFERENCIAS

1. Okur ME, Karantas ID, Senyigit Z, Okur NU, Siafaka PI. Recent trends on wound management: new therapeutic choices based on polymeric carriers. *Asian J Pharm Sci*. [Internet]. 2020 [accessed: 23 jan 2020];15(6):661-684. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.ajps.2019.11.008>.
2. Thompson KF, Gokler C, Lloyd S, Shor P. Time independent universal computing with spin chains: quantum plinko machine. *New J Phys*. [Internet]. 2016 [accessed 23 jan 2020];18:073044. Available from: <http://doi.org/10.1088/1367-2630/18/7/073044>.
3. Boyko TV, Longaker MT, Yang GP. Review of the current management of pressure ulcers. *Adv Wound Care*. [Internet]. 2018 [accessed 23 jan 2020];7(2):57-67. Available from: <http://doi.org/10.1089/wound.2016.0697>.
4. Koivunen M, Hjerppe A, Luotola E, Kauko T, Asikainen P. Risks and prevalence of pressure ulcers among patients in an acute hospital in Finland. *J Wound Care*. [Internet]. 2018 [accessed 23 jan 2020];27(Sup2):S4-10. Available from: <http://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.Sup2.S4>.
5. Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, Karuranga S, Malanda B, Williams R. Diabetes and global ageing among 65–99-year-old adults: findings from the international Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract*. [Internet]. 2020 [accessed: 23 jan 2020];162:108078. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108078>.

6. Kerr M, Barron E, Chadwick P, Evans T, Kong WM, Rayman G, et al. The cost of diabetic foot ulcers and amputations to the National Health Service in England. *Diabet Med*. [Internet]. 2019 [accessed: 23 jan 2020];36(8):995-1002. Available from: <http://doi.org/10.1111/dme.13973>.
7. Salomé GM, Almeida SA de, Pereira MT de J, Massahud MR, Moreira CN de O, Brito MJA de, et al. The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2016 [accessed 15 mar 2020];29(7):316–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27300362/>.
8. Cavassan NRV, Camargo CC, Pontes LG de, Barraviera B, Ferreira RS, Miot HA, et al. Correlation between chronic venous ulcer exudate proteins and clinical profile: a cross-sectional study. *J Proteomics* [Internet]. 2019 [accessed 15 mar 2020];192:280–90. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jprot.2018.09.009>.
9. Newbern S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2018 [accessed: 15 mar 2020];31(3):102–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438143/>.
10. Borges EL, Nascimento Filho HM do, Pires Júnior JF. Prevalence of chronic wounds in a city of Minas Gerais (Brazil). *REME Rev Min Enferm*. [Internet]. 2018 [accessed 15 mar 2020];22:e-1143. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180074>.
11. Sousa GO de, Silva MR, Araújo MCFF, Barbosa DA, Silva TCGP da. Perfil de pessoas com feridas crônicas de uma operadora de saúde suplementar. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2018 [accessed 15 mar 2020];12(7):1859. Available from: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231345p1859-1869-2018>.
13. Vieira CP de B, Furtado AS, Almeida PCD de, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalence and characterization of chronic wounds in elderly persons assisted in primary. *Rev Baiana Enferm*. [Internet]. 2017 [accessed 15 mar 2020];31(3): e17397. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17397/15131>.
14. Squizzato RH, Braz RM, Lopes A de O, Rafaldini BP, Almeida DB de, Poletti NAA. Profile of users attended at a wound care outpatient clinic. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2017 [accessed: 15 mar 2020];22(1):1-9. Available from: <http://doi.org/10.5380/ce.v22i1.48472>.
15. Silva DWC da, Silva FRM da, Trevisan JA. Perfil da clientela com feridas crônicas: em um hospital privado do DF [Internet]. Brasília: NIP; 2015 [accessed: 15 mar 2020]. Available from: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/bf72cf8ed94a1ee98778bca01fae9c52.pdf.
16. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-associated dermatitis and immobility as pressure injury risk factors. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. [Internet]. 2018 [accessed 25 jun 2020];45(1):63-67. Available from: <http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000390>.
17. Kottner J, Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcers in geriatric patients. *G Ital Dermatol Venereol*. [Internet]. 2015 [accessed 25 jun 2020];150(6):717-29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26186379>.
18. Oliver TI, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [accessed 25 jun 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537328/>.
19. Mendonça ASGB, Rocha AC dos S, Fernandes TG. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados com lesão por pressão em hospital de referência no Amazonas. *Rev Epidemiol Control Infecç*. [Internet]. 2018 [accessed 25 jun 2020];8(3):253-60. Available from: <http://doi.org/10.17058/reci.v8i3.11857>.
20. Mariam TG, Alemayehu A, Tesfaye E, Mequannt W, Temesgen K, Yetwale F, et al. Prevalence of diabetic foot ulcer and associated factors among adult diabetic patients who attend the diabetic follow-up clinic at the University of Gondar Referral Hospital, North West Ethiopia, 2016: institutional-based cross-sectional study. *J Diabetes Res*. [Internet]. 2017 [accessed 25 jun 2020];2879249. Available from: <http://doi.org/10.1155/2017/2879249>.

