

ESTUDIO DESCRIPTIVO
COMPARATIVO DE LOS
DATOS DE PREVALENCIA
E INCIDENCIA EN
LESIONES CUTÁNEAS
RELACIONADAS CON LA
DEPENDENCIA PRE/POST
COVID EN UN CENTRO
SOCIOSANITARIO

Estudio de cohortes históricas

COMPARATIVE
DESCRIPTIVE STUDY OF
DATA ON PREVALENCE
AND INCIDENCE IN SKIN
LESIONS RELATED TO
DEPENDENCE PRE/POST
COVID IN A SOCIAL
HEALTH CENTER

Historical cohorts study



MÁSTER OFICIAL
UNIVERSITARIO
EN GESTIÓN
INTEGRAL E
INVESTIGACIÓN
DE LAS HERIDAS
CRÓNICAS

CURSO:
2021-2022

AUTOR: BARAQ
MUÑIZ RIBAS

TUTOR: J. JAVIER
SOLDEVILLA
AGREDA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi agradecimiento al centro PALAMÓS GENT GRAN por darme las horas necesarias para poder realizar este máster.

A la empresa Hospital de Palamós por financiar parte de este máster.

A Inma Sánchez por ayudarme con el análisis estadístico

A mis compañeros de clase que han estado allí en los momentos de dificultad y crisis existenciales dónde mandarías todo bien lejos.

A mi tutor J.Javier Soldevilla por sus consejos y guía a lo largo de estos meses y su indudable comprensión a la situación personal en cada momento.

Y finalmente a la enfermería en general por ser una profesión dónde lo humano es más cercano y real.

1. RESUMEN Y ABSTRACT	3
2.INTRODUCCIÓN	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Justificación	15
3.OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo general:	17
3.2 Objetivos secundarios:	17
4.METODOLOGÍA	18
4.1 Tipo de estudio:	18
4.2 Ámbito de Estudio:	18
4.3 Población diana:	18
4.4 Población de estudio:	18
4.5 Criterios de selección:	18
4.6 Período de Estudio:	19
4.7 Procedimiento de reclutamiento:	19
4.8 Variables:	19
4.9 Métodos de recogida y registro de datos	23
4.10 Estrategia de análisis	23
4.11 Limitaciones	24
5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	25
6. PLAN DE TRABAJO	26
7. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN	27
8. BIBLIOGRAFÍA	28
9.ANEXOS	32
9.1 ANEXO 1: Tabla recogida de datos personal asistencial	32
9.2 ANEXO 2: Identificación de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia	33
9.3 ANEXO 3: Estadiaje de las lesiones por presión	35
9.4 ANEXO 4: Escala Barthel	36
9.5 ANEXO 5: Tabla Extracción para recogida de datos	37
9.5 ANEXO 6: Carta de solicitud al comité de Ética	38

1. RESUMEN Y ABSTRACT

RESUMEN

El año 2019 en la ciudad China de Wuhan empezaron a aparecer casos de una neumonía atípica producida por un virus de la familia de los coronavirus, el llamado SARS-COV2 o como es conocido, el COVID-19.

Dentro de su alta capacidad contagiosa y su letalidad (principalmente en población de edad avanzada) ha afectado un aumento de la dependencia de la población en las actividades de la vida diaria, aumentando los procesos de hospitalización más largos, hasta llegar a una rehabilitación completa.

Este elemento puede haber tenido un impacto negativo en los datos de incidencia y prevalencia en las Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, que están englobadas en varios tipos de tipologías: Las lesiones por presión (LPP), las lesiones por humedad (LESCAH), las lesiones por fricción, los desgarros y las mixtas-combinadas.

Al impacto lógico que tiene las LCRD con el paciente hay que sumarle el impacto económico que tiene en el presupuesto de la sanidad (puede suponer desde un 3% a un 5% del total)

Por tanto parece que la suma del COVID con aumento de la dependencia, puede que genere un impacto en el número de LCRD.

Objetivos: Comparar la incidencia/prevalencia de las LCRD anterior y posterior a la declaración de la pandemia del COVID en un centro sociosanitario. Conocer si existe un aumento de prevalencia de LCRD en pacientes que han sufrido COVID. Conocer la prevalencia en LPP categoría III y IV. Comparar si ha aumentado el grado de dependencia. Conocer qué tipo de LCRD ha tenido más afectación.

Metodología: Estudio de cohortes históricas (desde Junio de 2018 a Diciembre de 2021). Los periodos de estudio serán: Junio 2018-15 Marzo 2020 y de 16 de Baraq Muñiz Ribas

Marzo-31 de Diciembre de 2021 **Ámbito de estudio y población de estudio:** Centro sociosanitario en Palamós con disponibilidad de 165 camas (de las cuales 65 camas son de Residencia). Los pacientes que se incluyan en el estudio serán los ingresados en el período de estudio y se van a excluir los pacientes que están ingresados en las unidades de residencia y usuarios que utilizan los servicios diurnos. **Variables:** Demográficas, personal asistencial, relacionadas con las LCRD, Nivel de dependencia, origen de las LCRD, diagnóstico COVID. **Estrategia de análisis:** Descriptivo. Comparación de los dos periodos respecto a la incidencia/prevalencia para observar si ha existido un impacto de la COVID-19 en las LCRD. Para ello se usará una tabla de recogida de datos EXCEL y se hará el análisis con el programa estadístico SPSS. Se aplicará las herramientas estadísticas del p-valor asociado al test de Fisher, la Odd ratio y la razón de probabilidades con su intervalo de confianza del 95%. **Plan de trabajo:** La duración del trabajo se estima en un año. **Plan de difusión y divulgación:** Publicación en revista GEROKOMOS y en congresos relacionados con heridas y con enfermería geriátrica.

Palabras clave: LCRD, COVID-19, Dependencia, sociosanitarios, incidencia, prevalencia.

ABSTRACT

In 2019, in the Chinese city of Wuhan, cases of atypical pneumonia caused by a virus from the coronavirus family, the so-called SARS-COV2 or, as it is known, COVID-19, began to appear.

Within its high contagious capacity and its lethality (mainly in the elderly population) it has affected an increase in the dependence of the population in activities of daily living, increasing longer hospitalization processes, until reaching complete rehabilitation.

This element may have had a negative impact on the incidence and prevalence data on dependency-related skin lesions, which are included in several types of typologies: pressure injuries (LPP), moisture injuries (LESCAH), friction injuries, tears and mixed-combined.

