

PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS DE FUENTERROBLES.

PREVALENCE OF PRESSURE ULCERS IN THE POPULATION OLDER THAN 75 YEARS OF FUENTERROBLES

Autor: Lorena Martínez Valle

Enfermera de Atención Primaria. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas. Departamento de Salud de Requena. Agència Valenciana de Salut.

Contacto: Lore_Roja20@hotmail.com

Fecha de recepción: 4/07/2017
Fecha de aceptación: 30/08/2017

RESUMEN:

Objetivo: conocer la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en las personas mayores de 75 años adscritos al centro de salud de Fuentesrobles (Valencia).

Métodos: estudio epidemiológico de prevalencia. Elaboración de un cuestionario específico ad hoc. Determinación del riesgo de UPP mediante la escala de Braden. Análisis estadístico descriptivo y de dispersión.

Resultados: Han participado 88 personas (95%); el 51,1% eran hombres. La edad media fue de $82,09 \pm 5,2$ años. El riesgo de desarrollar UPP fue: "alto" en el 7,6% de los pacientes; "moderado" en el 8,7% y "bajo" en el 79,3%. La prevalencia de UPP fue del 3,4%. Las localizaciones más frecuentes fueron talón y sacro. Según la gravedad de las lesiones; predomina el estadio III, con un 50% de los afectados.

Conclusiones: se da mayor riesgo de UPP entre las mujeres. Observamos una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el grado de dependencia y padecer UPP; así como por el tipo de cuidador. Los resultados obtenidos son semejantes a estudios desarrollados en Atención primaria, enmarcado en el ámbito rural.

Palabras clave: úlcera por presión, centro de salud, anciano, prevalencia.

ABSTRACT:

Objective: to know the prevalence of pressure ulcers (PU) in people older than 75 years attached to the health center of Fuentesrobles (Valencia).

Methods: an epidemiological study of prevalence. Preparation of an ad hoc specific questionnaire. Determination of the risk of PU by the Braden scale. Descriptive and dispersive statistical analysis.

Results: 88 people participated (95%); 51.1% were men. The mean age was 82.09 ± 5.2 years. The risk of developing UPP was "high" in 7.6% of patients; "Moderate" in 8.7% and "low" in 79.3%. The prevalence of PU was 3.4%. The most frequent locations were heel and sacrum. According to the severity of the lesions; stage III predominates, with 50% of those affected.

Conclusions: there is a higher risk of PU among women. We observed a significant association ($p < 0.05$) between the degree of dependence and suffering from UPP; as well as by the type of caregiver. The results obtained are similar to studies developed in primary care, framed in the rural environment.

Keywords: pressure ulcer, health center, elderly, prevalence.

INTRODUCCIÓN:

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano; siendo el referente de la percepción (sensaciones térmicas: frío, calor...), de la expresión (refleja la timidez, el temor...), de la inmunidad, pero sobretodo actúa como barrera natural protectora. Pero como cualquier órgano con el paso del tiempo se va debilitando, si a eso le sumamos agresiones, externas y/o internas, de forma repetida o mantenidas a lo largo de un periodo de tiempo pueden alterar esa barrera y provocar un deterioro de la integridad cutánea y tisular. Siendo los profesionales sanitarios los encargados de tratar de prevenir su desarrollo y evolución ⁽¹⁾.

La úlcera por presión (UPP), según el NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), es una lesión localizada en la piel o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo presión

en combinación con la cizalla) que se tiene que resolver con una cicatrización de segunda intención⁽²⁾.

Antiguamente esta patología era contemplada como un proceso banal e inevitable en las personas de edad avanzada, especialmente aquellas en situación terminal o de inmovilidad, para pasar a considerarse en la actualidad un accidente asistencial previsible⁽³⁾. Esta epidemia viva que en este momento representa un importante problema de salud pública, así como de impacto social; tanto para los profesionales sanitarios como para el global de esta sociedad del bienestar en la que vivimos, provocando un deterioro de la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar al mismo tiempo de agravar su pronóstico y situación clínica⁽⁴⁾. En España, se estiman que 165 muertes de cada 100.000 han estado relacionadas con UPP⁽⁵⁾.

