Machine Translated by Google
RCMOS – Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

Un modelo para el cuidado de heridas crónicas en un entorno comunitario: un estudio de implementación con integración multiprofesional.

Modelo de atención para heridas crónicas en un contexto comunitario: estudio de implementación con integración multiprofesional.

Giselle Ávila Sousa - Farmacéutica y Bioquímica (CRF/GO)

Resumen

Las heridas crónicas constituyen un problema clínico y social que exige continuidad asistencial, estandarización mínima de los procedimientos y coordinación entre profesionales, especialmente en contextos donde las barreras económicas y logísticas dificultan la atención. Este artículo describe, en lenguaje académico y con énfasis en la aplicabilidad, un modelo comunitario para el cuidado de heridas crónicas, estructurado a partir de una iniciativa organizada en un entorno ambulatorio multidisciplinario comunitario, liderado por un farmacéutico con experiencia en servicios farmacéuticos y gestión sanitaria. Parte del diagnóstico de que la eficacia en el manejo de heridas crónicas depende tanto de las decisiones clínicas como de la capacidad del servicio para mantener los flujos de triaje, seguimiento, suministro y educación sanitaria, con un registro sistemático y una gobernanza operativa. En lugar de presentar resultados clínicos cuantificables —que requieren una base de datos prospectiva—, el texto organiza el diseño del servicio, explica los mecanismos de integración multidisciplinaria, describe el rol del farmacéutico en el apoyo asistencial y propone una arquitectura de evaluación compatible con la ciencia de la implementación y la calidad en la atención sanitaria. El objetivo es ofrecer una hoja de ruta descriptiva, replicable y auditable para las iniciativas comunitarias, que conecte el acceso, la continuidad y la disciplina en el registro de información con un conjunto conciso de indicadores de proceso, implementación y resultados, capaces de guiar los ciclos de mejora y las futuras publicaciones basadas en datos empíricos.

Palabras clave: heridas crónicas; atención comunitaria; integración multiprofesional; implementación de servicios; calidad en salud; farmacia clínica; continuidad de la atención.

Abstracto

Las heridas crónicas representan un desafío clínico y social que requiere continuidad asistencial, estandarización mínima de las prácticas y trabajo interprofesional coordinado, especialmente en entornos donde las barreras económicas y logísticas dificultan el tratamiento. Este artículo ofrece una descripción orientada a la implementación de un modelo comunitario de atención de heridas crónicas estructurado en un entorno ambulatorio multidisciplinario, liderado por un farmacéutico con experiencia en servicios farmacéuticos y gestión sanitaria. El análisis parte de la premisa de que los resultados en el tratamiento de heridas crónicas dependen no solo de las decisiones clínicas, sino también de la capacidad del servicio para mantener la clasificación de pacientes, el seguimiento, el acceso a suministros, la educación del paciente y la documentación sistemática. En lugar de informar sobre resultados clínicos cuantificados —lo que requeriría conjuntos de datos prospectivos—, el artículo organiza el diseño del servicio, aclara los mecanismos de integración interprofesional, define el rol del farmacéutico en el apoyo a la atención y propone una arquitectura de evaluación coherente con la ciencia de la implementación y la calidad asistencial. Esta contribución consiste en una hoja de ruta descriptiva, replicable y auditable para iniciativas comunitarias, que vincula el acceso y la continuidad con una documentación rigurosa y un conjunto conciso de indicadores de proceso, implementación y resultados para respaldar los ciclos de mejora de la calidad y las futuras publicaciones basadas en evidencia.

Palabras clave: heridas crónicas; atención comunitaria; integración interprofesional; ciencia de la implementación; calidad de la atención sanitaria; farmacia clínica; continuidad asistencial.

1. Introducción

Las heridas crónicas desafían la lógica de la atención episódica. A diferencia de los eventos agudos,

Su gestión se extiende durante semanas o meses, requiriendo un seguimiento continuo y ajustes sucesivos.