To the logical impact that the LCRD has with the patient, we must add the economic impact that it has on the health care budget (it can mean from 3% to 5% of the total)

Therefore, it seems that the sum of COVID with an increase in dependency may have an impact on the number of LCRDs.

Objectives: To compare the incidence/prevalence of LCRD before and after the declaration of the COVID pandemic in a health care center. To know if there is an increased prevalence of LCRD in patients who have suffered from COVID. Know the prevalence in LPP category III and IV. Compare whether the degree of dependency has increased. Know what type of LCRD has been mostly affected.

Methodology: Study of historical cohorts (from June 2018 to December 2021). The study periods will be: June 2018-March 15, 2020 and March 16-December 31, 2021 **Study area and study population:** Health care center in Palamós with availability of 165 beds (of which 65 beds are for Residence) . The patients that will be included in the study will be those admitted during the study period, Baraq Muñiz Ribas

and patients who are admitted to the residence units as well as users who use day services will be excluded. **Variables:** Demographics, healthcare personnel, related to the LCRD, Dependency level, origin of the LCRD, COVID diagnosis. **Analysis strategy:** Descriptive. Comparison of the two periods regarding the incidence/prevalence to observe if there has been an impact of COVID-19 on the LCRD. For this, an EXCEL data collection table will be used and the analysis will be done with the statistical program SPSS. The statistical tools of the p-value associated with the Fisher test, the Odd ratio and the odds ratio with its 95% confidence interval will be applied. Work plan: The duration of the work is estimated at one year. **Dissemination and disclosure plan:** Publication in the GEROKOMOS magazine and in conferences related to wounds and geriatric nursing. **Keywords:** LCRD, COVID-19, Dependence, health-care center, incidence, prevalence

2.INTRODUCCIÓN

2.1 Antecedentes

Desde diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China) se empezaron a detectar casos de una neumonía atípica producida por un virus nuevo (1).

Este virus se trataría de un nuevo tipo de coronavirus de ARN monocatenario de cadena positiva. Anteriormente a este coronavirus la humanidad sufrió otros brotes de coronavirus como fueron el del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) (año 2002), el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS) y el ya conocido y en el que se centra este estudio el COVID-19, en el año 2019 (2).

Esta nueva enfermedad altamente infecciosa (2,3) produce en los pacientes de forma frecuente los siguientes síntomas: Fiebre, tos, fatiga, dolor muscular...llegando a su forma más compleja y letal como es la neumonía bilateral, siendo altamente mortífera (2).

Aunque uno de los factores más importantes de esta enfermedad es la velocidad de propagación, este hecho obligó al cierre total y al aislamiento completo de ciudades enteras, convirtiéndola en una emergencia de salud pública internacional (3)

Principalmente, la tasa de letalidad es más frecuente en personas mayores de 60 años y/o con patologías previas (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares, patologías respiratorias...) (3,4).

Ante tal situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como pandemia el 11 de marzo de 2020 la COVID-19. Esta declaración fue provocada por la preocupación del mismo organismo ante los elevados niveles de propagación y gravedad, junto a la alarmante inacción. Esta declaración fue acompañada dos días después con la afirmación de que Europa se había convertido en el epicentro de la pandemia (1)

En España se ha diagnosticado COVID a más de 10 millones de persona, dejando cerca de 100.000 fallecidos en los dos primeros años de pandemia (5). Esta enfermedad principalmente ha afectado a la gente de avanzada edad y con especial saña a las personas que viven en centros residenciales. Más de 90.000 personas han padecido COVID en estos dos años de los cuales más de 20.000 personas han perdido la vida (6) siendo más que probable que este número se haya visto aumentado a la finalización de este estudio.

Estos datos señalan a la población anciana como un colectivo que ha sido de los más afectados por la COVID-19 con una tasa de letalidad en pacientes ingresados en los hospitales mayores de 80 años del 46,5%, prácticamente la mitad de las personas de más de 80 años que ingresaban en los hospitales con COVID-19 acabarían falleciendo, siendo los enfermos más dependientes los que tenían más probabilidades de perecer (4).

Una de las consecuencias de la pandemia es que ha generado en la población una dependencia importante en las actividades de su vida diaria, precisando de procesos largos de hospitalización para llegar a una rehabilitación completa. Las secuelas que deja esta enfermedad, una vez resuelta sus fases más agudas, pueden traducir deficiencias físicas, emocionales y psicológicas. Estas consecuencias muy a menudo pueden persistir en tiempos prolongados de tiempo requiriendo atención y tratamiento de rehabilitación, para ello son fundamentales los programas de rehabilitación para conseguir que las personas que han sufrido esta enfermedad puedan obtener una recuperación mayor de su autonomía (7–9).

En Castilla y León se realizó un estudio dentro de un centro residencial en donde se comparaban los datos de dependencia que tenían antes y después de sufrir la infección con SARS-COV2. En este estudio se observa una disminución significativa respecto a la autonomía de la persona justo después de contraer la infección con COVID, siendo así más significativo el aumento en la dependencia en hombres que en mujeres (10).

La dependencia ha sido un elemento clave para explicar el fenómeno de las lesiones por presión (LPP), tal y como se ha explicado en un trabajo reciente realizado en varias residencias se afirma que en personas que no presentan ningún tipo de dependencia el índice de aparición de LPP es mínimo y/o nulo a diferencia de personas que sí que presentan grados de dependencia importante(10), esto va en concordancia con el nuevo modelo teórico de la GNEAUPP dónde se afirma que todas las LPP aparecen en personas que tienen algún tipo de dependencia independientemente de su edad, proceso o incluso proceso de enfermedad, por este motivo se generó una nueva denominación a este tipo de lesiones cómo lesiones crónicas relacionadas por la dependencia (LCRD) (10,11).

Por lo tanto, se da por supuesto que el aumento de la dependencia a raíz de la Pandemia producida por el COVID-19 (7,8) ha tenido relevancia en el tratamiento y en la prevención de las LCRD, agravando la situación.

Este nuevo modelo de clasificación de las distintas heridas nace por el debate generado por la pregunta de si ¿todas las lesiones cutáneas producidas en pacientes encamados e inmovilizados tienen su génesis en la presión o existen otros elementos?, el estudio de todos estos factores hizo definir el nuevo modelo denominado LCRD (11).

Este nuevo modelo, recientemente ampliado clasifica en 10 tipos de lesiones crónicas: lesiones por presión (LPP), Lesiones por humedad, lesiones por fricción, desgarros cutáneos lesiones combinadas de presión-humedad, presión-fricción, humedad-fricción, presión-desgarro, fricción-desgarro y finalmente las lesiones multifactoriales (11,12).