En las “Estrategias de Seguridad del Paciente”, las UPP son consideradas como un efecto desencadenante de mala praxis asistencial; ya que entre un 95-98 % son prevenibles⁽⁶⁾. Se deberá de analizar los posibles fallos del Sistema Sanitario y las condiciones que puedan favorecer su aparición para eliminarlos. Existen diversidad de medidas terapéuticas para prevenir su aparición, así como tratamientos efectivos (dependiendo de la clasificación en la categoría) para permitir reducir su incidencia mejorando los indicadores de calidad asistencial⁽⁷⁾.

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las cifras de incidencia y prevalencia de las UPP como los indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería prestados. Queda referenciado en el 8º Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2006-2010); en el que se propone: “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los Centros Sanitarios del Sistema Nacional de Salud” y dentro del objetivo 8.3 se plantea “implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas”; una de ellas es la de “prevenir las UPP en pacientes de riesgo”⁽⁸⁾.

Por otra parte, se ha demostrado que cuando no se han dado los mecanismos adecuados para una correcta prevención, el tratamiento con mejores resultados es una cura en ambiente húmedo. De la misma manera, se ha considerado trascendental unificar y establecer líneas de

actuación comunitarias para obtener los mejores resultados en el menor tiempo posibles y con un consumo racional y responsable de los recursos sanitarios⁽²⁾.

La Consellería de Sanidad y Política Social, de la Generalitat Valenciana, desarrolló en el año 2012 la guía de práctica clínica (GPC) para determinar las intervenciones preventivas o terapéuticas disponibles para el cuidado de las personas con UPP o en riesgo de padecerlas especialmente dirigida a los profesionales sanitarios, principalmente a la enfermería⁽⁹⁾.

El Sistema de Salud actual, enmarcado en un contexto de calidad, demanda un plan individualizado e integral dirigido hacia la prevención y el tratamiento precoz de las personas con UPP o riesgo de padecerla. Por lo que el Departamento de Salud de Requena, concretamente la Comisión CATIC (Comisión de actuación y cuidados en la prevención del deterioro de la integridad cutánea), para satisfacer esta demanda llevo a cabo un protocolo de actuación para implantar en todas las unidades de enfermería de la comarca un plan de medidas y cuidados unificados de prevención de esta patología; dar a conocer las escalas de valoración de su riesgo; poder identificar a todos los pacientes de riesgo de forma precoz además de evaluar los recursos necesarios para poder aplicar las medidas de prevención adecuadas.

A pesar de la importancia y transcendencia del problema de salud pública y de la diversidad de guías clínicas que se han desarrollado para combatir esta epidemia, actualmente existen muy pocos estudios donde su objetivo sea conocer la prevalencia. No obstante, es alarmante, la exclusión de los estudios donde su ámbito sea de tipo rural. Esta fue una de las razones que nos llevó a realizar un estudio con estas características además de la labor primordial que realiza todo el equipo de Atención Primaria para prevenir estas patologías y que la mayoría de veces pasa desapercibida.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia de UPP en los pacientes mayores de 75 años adscritos al centro de salud de Fuenterrobles (Valencia) para mejorar la calidad de la prevención y el tratamiento cuando no se pueda evitar.

METODOLOGÍA:

El estudio realizado fue de tipo epidemiológico o cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal de la prevalencia de UPP en la población de Fuenterrobles durante el periodo de tiempo que abarca del 3 de abril del 2017 hasta el 28 de abril del 2017.

El estudio se llevó a cabo en el Centro Auxiliar de Salud de Fuenterrobles, ubicado en la comarca La Plana Utiel-Requena, al oeste la provincia de Valencia. Dicho centro pertenece al área de salud 2 (Caudete de las Fuentes) y al departamento 8, Requena. El departamento de Salud de Requena ofrece asistencia a 18 municipios que están divididos en 5 Zonas Básicas de Salud cada una de las cuales tiene asignado un centro de salud de cabecera y así como en algunos casos consultorios auxiliares, todos tienen al Hospital General de Requena como hospital referente. Debido a la extensión que abarca se confiere como el departamento con mayor dispersión de toda la Comunidad Valenciana.