Realización y coordinación de intervenciones que con frecuencia se extienden más allá del ámbito estrictamente local.

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

de la lesión. En la mayoría de los casos, la herida es una expresión visible de procesos sistémicos.
factores metabólicos, vasculares, infecciosos e inflamatorios, combinados con determinantes sociales que
Influyen en la adherencia, el autocuidado, la movilidad, la nutrición, el acceso a suministros y la capacidad para...
devoluciones de servicios. En este escenario, la pregunta crucial rara vez es "¿qué producto usar?", sino
Cómo garantizar la continuidad, la coherencia y la seguridad a lo largo del tiempo.

La fragmentación de la atención es un obstáculo recurrente en los entornos comunitarios.
Un aspecto común a la alternancia de lugares de servicio es la interrupción del uso de suministros debido a restricciones.
económico, la recepción de directrices divergentes y la pérdida de conexión con el seguimiento. Esto
Una serie de interrupciones genera variabilidad en la atención, necesidad de rehacer el trabajo, riesgo de complicaciones y empeoramiento de los síntomas.
mejora progresiva de la calidad de vida. Por el contrario, los arreglos que organizan un flujo claro, desde la evaluación
al seguimiento longitudinal y a la derivación a niveles más altos de complejidad: tienden a
para reducir la pérdida de seguimiento y mejorar la coordinación. Sin embargo, el punto crítico es que las iniciativas
Las iniciativas comunitarias pueden seguir siendo esporádicas cuando carecen de rutinas estandarizadas.
Los instrumentos mínimos de registro y los mecanismos de evaluación limitan el aprendizaje institucional.
y la posibilidad de replicación.

Por lo tanto, la organización de un modelo comunitario para el cuidado de heridas crónicas depende de:
Menos sobre "buenas intenciones" y más sobre diseño operativo: punto de entrada definido, evaluación.
Mínimamente estandarizado, gestión de recursos y educación del paciente, seguimiento con criterios
directrices explícitas para la derivación y el mantenimiento de registros. Cuando estos elementos se combinan, la
La operación gana viabilidad, reduce variaciones peligrosas y crea condiciones para futuras mediciones de
Procesos y resultados con trazabilidad. Esta cadena de eventos es esencial para transformar un
Experiencia en atención médica en un servicio consistente, auditable y orientado a la mejora continua.
incremental.

2. Contribución teórica

El análisis de modelos comunitarios para el cuidado de heridas crónicas requiere distinguir, sin separar, dos
Dimensiones complementarias: calidad e implementación. La calidad se relaciona con la alineación de
Se toman precauciones para cumplir con los estándares clínicos y de seguridad; la implementación describe las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo.
La atención se vuelve ejecutable, consistente y sostenible en el contexto del mundo real, con sus limitaciones de
recursos, tiempo y variabilidad

El modelo estructura-proceso-resultado proporciona un lenguaje operativo para describir
Calidad en los servicios. La estructura incluye equipo, capacitación, disponibilidad de suministros y
Instrumentos, entorno de servicio y sistema de registro. El proceso incluye selección, evaluación,
Plan terapéutico, educación para la salud, seguimiento y derivaciones. El resultado incluye el progreso de
Herida, dolor, infección, funcionalidad, calidad de vida y utilización de servicios. En contextos

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

En entornos comunitarios, esta arquitectura reduce el riesgo de que la atención se guíe por la improvisación y facilita...
Elaboración de rutinas auditables, con puntos críticos claramente definidos.

Sin embargo, la descripción de la estructura y el proceso no garantiza que un modelo se mantenga vigente.
La ciencia de la implementación añade una perspectiva pragmática al enfatizar que las intervenciones solo producen resultados.
Valor cuando llegan al público objetivo, son adoptados por los equipos, mantienen una lealtad mínima y
Permanecen operativos a lo largo del tiempo. Determinantes como las barreras de acceso,
disponibilidad de recursos, capacidad de coordinación, cultura de registro de información y gobernanza local.
Influyen directamente en la adopción y el mantenimiento del servicio. En iniciativas dirigidas a poblaciones
La vulnerabilidad, el alcance y la continuidad se vuelven especialmente relevantes: la eficacia potencial de
Se pierde la atención cuando no hay seguimiento, cuando el registro es inconsistente o cuando la ejecución...
Varía significativamente entre citas.