Las lesiones por humedad son producidas en la piel por la exposición constante a la humedad producida en la mayoría de los casos por la incontinencia. Aparecen como un eritema con los bordes irregulares y acostumbran a ser lesiones superficiales que pueden llegar a perder la integridad cutánea (11).

Las lesiones por fricción se generan por las fuerzas tangenciales superficiales, que se producen cuando la persona realiza un deslizamiento dejando parte de la piel adherida en la superficie de contacto (11).

En la última actualización de la GNEAUPP en la categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia se ha incluido un nuevo tipo de lesiones como son los desgarros cutáneos. Se define como una lesión localizada en la piel de origen traumático originado por las fuerzas mecánicas (incluye en la definición las originadas por la retirada de adhesivos potentes), dónde la gravedad varía en función de la profundidad, aunque por lo general no se extiende más allá de la dermis e hipodermis. Afecta a pieles extremadamente frágiles que se presentan generalmente como colgajos que siguen el trayecto del traumatismo pudiendo existir una pérdida parcial o total de las capas externas de la piel (12).

Las lesiones combinadas y/o multifactoriales son las que intervienen de forma conjunta dos (en el caso de las combinadas) o más de dos factores(en el caso de las multifactoriales) todas las etiologías descritas (11).

Las LPP se definen como una lesión en la piel y/o tejido subyacente principalmente sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión o la presión en combinación a la cizalla (dos fuerzas opuestas en el deslizamiento). Estas lesiones son consecuencia directa del aplastamiento de la piel en combinación de dos planos duros, el primer plano es el que pertenecería al paciente (su prominencia ósea) y otro plano externo (los colchones, sillones, sillas...)(11,12).

Este tipo de lesiones suelen tener unas características bastante típicas como su forma redonda u ovalada y generalmente sobre una prominencia ósea, llegando a ser en ocasiones bastante profundas. Puede ocurrir el fenómeno de la cizalla, esté hecho puede hacer que la LPP aparezca desplazada de la prominencia ósea además de otras características (doble eritema) (11).

Existen estudios in vitro que han estimado que la cantidad de presión necesaria para generar el colapso a nivel de capilares venosos se encontraría en un intervalo entre los 18-20 mmHg. Cuando esta presión se sobrepasa en áreas limitadas durante un tiempo determinado hace que impida la llegada de oxígeno y nutrientes en los tejidos. Este proceso se conoce con el nombre de isquemia que finaliza, si no cede la presión, con la degeneración de la integridad de la piel (12) .

Las LPP son en muchas ocasiones un efecto adverso ligado a la hospitalización debido a que un elevado número de pacientes ingresados presenta un riesgo elevado de sufrir una LPP existiendo una clara relación entre gravedad (de forma manifiesta con disminución de la actividad y movilidad) del paciente y riesgo de sufrir una LPP (13). De los pacientes internados en un centro hospitalario generalmente son los pacientes mayores de 65 años y con una estancia prolongada en los centros los que sufren en mayor número LPP (aproximadamente una media de 20 días más) (13,14).

Este hecho en muchos lugares como Bélgica o EEUU está penalizado. Un aumento de días de hospitalización por culpa de la aparición de una LPP, en el país europeo por ejemplo, suspende la financiación al hospital si ese aumento de días se comprueba que es por causa directa de una LPP (14).

Este problema sale reflejado en los estudios de prevalencia que hace periódicamente el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). El último, realizado en el año 2017 en centros residenciales y sociosanitarios a nivel español, concluyen que existe una tendencia a la baja respecto a los datos de anteriores estudios, por mejoras en los programas de prevención de LPP aunque se remarca que también se obtuvieron menos datos que en otros estudios de prevalencia anteriores (15) .

De los resultados obtenidos de este estudio sólo un 7% afirman no tener ningún caso de LPP. En los otros centros una prevalencia de media en lesiones cutáneas del 6,24% siendo las LPP las que mayor porcentaje se lleva (4,9%). Destaca también que en función de la titularidad del centro estos datos también son distintos. En centros concertados es mucho más frecuente (8,12%), que en privados (4,40%) y públicos (2,96%)(15)

Pero no solo afecta de forma negativa en la salud de las personas que sufren LPP sino que a nivel económico una mala prevención de las LPP puede generar en el sistema sanitario un déficit y un impacto económico importante. Según un estudio realizado por Torra-Bou y colaboradores, estimó que el gasto en salud invertido en el tratamiento de las LPP puede oscilar entre el 0,2% y el 5,2% de todo el presupuesto total en salud. Esta variación tan grande va en función de si se toman las medidas necesarias en la prevención y en la detección precoz de las LPP evitando que puedan llegar a fases más avanzadas evitando así posibles complicaciones, por lo tanto se concluye y remarca que una buena prevención es mucho más rentable que el tratamiento de las heridas (16) .

Actualmente en la literatura científica no existen muchos artículos dónde se puedan relacionar COVID-19 con LPP, pero algunos empiezan a destacar que las LPP pueden ser otro efecto adverso de la pandemia. Un estudio descriptivo realizado recientemente en EEUU (17) detalla cómo los equipos de asistencia sanitaria se tuvieron que ir adaptando a la situación a medida que el virus avanzaba, cuenta que en los primeros meses de pandemia hubo un aumento de los casos de manera exponencial (hasta un 40%), esto va directamente relacionado al aislamiento sufrido por los pacientes y que los profesionales sanitarios tenían que reducir sus intervenciones y exposiciones al paciente. A partir del cuarto mes de pandemia se empezó a reducir la incidencia de LPP. Este hecho lo relacionan directamente con un mejor manejo de los pacientes con COVID ya que al inicio de la pandemia no existían protocolos de prevención de LPP adaptados a la situación. Esta misma conclusión la confirman otros estudios dónde destacan que los primeros meses de pandemia

la incidencia de LPP fue en aumento, reduciéndose a medida que los sistemas sanitarios fueron adaptando a la gestión de la pandemia (17–19).

Gran parte de las LCRD (LPP, Lesiones por fricción, humedad...) que han ido apareciendo en este tiempo están relacionadas con la posición de decúbito prono (17,19–22), empleada en el tratamiento de estos pacientes, llegando a ser la segunda complicación más frecuente junto al edema facial en pacientes ingresados en la UCI (la primera es la extubación accidental) (22) . Esta posición implica principalmente a la zona facial como la zona de mayor riesgo de sufrir LPP, reduciendo en porcentaje absolutos a las LPP en zonas como los talones o los maléolos, siendo principalmente las de categoría II las de mayor prevalencia, llegando a aparecer en el 77% de los pacientes en posición prona (19,20,22). Una de las zonas que se ve aumentada su afectación también, seguramente debido a la posición de decúbito supino que nos genera el encamamiento prolongado en zona sacra (19).