La Zona de Básica de Salud II está compuesta por el Centro de Salud de Caudete de las Fuentes y los centros auxiliares de: Camporrobles, Fuenterrobles, Venta del Moro y todas sus aldeas, y Villargordo del Cabriel. El Centro Auxiliar de Salud de Fuenterrobles tiene una médica generalista y enfermería todos los días laborables con un horario de 8 a 15 horas; la especialidad de pediatría y matrona se limita a un día por semana. Para urgencias fuera de este horario se deberán de desplazar al centro de atención continuada localizado en Centro de Salud de Utiel (con una distancia de 18,5 km).

Previo al estudio, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el deterioro de la integridad cutánea y tisular, haciendo hincapié en las UPP, y una revisión documental de las mejores y más actuales evidencias y recomendaciones de práctica clínica sobre prevención UPP. La búsqueda bibliográfica de artículos, guías y otros documentos relacionados con la temática de estudio incluyó las principales bases de datos españolas e internacionales (EmBase, PubMed, Scirus, CUIDEN Plus, MEDES y Cochrane) varios repositorios (Dialnet Plus y Latindex) metabuscadores de recursos especializados en salud (Google Scholar), diferentes hemerotecas electrónicas (SciELO); así como consulta de libros y los portales Sanitarios del SNS.

La estrategia de búsqueda se limitó a un periodo de 15 años (2002-2017) utilizándose para ello los siguientes descriptores MeSH y operadores Booleanos “pressure ulcer” AND “epidemiology”. También se usaron los descriptores de la salud DeSC: “Úlcera por presión”, “guía de práctica clínica” combinados con texto libre: “UPP” y descriptores MeSH “decubitus ulcer” OR “pressure ulcer” OR “risk assessment” OR “Wound” OR “Geriatrics Methods” OR “Braden” OR “Costs”. Además, se revisaron las principales Guías de Práctica Clínica sobre el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular Vigentes relacionadas con las UPP y sobretodo el protocolo de prevención y tratamiento del departamento de salud de Requena.

Se seleccionaron aquellos documentos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión/ exclusión:

- Idioma: inglés y español.
- Temática: UPP, úlceras/lesiones cutáneas y heridas crónicas relacionados con los cuidados/mantenimiento de la piel.
- Tipo de estudios: estudios de revisión, estudios observacionales y casos clínicos.
- Guías de práctica clínica, guías de consenso y protocolos.
- Vigencia: artículos y documentos publicados en los últimos 15 años; a partir del 2002. En relación a las Guías Práctica clínica no se limitaron a un periodo de tiempo exclusivo; ya que las que hay actualmente no son muy recientes.
- Accesibilidad: se tuvieron en cuenta los documentos de acceso libre como aquellos de pago.

La población de estudio fue constituida por todas las personas mayores de 75 años que estaban empadronadas en la población de Fuenterrobles, y que además su centro de salud es el de dicha localidad. Los motivos por los que se seleccionó dicha población fueron debidos a los criterios de probabilidad de desarrollar úlceras establecidos en el Protocolo del CATIC para su prevención.

A la hora de elegir las distintas variables del estudio se tuvo en cuenta las recomendaciones de la GNEAUPP y se añadieron alguna variable de

otros estudios y de las directrices del departamento. Así pues, las variables analizadas en los pacientes han sido las siguientes:

- Sexo: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Edad: cuantitativa, razón, discreta.
- Domicilio: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Cuidador: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Relación del cuidador con el paciente: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Estudios del cuidador: cualitativa, ordinal, politémica.
- Situación laboral del cuidador: cualitativa, ordinal, politémica.
- Escalas para medir los índices: Barthel, Comorbilidad de Charlson, Braden y MNA: cualitativa, nominal, discreta.
- Estrategias de prevención: cualitativa, nominal, discreta.
- Úlcera: cualitativa, nominal, dicotómica

Para el estudio de campo, la recogida de datos se realiza en dos bloques: el primero de ellos, se extrajeron aquellos datos importantes que aparecían en el sistema informático del consultorio de la localidad (programa ABUCASIS) referente a la población mayor de 75 años, ya que es uno de los criterios que utiliza el Departamento de Requena como cribaje; y el segundo, se concertó una cita con estos pacientes para pasarles una serie de escalas: un cuestionario para la recogida de variables sociodemográficas (sexo, edad, enfermedad principal o enfermedades, cuidador y su parentesco, así como la edad y el trabajo que realiza) y la escala de Braden (escala de referencia desde el CATIC) identifica el riesgo de desarrollar UPP. En caso de presentar la UPP se identificará su grado, localización anatómica y las medidas de prevención aplicadas.