La integración multiprofesional, a su vez, no debe tratarse como una declaración, sino como...
Mecanismo de coordinación clínica y operativa. En heridas crónicas, decisiones relativas al manejo local,
Control de comorbilidades, vigilancia de infecciones, manejo del dolor y orientación para el autocuidado.
Deben converger en mensajes coherentes para el paciente; de lo contrario, aumentará la confusión y la reducción de la eficacia.
adhesión. En este arreglo, el farmacéutico desempeña un papel transversal relevante al actuar en la interfaz.
entre farmacoterapia, seguridad de los medicamentos y educación sanitaria. Regímenes terapéuticos
En los pacientes son frecuentes los medicamentos complejos, la polifarmacia, el riesgo de interacciones farmacológicas, la duplicación de medicamentos y la falta de adherencia al tratamiento.
con comorbilidades; además, la continuidad de la atención depende de una orientación clara en la vida diaria.
Conciliación de medicamentos, asesoramiento estructurado, apoyo para la adherencia al tratamiento y seguimiento de eventos adversos.
Los eventos adversos constituyen funciones capaces de aumentar la uniformidad de la atención y reducir el riesgo evitable.
cuando se integra en el flujo del servicio.

Por lo tanto, la base teórica de un modelo comunitario de atención de heridas crónicas se fundamenta en...
combinación de (a) arquitectura de calidad por estructura-proceso-resultado, (b) principios de
c) coordinación multidisciplinaria
orientado hacia la coherencia clínica y operativa. El objetivo práctico de esta combinación es producir un
Un servicio lo suficientemente simple como para operar bajo restricciones reales y lo suficientemente disciplinado como para permitir
Medición y mejora continua.

3. Metodología

Se adopta un formato descriptivo orientado a la implementación del servicio. El objeto de análisis
No se trata de un grupo de pacientes, sino de la implementación de un modelo comunitario de atención de heridas.
Atención crónica como servicio: sus componentes esenciales, la secuencia lógica del flujo de atención, la
Rutinas operativas y una propuesta de medición compatible con las condiciones de campo. La descripción
Prioriza los elementos que pueden ser operacionalizados y auditados, al tiempo que preserva la separación conceptual.

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

entre el diseño del servicio y la inferencia de la eficacia clínica.

En ausencia de una base cuantitativa consolidada, como el número de pacientes monitoreados, El tiempo de curación, las tasas de complicaciones o las series temporales de indicadores no están establecidos. Análisis de efectividad basado en datos. En cambio, el enfoque metodológico organiza el modelo en En lo que respecta a los procesos críticos y los mecanismos de coordinación, se describe una matriz de medición. un enfoque prospectivo que permite la evaluación, en etapas futuras, de los resultados del proceso, resultados de Implementación y resultados clínicos/experienciales. Esta estrategia mantiene el rigor al evitar extrapolaciones indebidas y, simultáneamente, proporciona una vía metodológica para transformar Práctica clínica basada en evidencia empírica mediante la recopilación sistemática de datos e instrumentos estandarizados. y gobernanza de datos.

4. Descripción del modelo comunitario para el cuidado de heridas crónicas.

En las heridas crónicas, la estabilidad clínica rara vez resulta de una sola acción; depende de... Continuidad, seguimiento y ajustes sucesivos. En un contexto comunitario, esta continuidad A menudo fracasa cuando no se combinan el acceso regular y la coordinación multidisciplinaria. Por lo tanto, la organización de la atención se estructura como una vía de atención que integra la admisión, la evaluación y la valoración. Plan terapéutico inicial con gestión de recursos y seguimiento longitudinal, incluyendo criterios. Pautas de derivación explícitas y procedimientos mínimos de registro.