Uno de los estudios que aportan datos en este sentido, fue realizado en un hospital de Madrid y justifican que una parte de este aumento se relaciona con la poca formación del personal (en ese momento hubo mucho personal nuevo que tuvo que hacer refuerzo en las Unidades de Cuidados intensivos) y por el aislamiento de los pacientes (17,20). Esta falta de profesionales sanitarios familiarizados y formados en el manejo de las LPP, junto a los cambios frecuentes de personal hicieron que aumentaran los reingresos para cura de heridas respecto a los tratados por profesionales especializados en este tipo de tratamientos (19,23)

En las UCIS no sólo ha sido un problema la posición de decúbito prono, sino también la aparición de LPP por dispositivos médicos (20) y, aunque el hecho de padecer la COVID-19 no es un factor de riesgo para sufrir una LPP, las consecuencias de una estancia hospitalaria más larga y la de mayor tiempo de encamamiento, sí que pueden ayudar a aumentar la tasa de incidencia de LPP (18)

Existen algunos estudios dónde empiezan a comparar la incidencia de LPP antes y después del COVID-19 y tanto en pacientes que sufren la enfermedad como en pacientes que no la sufren. Una de las diferencias que se destacan es la edad de las personas que padecen LPP, ya que son más jóvenes y que sufrían estancias hospitalarias más largas (18,19) En un estudio realizado en el Reino Unido, el porcentaje de paciente con LPP mayor de 80 años era de un 69%, en cambio, después de la declaración de la pandemia. ese porcentaje se reducía al 46,5%. Esta reducción se explica por la falta de ingresos en ese centro concreto y no por otro motivo. (19).

Otro elemento importante en este tiempo, es el abordaje realizado a los pacientes con heridas, ya que ha empezado la atención de forma telemática (17,19,23,24) permitiendo a las enfermeras expertas en heridas, valorar pacientes a distancia, reduciendo el riesgo de contagio, usando la fotografía como elemento clave (19). Este hecho tiene como ventaja la prevención y protección de la COVID-19 pero tiene la desventaja de que la enfermera deja de poder observar, palpar y tratar de forma directa la herida, siendo en ocasiones imprescindible, ya que gran parte de los cuidados de las heridas los tuvieron que realizar los familiares, con las limitaciones típicas de los hogares como puede ser una mayor dificultad en la realización de cambios posturales junto a los controles cutáneos (17,18), las típicas barreras técnicas como es el acceso a internet, la habilidad de las familias para usar la tecnología (suele ser población de edad avanzada), problemas de privacidad y confidencialidad y las expectativas de los usuarios a una atención ilimitada...(23)

Un elemento importante es también la reducción de camas en centros especializados en cura de heridas, debido en gran parte a la demanda de camas y de asistencia que ha generado la atención del COVID-19. En un centro especializado en heridas del Reino Unido se destaca que la ocupación de camas anterior y posterior a la explosión del COVID-19 descendió del 94,7% al 64,3% (19), atendiendo así a muchos menos pacientes con las complicaciones que podrían derivar su falta de atención (23).

Toda esta situación, tal y como se ha visto en las distintas publicaciones, ha hecho modificar la logística y la gestión del abordaje de las heridas e incluso ha redefinido tratamientos (24), teniendo que abordar el manejo de las heridas, profesionales de la salud que no estaban lo suficientemente familiarizados con el abordaje de las LPP (18).

Es importante preguntarse el ¿cómo ha afectado el COVID en enfermos dependientes en lo que respecta a la aparición de LPP y otras LCRD? ¿Qué porcentaje de ingresos son debidos a una LCRD en este último año? ¿Este porcentaje es equivalente a los que había en épocas pre pandémicas?

2.2 Justificación

La finalidad de este estudio es la de comparar los datos pre pandemia con los datos post pandemia sobre la incidencia y prevalencia de las LCRD en el centro sociosanitario Palamós Gent Gran de Palamós para poder evaluar de forma objetiva si es necesario implementar cambios en los protocolos y en las medidas de prevención de las LPP y conocer cómo ha afectado la pandemia a las personas dependientes.

Conocer cómo ha afectado el COVID en la incidencia de LPP permitirá tener unos datos reales de la situación respecto a las LPP a nivel post pandémico. Es importante conocer de primera mano las consecuencias de la pandemia en todos los aspectos, incluso en el abordaje de las otras enfermedades que por razones de adaptación a la crisis sanitaria han ido quedando en un segundo término.

Este estudio puede dar visibilidad a otra consecuencia nefasta para la salud pública que ha dejado la COVID-19: la emergencia de LCRD y tiene que servir para aprender a gestionar mejor futuras situaciones similares para conseguir un mejor cuidado de nuestros pacientes más frágiles y dependientes.

En la actualidad no existe mucha literatura científica sobre la relación y las consecuencias de la COVID con las heridas, y su abordaje. Este estudio puede dar una pequeña luz y advertencia sobre un problema que aun siendo conocido no ha sido lo suficientemente evaluado.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Comparar la incidencia/prevalencia de las LCRD anterior y posterior a la declaración de la pandemia del COVID en el centro sociosanitario Palamós Gent Gran de Palamós.

3.2 Objetivos secundarios:

- Conocer si existe un aumento de prevalencia de LCRD en pacientes que han sufrido COVID frente a pacientes que no lo han sufrido
- Conocer la prevalencia en LPP categoría III y IV.
- Comparar si ha aumentado el grado de dependencia en pacientes antes/durante de la pandemia.
- Comparar si han existido cambios en el número de personal de nueva incorporación en este último año que hayan sido significativos respecto a los de años anteriores.
- Valorar si existen diferencias significativas en los datos de LCRD en hombres y mujeres respecto a la prevalencia e incidencia.
- Comparar si los pacientes que sufren heridas son más jóvenes después de la pandemia que antes de la pandemia.

4.METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio:

Estudio de cohortes histórico

Estudio dividido en dos fases, la primera fase entre Junio de 2018 hasta el 15 de Marzo de 2020 y del 16 de Marzo hasta Diciembre de 2021.

Se evaluarán los datos de incidencia y prevalencia en LCRD antes y después de la llegada del COVID-19.

4.2 Ámbito de Estudio:

En el ámbito Sociosanitario concretamente en el centro Palamós Gent Gran del municipio de Palamós en la provincia de Girona (España).