El análisis estadístico para determinar la prevalencia de desarrollar UPP y datos sobre los cuidadores y las estrategias de prevención aplicadas ha sido de tipo descriptivo, a través de medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes) con un intervalo de confianza del 95%; así como estadística inferencial (T de Student y ANOVA) para la comparación de los diferentes grupos.

Para el análisis estadístico de los cuestionarios (variables cuantitativas) se han comparado la media y la desviación típica-estándar utilizando la Correlación de Pearson.

Se consideraron que los resultados eran estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$. Para la evaluación estadística del resto de variables (incidencia /prevalencia de UPP, etc.) el análisis consistió en hallar las medidas de tendencia central y de dispersión para un intervalo de confianza del 95%. La información aportada por el cuestionario fue introducida y analizada en el programa estadístico SPSS 13.0, y su posterior representación mediante gráficos.

RESULTADOS:

La participación resultante fue del 95,7% del total de la población mayor de 75 años de Fuenterrrobles. Esta cifra corresponde a un total de 88 participantes; siendo la población total en esta franja de edad de 92 personas.

En relación a las 4 personas perdidas, es decir, que no participaron en dicha investigación, fueron debido a que 3 de ellos residían fuera del pueblo; concretamente, en la ciudad de Valencia, y otra, estaba internada en la Residencia de Ancianos de Requena. La distribución de la muestra fue un total de 88 personas participantes; 47 eran varones, siendo su equivalencia del 51,1 % y 41 eran mujeres, siendo su porcentaje del 44,6%.

La media de edad de la población estudiada ha sido de 82,09 años, con una desviación estándar de $\pm 5,2$ años. El intervalo de edad estuvo entre los 75 y 100 años, la moda fue de 82 años. La media de edad de los hombres fue de 81 años, con una desviación típica (desviación estándar o DE) ± 5 años; rango de 75-92 años. Entre las mujeres, la media de edad fue de 83 años, con una DE ± 6 años; rango de 75-100 años. La distribución de los participantes en relación a la edad y sexo se pueden observar en la Imagen 1^(Imagen 1).

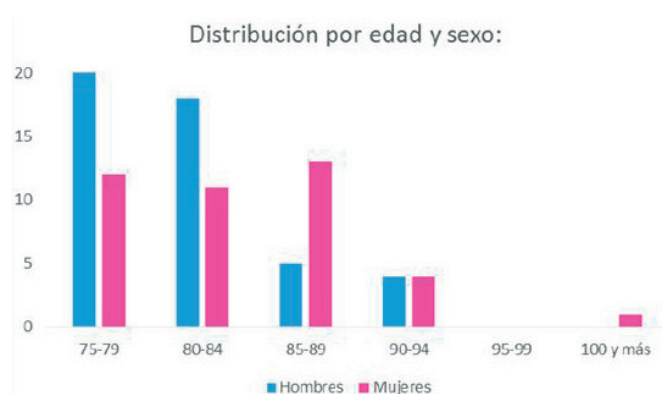


Imagen 1. Distribución del sexo y edad de la población a estudio.

Referente al domicilio de los participantes, 82 personas (89%) predomina la característica que el domicilio es propio de la persona o de su conyugue; mientras que únicamente 6 participantes su domicilio habitual era en una casa que no era de su propiedad, representando un porcentaje del 4,3 %.

Los resultados sobre si tienen o no la figura de un cuidador y la relación de parentesco (imagen 2), fue bastante desproporcionado ya que el 60,9% de los participantes no tenía, aunque tuviera algún grado severo de discapacidad. Únicamente un 34,8% poseía dicha figura. La relación de los cuidadores con la persona a cuidar era en su mayoría de tipo familiar (29,3%) y únicamente un 5,4% no tenían ningún tipo de parentesco familiar con su cuidador.