Para reducir la dispersión de la atención y evitar un patrón episódico, la entrada está diseñada para... para dar cabida a las personas con heridas crónicas que son vulnerables a recibir atención, estabilizando un flujo que facilita las visitas de seguimiento y la monitorización. Al centrar la atención en una ruta definida, reduce... Si se reduce la probabilidad de que un paciente abandone el seguimiento, aumenta la posibilidad de tomar decisiones clínicas acertadas. a lo largo del tiempo, en lugar de intervenciones aisladas.

En la etapa inicial, la estandarización mínima se trata como una condición para la comparabilidad y gobernanza. La evaluación debe ser factible en la práctica rutinaria y, simultáneamente, lo suficientemente consistente para para permitir una lectura longitudinal. Por lo tanto, se registra un núcleo esencial: características de la lesión (apariencia, exudado, bordes de la herida, signos de infección y condiciones perilesionales), factores sistémicos relevantes (comorbilidades, dolor y limitaciones funcionales) y descripción general farmacoterapéutica (medicamentos en uso, Adherencia, riesgos y necesidades de orientación). La ganancia operativa no radica en sofisticar la recopilación de datos, sino en para que sea repetible y comparable.

En este punto, se materializa la coordinación multiprofesional: responsabilidades diferenciadas. Necesitan converger en mensajes coherentes para el paciente. Las contribuciones médicas se centran en Estratificación clínica, hipótesis etiológica, definición de conducta y derivaciones cuando necesario. Las contribuciones farmacéuticas se centran en la seguridad de los medicamentos, revisión de esquemas, consejos de uso, apoyo para la adherencia y monitoreo de riesgos, además de optimizar el

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google
RCMOS – Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

Acceso a suministros y medicamentos con trazabilidad y prevención de errores. El objetivo es la uniformidad.
un enfoque longitudinal, con orientación reforzada durante las visitas de seguimiento, en lugar de consejos fragmentados.

En términos terapéuticos, el problema del acceso material a la atención no puede tratarse como
Variable externa. Suministro y gestión de suministros: materiales para apósitos y, cuando corresponda,
Medicamentos: reducir las barreras, pero requerir gobernanza: criterios de entrega claros, registro de
Consumo, trazabilidad y control de residuos. Sin este componente, se producen interrupciones terapéuticas.
La escasez de suministros tiende a comprometer el progreso y a interrumpir el seguimiento.

En lo que respecta al seguimiento longitudinal, cumple una doble función: clínica y
En cuanto a su implementación, clínicamente permite la reevaluación, el ajuste y la toma de decisiones en función del progreso.
Comparable; operativamente, prueba la viabilidad del flujo y el mantenimiento del estándar. Periodicidad
Un enfoque basado en el riesgo, un registro de datos coherente y criterios de derivación suficientemente definidos.
Reducen la ambigüedad y evitan retrasos ante signos de gravedad (sospecha de isquemia, infección).
Necrosis sistémica extensa o empeoramiento progresivo). Sin seguimiento, la atención vuelve al formato sistémico.
Se vuelve episódico y pierde su carácter crónico.

Finalmente, los lazos comunitarios y la legitimidad territorial funcionan como condiciones para
Viabilidad. La articulación con las redes locales (públicas y comunitarias) influye en la entrada.
Derivaciones y adherencia; la comunicación coherente con el diseño del servicio aumenta el alcance sin
distorsiona las expectativas. Cuando esta dimensión institucional se alinea con el flujo de atención, deja de...
Se convierte en un elemento complementario y contribuye a la continuidad y el mantenimiento de la atención.