Palamós Gent Gran es un centro que ofrece una serie de servicios tanto a nivel sanitario cómo a nivel social dirigido a personas con enfermedades crónicas evolutivas, situación de enfermedad terminal y personas mayores dependientes. Actualmente dispone de 165 camas distribuidas en:

- Unidad de larga estancia geriátrica y psicogeriatría: 60 camas
- Unidad de convalecencia y cuidados paliativos: 40 camas
- Unidad de Residencia asistida: 65 camas
- Servicios de atención diurna: 50 plazas (centro de día y hospital de día)

4.3 Población diana:

Pacientes afectados por LCRD ingresados en centros sociosanitarios

4.4 Población de estudio:

Pacientes afectados por LCRD ingresados en el centro sociosanitario Palamós Gent Gran de Palamós.

4.5 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Pacientes que hayan estado ingresados afectados por LCRD en Palamós Gent Gran desde el 1 de Junio de 2018 hasta el 31 de Diciembre de 2021.

Criterios de exclusión

Pacientes ingresados en la unidad de residencia

Pacientes de atención diurna (centro de día y hospital de día)

4.6 Período de Estudio:

Se analizarán los datos de todos los pacientes ingresados des del 1 de Junio de 2018 al 31 de diciembre de 2021

4.7 Procedimiento de reclutamiento:

Explotación de datos informáticos a través de la Historia Clínica Informatizada por los registros realizados por enfermería en el ámbito de las heridas.

4.8 Variables:

-Sexo:

Variable cualitativa, dicotómica y nominal que se obtiene en si genéticamente pertenece a un sexo u otro.

Categorías: Hombre o Mujer

-Edad:

Variable cuantitativa y continua que se obtiene a partir de la fecha de nacimiento de la persona. Se indicará la edad en el momento de la aparición de la LCRD.

Categorías: Años Naturales de forma numérica.

-Personal asistencial (Anexo 1):

Variable cuantitativa.

El objetivo de esta variable es medir las diferencias de personal entre un periodo y otro. Es importante conocer si existen diferencias significativas

en los datos de incidencia, si una causa es el personal asistencial y su experiencia en el centro.

Para medir esta variable se comparará el número de personal nuevo que ha trabajado a partir del 15 de Marzo del 2020 hasta el 31 de Diciembre de 2021 y se verá qué porcentaje es respecto al número total de trabajadores en ese período.

Lo mismo se va hacer en el primer período que va del 1 de Junio de 2018 hasta el 14 de Marzo de 2020.

El personal que se va a valorar és:

- Enfermería
- Auxiliar de Enfermería (TCAE)
- Celador

-Fecha de la LCRD:

Escala cualitativa y nominal. Esta variable se obtiene mediante el registro realizado por enfermería en la HC en el apartado de heridas.

Este registro es el que indica si el paciente tiene una o más heridas durante su estancia en el centro y en qué fecha se ha detectado.

-Tipo de lesión (Anexo 2):

Nivel de escala: Nominal (Roce/fricción, Humedad, Presión, Desgarros)
(11,12)

Definición:

Roce/Fricción: Lesiones producidas por fuerzas de roce y fricción entre la piel y una superficie paralela que se mueven en sentidos contrarios en un desplazamiento.

Humedad: Las lesiones por humedad son heridas que se localizan en la piel que se muestra como un eritema o inflamación de la piel y/o erosión producida por una exposición prolongada en el tiempo a varias fuentes de humedad con una gran capacidad para irritar los tejidos de la piel.

Presión: Las Lesiones por presión (LPP) se definen como una lesión en la piel y/o tejido subyacente principalmente sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión o la presión en combinación a la cizalla (dos fuerzas opuestas en el deslizamiento). Estas lesiones son consecuencia directa del aplastamiento de la piel en combinación de dos planos duros, el primer plano es el que pertenecería al paciente (su prominencia ósea) y otro plano externo (los colchones, sillones, sillas...)

Desgarros: Serán las consideradas como las lesiones cutáneas cuya causa haya sido por un origen traumático (caídas, retirada de adhesivos en pieles frágiles, golpes...), las consideradas en la última categorización de la GNEAUPP como desgarros

Este dato se obtendrá mediante la revisión de la Historia clínica (HC). Se obtiene por el registro que hace enfermería en el momento de la primera valoración y con el conocimiento previo relaciona la herida con su etiología.

Permite registrar las LCRD que tienen una sola causa, el programa por otra parte no permite el registro de las multicausales o las mixtas.

-Categorización de las heridas por presión (Anexo 3):

Variable cualitativa politómica que se obtiene mediante la clasificación por los criterios marcados en el documento técnico II de la GNEAUPP (12). La clasificación de las heridas nos la va a proporcionar el registro informático del programa.

Esta categorización se realiza principalmente en la primera valoración de la herida y en su evolución. El enfermero encargado de registrar la herida en la HC es el responsable de categorizar la lesión, en casos de las lesiones por humedad el programa no permite clasificar según su clasificación, por lo tanto será una variable exclusiva de las LPP.

Categorías:

Categoría I: Eritema no blanqueable, la piel está íntegra pero existe un enrojecimiento de una zona (generalmente encima de una prominencia ósea) que no blanquea con la presión digital.

Categoría II: Pérdida del espesor parcial de la dermis. Se trataría de una herida abierta con poca profundidad con un lecho de la herida rojo-rosado.

Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel. Pérdida de la dermis completa con visualización del tejido subcutáneo pero sin afectación de los huesos, músculos o tendones.

Categoría IV: Existe una pérdida total del espesor del tejido con exposición del hueso, tendón o músculo.

-Nivel de dependencia (Anexo 4):

Variable cuantitativa discreta que nos permite valorar la capacidad de la persona para realizar sus actividades de vida diaria de una forma más o menos autónoma.

Este valor se obtiene mediante la escala Barthel que valora el grado de dependencia de la persona. Los valores son: Dependencia funcional total (puntuación menor de 20), dependencia funcional severa (entre 20-35), dependencia funcional moderada (40-55), dependencia funcional leve (60-95), independientes (100)

-Origen de las heridas:

Variable cualitativa nominal donde se valora el lugar donde se ha producido la lesión (Fuera del centro o dentro del centro), importante para diferenciar la prevalencia con la incidencia.

Dato que se obtendrá mediante la revisión de la Historia clínica (HC). En el momento del registro se introduce el lugar de origen de la herida. El origen de la herida podrá ser en domicilio, residencias, hospitales...

Lugares fuera del centro a estudiar o por el contrario si la lesión se ha producido durante la convalecencia de la persona en el centro.