21. Teixeira AKS, Nascimento T da S, Sousa ITL de, Sampaio LRL, Pinheiro ARM. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. Estima. [Internet]. 2017 [accessed 17 nov 2020];15(2):152-60. Available from: <http://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030006>.
22. Machado D de O, Mahmud SJ, Coelho RP, Cecconi CO, Jardim GS, Paskulin LMG. Cicatrização de lesões por pressão em pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2018 [accessed 17 nov 2020];27(2): e5180016. Available from: <http://doi.org/10.1590/0104-07072018005180016>.
23. Wounds Australia. Standards for Wound Prevention and Management. 3. ed. [Internet]. Osborne Park, WA: Cambridge Media; 2016 [accessed 17 nov 2020]. 66 p. Available from: https://www.woundsaustralia.com.au/Web/Resources/Publications/Publications_Users_Only/Standards_for_Wound_Prevention_and_Management_Third_Edition_2016.aspx.
24. Andrade LL de, Carvalho G de CP, Valentim FAA de A, Siqueira WA, Melo FM de AB, Costa MML. Characteristics and treatment of diabetic foot ulcers in an ambulatory care. J Res Fundam Care Online. [Internet]. 2019 [accessed 17 nov 2020];11(1):124-8. Available from: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.124-128>.
25. Targino IG, Souza JSO, Santos NMG dos, Davim RMB, Silva RAR da. Factors related to the development of ulcers in patients with Diabetes Mellitus. J Res Fundam Care Online. [Internet]. 2016 [accessed 17 nov 2020];8(4):4929-34. Available from: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4929-4934>.
26. Millan SB, Gan R, Townsend PE. Venous ulcers: diagnosis and treatment. Am Fam Physician [Internet]. 2019 [accessed 17 nov 2020];100(5):298-305. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2019/0901/afp20190901p298.pdf>.
27. Rabe E, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Quesada FF, Alberti T, et al. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: Results from the Vein Consult Program. Int Angiol. 2012 [accessed: 17 nov 2020];31(2):105-15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22466974>.
28. Schultz G, Bjarnsholt T, James GA, Leaper DJ, McBain AJ, Malone M, et al. Consensus guidelines for the identification and treatment of biofilms in chronic nonhealing wounds. Wound Repair Regen. 2017 [accessed: 17 nov 2020];25(5):744-57. Available from: <http://doi.org/10.1111/wrr.12590>.

*Artículo extraído de la tesis de Doctorado de título "Costos de la atención ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria de pacientes con heridas crónicas". Universidade de São Paulo, 2021.

Recibido en: 21/09/2021
Aprobado en: 14/02/2022

Editor asociado: Luciana de Alcântara Nogueira

Autor correspondiente:
Paula Buck de Oliveira Ruiz
Universidade de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil
E-mail: paulabuckruiz@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Ruiz PB de O, Poletti NAA, Lima AFC; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Ruiz PB de O, Poletti NAA, Lima AFC; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Ruiz PB de O, Poletti NAA, Lima AFC. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).