5. Arquitectura de implementación y plan de medición

Medir un servicio comunitario de atención de heridas crónicas requiere equilibrio: recopilación de datos eficiente...
Suficiente para integrarse en la rutina y, al mismo tiempo, lo suficientemente estructurado para generar aprendizaje.
y gobernanza. En lugar de un panel de control grande e inutilizable, una arquitectura de
Medición con tres dominios complementarios: consistencia del proceso de atención, resultados de
Implementación y resultados clínicos/experienciales.

Desde el punto de vista del proceso, la pregunta es sencilla: ¿se está prestando la atención de una manera que...
¿Consistente? Los indicadores pragmáticos capturan este núcleo con baja complejidad: tiempo entre
Recepción y evaluación inicial, realización de una evaluación estandarizada, prestación de orientación.
Citas de seguimiento estructuradas y periódicas según lo previsto, documentación de la revisión farmacoterapéutica.
y derivaciones basadas en criterios clínicos. Las tecnologías sofisticadas no son un requisito previo;
La disciplina en el registro y las definiciones claras son esenciales.

En lo que respecta a la implementación, el enfoque se centra en la adopción y el mantenimiento del flujo de trabajo en el mundo real.
Más importantes que las métricas complejas son las medidas que identifican dónde el modelo pierde fuerza:
Llegar al público objetivo, que los profesionales cumplan con los requisitos mínimos y que se mantengan fieles al proceso.

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

(integridad y coherencia entre los servicios), viabilidad (tiempo y capacidad de sostenibilidad) insumos) y mantenimiento en ciclos regulares, incluyendo la estabilidad de la asociación y la revisión rutinaria de Este enfoque reduce el riesgo típico de las iniciativas que comienzan con mucha intensidad y luego se disuelven. debido a la falta de gobernanza.

En los resultados, la selección debe priorizar medidas observables y comparables. Evolución de Área/volumen cuando corresponda, signos de inflamación/exudado, dolor autoinformado, aparición de signos La infección y la necesidad de derivaciones más complejas constituyen un núcleo clínico. plausible. En un contexto comunitario, la dimensión experiencial es igualmente relevante: comprensión del plan de atención, confianza en el servicio, barreras para la adherencia y calidad de vida relacionada con herida. Estos resultados dependen de la recopilación de datos prospectiva y estandarizada; sin ella, cualquier afirmación La efectividad se mantiene a nivel narrativo.

La gobernanza de la medición debe seguir siendo sencilla para evitar la burocratización. Tres Las rutinas operativas suelen ser suficientes: formulario de evaluación inicial con una lista de verificación mínima, formulario visitas de seguimiento con registros de progreso e intervenciones, y reuniones periódicas de revisión de casos y Indicadores con decisiones registradas. Con esto, el cuidado se convierte en proceso; el proceso se convierte en... mensurable; y lo mensurable se convierte en la base para el ajuste.

6. Debate

La continuidad y la reducción de la variabilidad son los criterios decisivos para un acuerdo. Atención comunitaria para heridas crónicas. La vía de atención propuesta cumple con este criterio mediante la organización Ingreso, evaluación, plan de tratamiento y seguimiento bajo coordinación multidisciplinaria y disciplina de registro, transformando un conjunto de servicios en un servicio con una trayectoria.

Las barreras de acceso representan el principal factor de disrupción en los contextos comunitarios. Mitigarlos requiere no solo una oferta oportuna, sino también un diseño operativo que respalde la prestación de suministros, educación del paciente y rutinas de seguimiento. La coordinación con redes y alianzas locales refuerza esto. Continuidad no por razones simbólicas, sino para aumentar la capacidad de derivación, para reducir Pérdida de seguimiento asistencial y fortalecimiento de la legitimidad territorial, con un impacto directo en la adherencia al protocolo.

En términos técnicos, la coordinación multiprofesional funciona como un mecanismo de seguridad. Las heridas crónicas implican decisiones clínicas y farmacoterapéuticas que, cuando están desconectadas, Producen mensajes contradictorios y aumentan el riesgo de mal uso. Al estructurar el rol La atención farmacéutica como componente transversal: seguridad de los medicamentos, revisión del régimen, Asesoramiento y adherencia: se hace posible reducir el riesgo evitable y aumentar la consistencia del tratamiento. orientación, especialmente para pacientes con comorbilidades y polifarmacia.