-Diagnóstico de COVID durante el año 2020-2021:

Nivel de escala: Nominal (Sí o No)

Pacientes que se les ha diagnosticado en su historia clínica la enfermedad de COVID-19 producida por la infección del virus SARS-COV2. Se marcará la casilla de si, en el caso de que la herida se hubiese producido durante el período que esté activo.

Se considerarán pacientes que hayan tenido COVID a los que en la prueba PCR hubiesen obtenido un resultado positivo.

4.9 Métodos de recogida y registro de datos

Registros informáticos en el programa informático de la Gavina producidos los años 2018 hasta 2021. Estos datos serán exportados en una tabla de Excel (Anexo 5).

4.10 Estrategia de análisis

Se realizará un análisis descriptivo comparativo entre los dos años para comprobar si hay un impacto por la COVID en la incidencia/prevalencia de las UPP.

Se hará mediante un análisis estadístico con el programa SPSS donde se comparan los resultados del año 2019 con los del año 2021 distribuidos en dos tablas distintas por año (Excepto la variable COVID en la primera fase del estudio que no se va a rellenar).

En un primer momento se evaluarán los datos de prevalencia e incidencia de LCRD en el centro desde Junio de 2018 hasta Diciembre de 2021. Se comparan los datos de las dos fases y se sacarán los primeros resultados del estudio.

Se aplicará un descriptivo y univariante (frecuencia y estadísticos) y una bivariante.

Para las variables cualitativas dónde se comparen dos proporciones en distintos pacientes se utilizará el p-valor asociado al test estadístico exacto de Fisher junto a la Odd Ratio y la razón de probabilidades con un intervalo de confianza del 95%.

Para evaluar el impacto del personal asistencial se hará el p-valor asociado a la prueba t-student.

4.11 Limitaciones

Las limitaciones del estudio las encontramos principalmente en el programa informático de registro ya que no permiten registrar todas las LCRD mencionadas y desarrolladas en el marco teórico actual. Claro ejemplo es la limitación de no poder registrar a las heridas multicausales en el programa informático.

Otra limitación relacionada con el programa es la clasificación por estadios de las heridas, únicamente las únicas clasificaciones són las pensadas para las LPP.

5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizará bajo la autorización del comité de ética de Girona que velará para garantizar todos los derechos de las personas que están implicadas en el estudio. Se presentará una carta de presentación (Anexo 6) y el protocolo de investigación para su aprobación.

Este estudio garantiza los principios bioéticos de la persona porque no interviene en su actividad diaria, sino que produce un análisis de datos de hechos ya pasados. Es un estudio que no provoca maleficencia a las personas implicadas y es un estudio que permite aportar conocimiento para garantizar una mejora en lo asistencial por lo tanto permite que los pacientes futuros tengan un mejor tratamiento.

El trabajo se va a elaborar siguiendo las normas éticas y sus principios para las investigaciones médicas dónde se usan a personas. Estas normas y principios son los que están contemplados en la Declaración de Helsinki y en el marco legal del Estado español, concretamente en la Ley 14/2007 de 3 de Julio de investigación biomédica.

Se garantizará la confidencialidad y el anonimato en todo momento, ya que se va a seguir las indicaciones incluidas en la Ley Orgánica 3/18, del 5 de Diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Los datos de la historia clínica serán tratados en una base de datos, dónde no constan datos de identificación del paciente, sinó un número.

6. PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo se establece entre Enero de 2022 y Enero de 2023.

El investigador principal participará en todas las fases del estudio, pero se va a apoyar en distintos equipos para una mejor interpretación de los resultados. Para la parte analítica de los resultados lo hará con el equipo epidemiológico (que consta con estadísticos) y para la redacción y análisis de la discusión y de las conclusiones del estudio se apoyará con el equipo asistencial.

ACTIVIDAD	Responsabilidad	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Elaboración Protocolo	IP													
Presentación tribunal TFM	IP													
Presentación comité de Ética	IP													
Recogida de Datos	IP + EE													
Análisis de datos	IP + EE													
Interpretación de resultados	IP + EE													
Elaboración Discusión	IP + EA													
Elaboración Conclusiones	IP + EA													
Envío de resultados	IP													
LEYENDA														
IP	Investigador Principal													
EE	Equipo Epidemiológico													
EA	Equipo Asistencial													

Baraq Muñiz Ribas

7. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN

-Presentación y defensa ante el tribunal de trabajos de fin de máster (MÁSTER OFICIAL UNIVERSITARIO EN GESTIÓN INTEGRAL E INVESTIGACIÓN DE LAS HERIDAS CRÓNICAS) de la Universidad de Cantabria (Junio 2022)

-Envío del estudio a la revista GEROKOMOS para su revisión y publicación.

-Presentación del estudio en formato comunicación en congresos tales como el que se realizará en Burgos en 2023 organizado por la GNEAUPP.

-Presentación en congresos focalizados en enfermería geriátrica.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. 2021 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Zhu J, Ji P, Pang J, Zhong Z, Li H, He C, et al. Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: A meta-analysis. *J Med Virol* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Feb 20];92(10):1902–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293716/>
3. Surveillances V. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China , 2020. 2020;2(8):113–22.
4. Ramos-Rincon JM, Buonaiuto V, Ricci M, Martín-Carmona J, Paredes-Ruíz D, Calderón-Moreno M, et al. Clinical Characteristics and Risk Factors for Mortality in Very Old Patients Hospitalized With COVID-19 in Spain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Feb 20];76(3):E28–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33103720/>
5. Secretaria General de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Minist Sanid - Gob España-Actualización 18/02/2022 [Internet]. 2022;567:1–2. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_44_COVID_1200.pdf
6. Territorial C, Sociales S, Covid-residencias I, Europeo C, Aut C, Sociales S, et al. * Variaciones con respecto a la Actualización nº 50: 18/02/2022. 2022;51:5–15.
7. Curci C, Pisano F, Bonacci E, Camozzi DM, Ceravolo C, Bergonzi R, et al. Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients : data from an Italian COVID-19 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. 2020;56(5):633–41.
8. Trevis B, Daniel L, Eduardo P, Marqu P, Corral-liria I, Losa-iglesias M, et al. Use of the Barthel Index to Assess Activities of Daily Living before and after SARS-COVID 19 Infection of Institutionalized Nursing Home