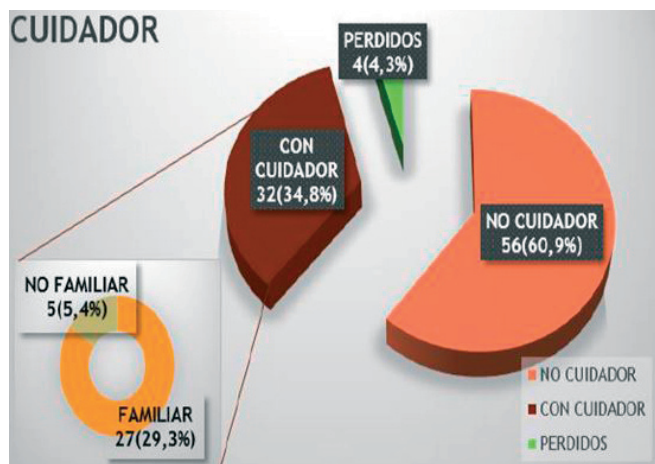


Imagen 2. Distribución de los cuidadores y su parentesco.

En relación a los estudios que poseían dichos cuidadores, el 32,6% tenían el graduado escolar exclusivamente; 1,1% un ciclo formativo medio, específicamente de auxiliar de enfermería; y un 1,1% estudios universitarios, concretamente magisterio. Destacar que la mayoría de los residentes del pueblo no tienen estudios de ciclos formativos ni universitarios; ya que muchos de ellos tuvieron que dedicarse al trabajo familiar sin obtener la posibilidad de estudiar y otros, se acomodaron a las labores de agricultura y ganadería.

La situación laboral de los cuidadores resultó ser muy desigual; ya que un 18,5 % estaban jubilados mientras al 15,2 % se encontraba en situación activa para poder trabajar, aunque la mayoría eran amas de casa. Solo un 1,1% manifestó estar desempleado buscando trabajo.

En la imagen 3 (imagen 3) se puede observar la tabla resumen de los Índices de Barthel, Charlson y Escala de Braden.

Análisis estadístico	Muestra	Índice de Barthel	Índice de Charlson	Escala de Braden
N	Válidos	88	88	88
	Perdidos	4	4	4
Frecuencia absoluta		88	88	88
Media		80,74	1,98	19,33
Error tip. de la media		2,676	0,136	0,369
Mediana		95	2	21
Moda		100	1	22
Desv. típ.		25,104	1,277	3,463
Varianza		630,195	1,632	11,994
Asimetría		-1,339	0,958	-1,229
Error tip. de asimetría		0,257	0,257	0,257
Curtosis		0,756	0,34	0,309
Error tip. de curtosis		0,508	0,508	0,508
Rango		85	6	12
Mínimo		15	0	10
Máximo		100	6	22
Suma		7105	174	1701

Imagen 3. Análisis estadístico de las escalas de Barthel, Charlson y Braden.

Los datos obtenidos en las puntuaciones del Índice de Barthel más significativas se pueden resumir de la siguiente forma: la media de puntuación fue muy alta situándose en 80,74 con una DE \pm 25,1; matizando la puntuación 15 como el valor mínimo y 100 como el valor máximo. Esta escala se puntúa del 0 al 100; a mayor puntuación la persona es más independiente. La mayor frecuencia de 100 la obtuvo un total de 35 participantes con un porcentaje de 38. La frecuencia menos repetida tiene varias puntuaciones como 30, 45, 55. Un dato relevante que 2 de los participantes tenían una puntuación de 15 lo cual indica que tiene una dependencia total.

Los distintos grados de dependencia que sufren las personas sometidas al estudio queda reflejado en la imagen 4 (imagen 4). Los resultados obtenidos muestran una distribución de mayor a menor proporción: un total de 39 de los casos (42,4%) tiene una dependencia leve; 35 casos (38%) manifiestan independencia; 5 casos (5,4 %) sufren una dependencia moderada; 5 casos (5,4%) sufren una dependencia total, y 4 casos (4,3%) sufren una dependencia grave.

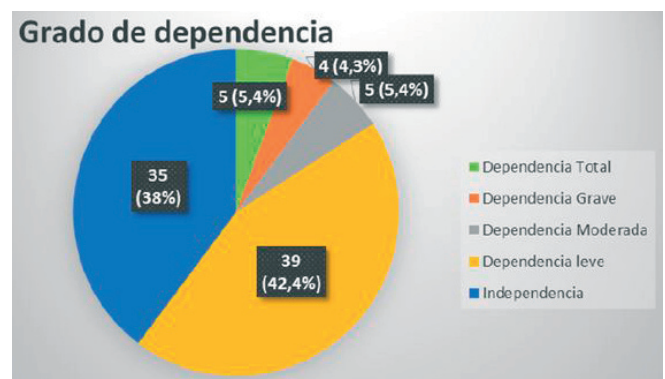


Imagen 4. Distribución de grados de dependencia.