La principal limitación, según los criterios de eficacia tradicionales, es la ausencia de una base empírica. Definición formal del resultado. Esto no invalida la propuesta; simplemente delimita la etapa típica de madurez del servicio.

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

Iniciativas comunitarias: primero, se especifica el modelo y se establece el registro; luego, se mide su adopción.
fidelidad y viabilidad; finalmente, se pasa a evaluar los resultados con mayor rigor.
El progreso es especialmente relevante cuando el objetivo es producir evidencia auditable sin inflar los datos.
conclusiones.

La dimensión institucional también merece atención: las iniciativas comunitarias con frecuencia
Dependen del liderazgo individual y de la memoria organizacional, lo que los hace vulnerables al cambio.
Equipo y contexto. El lenguaje de los indicadores y la auditoría ligera reducen esta debilidad mediante la transformación.
gobernanza rutinaria y permitir correcciones incrementales basadas en señales operativas, no en
Percepciones aisladas. En resumen, la calidad de la atención y la calidad del servicio son inseparables;
Cuando el proceso no es sostenible, la atención tiende a fragmentarse.

7. Consideraciones finales

La organización comunitaria de la atención a las heridas crónicas requiere continuidad y coordinación.
Registro de datos multiprofesional y disciplinado. Estructuración del servicio como una vía de atención, con
ingreso organizado, evaluación mínimamente estandarizada, gestión de recursos, educación del paciente y
seguimiento longitudinal con criterios de derivación: crea condiciones operativas para
Para reducir la variabilidad y mantener la atención a lo largo del tiempo.

El avance metodológico crucial es transformar la práctica en datos: formularios estandarizados,
Los indicadores periódicos y una perspectiva de futuro nos permiten pasar de la descripción del servicio a su evaluación.
incremental, comenzando con la consistencia del proceso y los resultados de la implementación y avanzando,
progresivamente, hacia resultados clínicos y experienciales. En las iniciativas comunitarias, esto
La secuencialidad suele ser la línea divisoria entre las acciones puntuales y los servicios sostenibles capaces de mantener
Calidad, aprendizaje a partir del propio funcionamiento y capacidad de replicación.

Referencias

ALCÂNTARA, MS; et al. Práctica colaborativa interprofesional en entornos de salud comunitarios: perspectivas de implementación. Journal of Interprofessional Care, 2018.

DAMSchroder, L.J.; ARON, DC; KEITH, RE; KIRSH, SR; ALEXANDER, JA; LOWERY, JC Fomento de la implementación de los hallazgos de la investigación en servicios de salud en la práctica: Un marco consolidado para el avance de la ciencia de la implementación. Implementation Science, 4, 50, 2009.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención: ¿Cómo se puede evaluar? JAMA, 260(12), 1743–1748, 1988.

FIXSEN, DL; NAOOM, SF; BLAE, K. A.; FRIEDMAN, RM; WALLACE, F. Investigación sobre la implementación: una síntesis de la literatura. Tampa: Universidad del Sur de Florida, 2005.

GLASGOW, RE; VOGT, TM; BOLES, SM Evaluación del impacto en la salud pública de la salud

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

Intervenciones de promoción: El marco RE-AIM. American Journal of Public Health, 89(9), 1322–1327, 1999.

GLASGOW, RE; HARDEN, SM; GAGLIO, B.; et al. Marco de planificación y evaluación RE-AIM: adaptación a los nuevos avances científicos y prácticos con una revisión de 20 años. Frontiers in Public Health, 7, 64, 2019.

HARRIES, RL; BOSANQUET, DC; HARDING, KG Preparación del lecho de la herida: ES HORA de una actualización. International Wound Journal, 13(S3), 8–14, 2016.

Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético (IWGDF). Directrices sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad del pie diabético. Actualización, 2023.

MILLS, JL; CONTE, MS; ARMSTRONG, DG; et al. Sistema de clasificación de extremidades inferiores amenazadas de la Sociedad de Cirugía Vascular: estratificación del riesgo basada en la herida, la isquemia y la infección del pie (WIfI). Journal of Vascular Surgery, 59(1), 220–234.e2, 2014.

MUSUUZA, J.; SUTHERLAND, B.L.; KURTER, S.; et al. Una revisión sistemática de equipos multidisciplinarios para reducir las amputaciones mayores en pacientes con úlceras del pie diabético. Journal of Vascular Surgery, 71(4), 1433–1446.e3, 2020.

PANEL ASESOR NACIONAL SOBRE LESIONES POR PRESIÓN (NPIAP); PANEL ASESOR EUROPEO SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN (EPUAP); ALIANZA PANPACÍFICA SOBRE LESIONES POR PRESIÓN (PPPIA). Prevención y tratamiento de úlceras/lesiones por presión: Guía de práctica clínica. 2019.

NUSSBAUM, SR; CARTER, MJ; FIFE, CE; et al. Una evaluación económica del impacto, el costo y las implicaciones políticas de Medicare de las heridas crónicas que no cicatrizan. Value in Health, 21(1), 27–32, 2018.

OGRINC, G.; DAVIES, L.; GOODMAN, D.; et al. SQUIRE 2.0 (Estándares para la Excelencia en la Notificación de la Mejora de la Calidad): Directrices de publicación revisadas. BMJ Quality & Safety, 25(12), 986–992, 2016.

PINNOCK, H.; BARWICK, M.; CARPENTER, CR; et al. Declaración sobre las normas para la presentación de informes de estudios de implementación (StaRI). BMJ, 356, i6795, 2017.

POWELL, B.J.; WALTZ, T.J.; CHINMAN, MJ; et al. Una compilación refinada de estrategias de implementación: Resultados del proyecto ERIC. Implementation Science, 10, 21, 2015.

PRICE, P.; HARDING, K. Escala de impacto de heridas de Cardiff: desarrollo de un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en heridas crónicas. International Wound Journal, 1(1), 10–17, 2004.

PROCTOR, E.; SILMERE, H.; RAGHAVAN, R.; et al. Resultados de la investigación sobre implementación: distinciones conceptuales, desafíos de medición y agenda de investigación. Administración y Política en Salud Mental e Investigación de Servicios de Salud Mental, 38(2), 65–76, 2011.

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VI, vol. 1 2026 | Envío: 01/03/2026 | Aceptado: 03/03/2026 | Publicación: 04/03/2026

ROGERS, L. C.; ANDROS, G.; CAPORUSSO, J.; et al. Dedo del pie y flujo: componentes esenciales y estructura del equipo de prevención de amputaciones. Journal of Vascular Surgery, 52(3 Suppl), 23S–27S, 2010.

SEN, C.K.; GORDILLO, GM; ROY, S.; et al. Heridas en la piel humana: Una grave amenaza creciente para la salud pública y la economía. Reparación y regeneración de heridas, 17(6), 763–771, 2009.

SIBBALD, RG; et al. Preparación del lecho de la herida y manejo de heridas crónicas: actualizaciones contemporáneas. Avances en el cuidado de la piel y las heridas, 2021.

THOMAS, DR; RODEHEAVER, GT; BARTOLUCCI, AA; et al. Escala de Úlceras por Presión para la Cicatrización (Herramienta PUSH): derivación y validación. Advances in Wound Care, 10(5), 96–101, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Marco de acción sobre educación interprofesional y práctica colaborativa. Ginebra: OMS, 2010.

SOCIEDAD DE ENFERMERAS DE HERIDAS, OSTOMÍAS Y CONTINENCIA (WOCN). Guía para la prevención y el manejo de las úlceras por presión y las prácticas de cuidado de heridas.

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.