- Patients. 2021;
9. LI J. Rehabilitation management of patients with COVID-19: lessons learned from the first experience in China. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Feb 20];56(3):335–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32329589/>
 10. Santamaría-peláez M, González-santos J. Fragilidad y úlceras por presión en personas mayores institucionalizadas. *INFAD Psicol J Dev Educ Psychol*. 2020;1(2):81–8.
 11. 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 an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs* [Internet]. 2014 Jan [cited 2022 Feb 21];46(1):28–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24118691/>
 12. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodrí, 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. Available from: <https://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>
 13. Tomé Ortega MJ. Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización. *Enfermería Dermatológica*, ISSN-e 2386-4818, ISSN 1888-3109, año 4, Nº 9 (enero-abril), 2010, págs 35-41 [Internet]. 2010;4(9):35–41. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4317063>
 14. Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Sarabia-lavin R, Perez-Pardas P, Soldevilla-ágreda JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Helcos* [Internet]. 2016;27(4):161–7. Available from: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2018/05/guiaXbaleares.pdf>
 15. Soldevilla Ágreda JJ, García-Fernández F, Rodríguez Palma M, Torra-Bou J, Pancorbo-Hidalgo P. Prevalencia de lesiones por presión y Baraq Muñiz Ribas

- otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias y centros sociosanitarios de España en 2017. 2019;30(4):192–9.
16. Torra-bou JE, García-fernández FP, Pérez-acevedo G, Sarabia-lavin R, Paras-bravo P. Economic impact of pressure ulcers. An integrative review. 2017;28(1):83–97.
 17. Polancich S, Hall AG, Miltner R, Poe T, Enogela EM, Montgomery AP, et al. Learning During Crisis: The Impact of COVID-19 on Hospital-Acquired Pressure Injury Incidence. *J Healthc Qual* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2022 Feb 2];43(3):137–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33955955/>
 18. Kendall JA, Haberl JK, Hartsgrove C, Murphy LF, DeLuca R, Diaz-Segarra N, et al. Surveillance for Pressure Injuries on Admission to Inpatient Rehabilitation Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Feb 20];102(10):1932–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34252395/>
 19. Vowden K, Hill L. What is the impact of COVID-19 on tissue viability services and pressure ulceration? *J Wound Care* [Internet]. 2021 Jul 2 [cited 2022 Feb 20];30(7):522–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256597/>
 20. Ibarra G, Rivera A, Fernandez-Ibarburu B, Lorca-García C, Garcia-Ruano A. Prone position pressure sores in the COVID-19 pandemic: The Madrid experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2021 Sep;74(9):2141–8.
 21. Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy NL, Curley G, Budri A, et al. Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *J Wound Care*. 2020 Jun;29(6):312–20.
 22. Araújo MS de, Santos MMP Dos, Silva CJ de A, Menezes RMP de, Feijão AR, Medeiros SM de. Prone positioning as an emerging tool in the care provided to patients infected with COVID-19: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3397.
 23. Sen CK. Human Wound and Its Burden: Updated 2020 Compendium of Estimates. *Adv wound care* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2022 Feb 20];10(5):281–92. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33733885/>

24. Queen D, Harding K. The legacy of the COVID-19 pandemic and potential impact on persons with wounds. *Int Wound J* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2022 Feb 2];18(4):417. Available from: </pmc/articles/PMC8273602/>

9.ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Tabla recogida de datos personal asistencial

	A	B	C	D
1		FASE 1	FASE 2	
2	AUXILIARES NUEVOS			
3	CELADORES NUEVOS			
4	ENFERMERIA NUEVOS			
5	TOTAL PERSONAL NUEVO			
6				
7	AUXILIARES TOTAL			
8	CELADORES TOTAL			
9	ENFERMERIA TOTAL			
10	TOTAL DE PERSONAL			
11				
12	% AUXILIARES NUEVO			
13	% CELADORES NUEVO			
14	% ENFERMEROS NUEVO			
15	% PERSONAL NUEVO			
16				

Fuente: Elaboración Propia

Baraq Muñiz Ribas

9.2 ANEXO 2: Identificación de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Características	Lesiones por presión		Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción	Desgarros
Exposición o causa	Presión.	Presión y/o cizalla.	Humedad prolongada e irritantes asociados.	Fricción o roce.	Traumatismos en piel dermatoporótica
Evolución del daño	De fuera a dentro.	De dentro a fuera.	De fuera a dentro.	De fuera a dentro.	De fuera a dentro
Localización de la lesión	 Habitualmente perpendicular a prominencias óseas, o sobre tejidos blandos sometidos a presión externa de dispositivos clínicos	 Prominencias óseas (generalmente con 30-45° de desplazamiento).	 Cualquier zona expuesta a humedad (pliegues cutáneos glúteos, zona perineal y perigenital), ya sea prominencia ósea o no (habitualmente no).	 Cualquier zona sometida a fricción o rozamiento, ya sea prominencia ósea o no (espalda, glúteos, sacro, maléolos, talones,...).	 Generalmente brazos y piernas.
Color piel íntegra	 Rojo (eritema no blanqueable). Piel perilesional normal.	 De rojo, rojo intenso, a marrón y/o púrpura azulado (LTP). Frecuente doble eritema (segundo más oscuro y dentro del primero)	 Enrojecimiento no uniforme, de color rojo o rojo brillante. Distintas intensidades. También color rosado o blanco amarillento. Enrojecimiento perianal.	 Rojo a rojo oscuro (eritema no blanqueable, de formas lineales) Puede haber flictenas, generalmente con líquido seroso.	 Eritemas o púrpura senil sobre piel atrófica, y/o pseudo-escara blanca.
Afectación y Profundidad	 <i>Piel y/o tejidos subyacentes (también mucosas). Desde piel intacta (ENB), lesiones superficiales (categoría II) a profundas (categorías III-IV).</i>	 <i>Piel y/o tejidos subyacentes. Lesiones profundas (categorías III-IV) a veces con piel intacta (LTP).</i>	 <i>Piel (no tejidos subyacentes). Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis).</i>	 <i>Piel (no tejidos subyacentes). Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis).</i>	 <i>Piel (no tejidos subyacentes). Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis) aunque a veces puede extenderse a hipodermis</i>
Color lecho lesión	 Rosa, rojo, brillante (categoría II). Rojo, amarillento, marrón, negro según tipo de tejido y categoría de la LPP)	 Rosa, rojo, amarillento, marrón, púrpura, negro, etc.	 Rojo, rosado, brillante, piel perilesional rosa, amarillenta o blanquecina (maceración)	 Rojo, rosado o con restos hemáticos.	 Rojo o rosado con restos hemáticos o purpúreos.
Exudado	Según categoría y estado de la lesión.	Según categoría y estado de la lesión.	Ninguno, o exudado claro, seroso.	Ninguno, o exudado claro, seroso o sero-sanguinolento.	Ninguno o escaso, de tipo sanguinolento. Generalmente coágulos

Bordes	 Delimitados, marcados, bien circunscritos. Si están sobreelevados y engrosados son signos de cronicidad.	 Delimitados, marcados. También pueden ser irregulares.	 Difusos, imprecisos.	 Tras rotura de flictena, bordes con la piel dentada o levantada	 Delimitados, marcados, bien circunscritos
Forma y distribución	 Regular. Redondeada, ovalada. Forma del dispositivo clínico. Lesión limitada a una zona. Aislada	 Ovalada, elongada. A veces irregular. Aisladas. Ocasionalmente lesión en espejo pero no simétrica	 Irregular. Varias zonas o áreas difusas, que pueden se extensas, en parches. Lesiones en espejo o beso. En pliegues cutáneos con la forma de la base.	 Lineal, siguiendo los planos de deslizamiento.	 Irregulares en función de la forma del traumatismo.
Necrosis	 Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara).	 Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara).	 No está presente. Puede haber exudado congelado, pero no esfacelos.	 No está presente.	 Puede presentar un coágulo abierto o cerrado que puede confundirse con necrosis, pero que es sangre coagulada.

Otros síntomas: dolor, edema, olor,...	Dolor agudo, prurito; el dolor puede intensificarse al liberar las zonas lesionadas (categorías I y II). En ENB, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15 mm de diámetro). En categoría I no presentan olor, y en el resto según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelizaciones y cavitaciones (categorías III-IV).	Dolor, prurito. En LTP, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15 mm de diámetro). Olor según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelizaciones y cavitaciones (categorías III-IV).	Quemazón, prurito, picazón, hormigueo, ardor, dolor –según excoriación-. Eritema e inflamación, con o sin erosión. Olor a orina y/o heces, y otros fluidos corporales. No tunelizaciones ni cavitaciones. Piel perilesional habitualmente macerada. Infecciones cutáneas secundarias.	Dolor, aumento de temperatura, cambios de coloración, edema,... No tunelizaciones ni cavitaciones.	Dolor agudo, prurito; el dolor puede intensificarse al liberar los coágulos de las zonas lesionadas
Pronóstico	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.	Generalmente y a pesar de los cuidados adecuados, suelen tener una rápida progresión y una evolución desfavorable.	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.	Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.

Fuente: García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodrí, et al. "Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Serie Documentos técnicos GNEAUPP n° II".3a Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Logroño 2021.

9.3 ANEXO 3: Estadaje de las lesiones por presión

LESIONES POR PRESIÓN		
<p><i>“lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre prominencia ósea, como resultado de la presión en combinación de las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos”</i></p>		
CATEGORÍA I	Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable	
	La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible	
	Área dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación al tejido subyacente	
CATEGORÍA II	Perdida del espesor parcial de la dermis	
	Úlcera abierta poco profunda, herida rojo-rosada sin esfacelos ni hematomas	
	Posible flictena intacta llena de suero o rota	
	No describe laceraciones, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación	
CATEGORÍA III	Pérdida completa del tejido	
	Posible grasa subcutánea visible y esfacelos	
	Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones	
	El hueso o tendón no son visibles o directamente palpables	
CATEGORÍA IV	Tejido expuesto, tendón o músculo visible	
	Presenta esfacelos o escara	
	Incluye cavitaciones y tunelizaciones, hay riesgo de osteomielitis u osteítis	
LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS	Área irregular en relación con las fuerzas de cizalla	
	Doble eritema, el segundo más oscuro y dentro del primero	
	Suele estar desplazada entre 30-45° sobre la perpendicular de la prominencia ósea	
	El tejido es más frágil, doloroso, con diferente temperatura que los tejidos subyacentes	
NO ESTIABLE	Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está totalmente cubierta por esfacelos y/o escaras en el lecho de la herida.	
	Hasta que no se haya retirado y ver el lecho de la herida no se podrá determinar la categoría.	
	Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones no debe ser eliminada	

Fuente: Mundet Riera I. Evaluación de una intervención en prevención de lesiones relacionadas con la dependencia en las residencias geriátricas del Baix Llobregat. Trabajo Fin de máster Universidad de Cantabria. Anexo 3. Santander 2020

9.4 ANEXO 4: Escala Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
COMER	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente	10
	Con ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente	5
	Dependiente	0
Continencia Fecal	Continente	10
	Incontinencia Ocasional	5
	Incontinente	0
Continencia urinaria	Continente	10
	Incontinencia Ocasional	5
	Incontinente	0
Retrete	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Traslado Sillón-Cama	Independiente	10
	Necesita gran ayuda pero se mantiene sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 m	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escalones	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente	0
TOTAL		

Fuente: Elaboración Propia. Elaborada a partir del registro informático en GAVINA

9.5 ANEXO 5: Tabla Extracción para recogida de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	ID PACIENTE	EDAD	SEXO	BARTHEL	COVID	LCRD	PRESIÓN	HUMEDAD	DESGARROS	CATEGORIZA	ORIGEN						
2																	
3																	
4													COVID	SI: 1	NO: 0		
5													LCRD	SI: 1	NO: 0		
6													PRESIÓN	SI: 1	NO: 0		
7													HUMEDAD	SI: 1	NO: 0		
8													DESGARROS	SI: 1	NO: 0		
9													ORIGEN	CENTRO: 1	FUERA: 1		
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	

Fuente: Elaboración Propia

9.5 ANEXO 6: Carta de solicitud al comité de Ética

Benvolguts,

El present protocol d'investigació intenta donar resposta a les conseqüències que ha originat la pandèmia del COVID en les persones dependents, especialment centrat en l'aparició de noves lesions cutànies relacionades amb la dependència.

S'intenta donar resposta amb xifres, l'impacte que ha tingut la Pandèmia en l'àmbit dels centres socio-sanitaris, concretament el centre Palamós Gent Gran, en el nombre de ferides.

Es tracta d'un estudi de cohorts que donarà resposta a dades epidemiològiques.

Adjuntem documentació corresponent a l'estudi:

Títol complet : ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE LOS DATOS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA EN LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA PRE/POST COVID EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

Documents presentats:

-Protocolo.

-Carta de presentació

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, el CEIm es dirigirà a: ¹

- Nom: Baraq Muñiz Ribas
- Telf: 699193603
- Adreça c/Montserrat Roig 4 1A Sant Feliu de Guíxols (Girona)
CP:17220
- e-mail: bmuni@ssibe.cat

Cordialment,

Sr./a. Baraq Muñiz Ribas
Girona, 06/06/2022

¹