Los datos obtenidos en el Índice de Charlson fueron: la media de 1,98 con una DE \pm 1,27; siendo el valor mínimo 0 y el máximo 6. Esta escala puntúa una serie de enfermedades con una determinada puntuación y así determinar el grado de comorbilidad del paciente. Los resultados obtenidos en el Índice de Charlson más representativos fueron: la media obtuvo una puntuación de 1,98 con una desviación típica de \pm 1,277; encontrándose en sus extremos valores mínimos de 0 y máximos de 6. Esta escala puntúa determinadas patologías características de los ancianos con 1,2,3 y 6 puntos dependiendo la grave de la enfermedad; más puntuación más patología padece la persona y más riesgo de mortalidad y comorbilidades graves. En la figura 6.12 se refleja que el valor con mayor frecuencia es 1 mientras que el de valor es 6, con un caso exclusivamente.

Los datos obtenidos en la escala de Braden: la media de 19,33 con una DE \pm 3,46; teniendo el valor mínimo en 10 y el máximo en 22. Esta escala valora el riesgo de desarrollar UPP, a menos puntuación mayor riesgo de desarrollarla. Los datos revelan para la Escala de Braden que se obtuvo una puntuación media de 19,33 siendo un dato muy característico porque revela que la población tiene un bajo riesgo de padecer UPP; siendo su desviación típica de 3,463. En los extremos encontramos la puntuación de 10 (significa que hay un riesgo alto de desarrollar UPP) y 22. La distribución de esta escala determina que a más puntuación menor riesgo de desarrollar UPP. En la figura 6.13 se recogen los resultados que muestran que la mayor frecuencia se obtiene con la puntuación 22 y la menor igualmente es obtenida por varias puntuaciones como son 12 y 18. Es importante destacar que la menor puntuación obtenida (siendo 10) tiene una frecuencia de 3 casos.

En la imagen 5 (imagen 5) muestra el riesgo que tienen los participantes de sufrir UPP con los ítems que estudia la escala de Braden. Después de analizar la puntuación se obtuvo el siguiente gráfico que muestra como casi el 80 % de los participantes tiene un riesgo bajo de sufrir este tipo de patología, pero en contra casi un 16 % tiene un riesgo moderado o alto, casi a una proporción de la mitad cada uno de los riesgos.

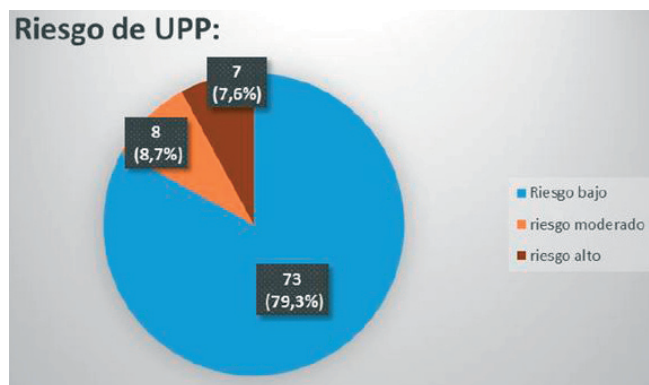


Imagen 5. Riesgo de UPP.

Centrándonos en las UPP obtenemos que únicamente 3 de los participantes tenían esta patología del total de 88 que participaron en el estudio; como queda reflejado en la figura 6.15. Así que resulta una prevalencia de UPP en la población mayor de 75 años en Fuenterrobles del 3,4 % y un número de 2 UPP por paciente ulcerado.

En relación a las características de las personas del estudio que sufren UPP, en la imagen 6 (imagen 6) podemos observar una tabla resumen, de ellos, los datos más representativos fueron:

- El 66,6% de las UPP son padecidas por el sexo femenino frente al 33,3% del masculino.
- La edad media 86,3 con una DE \pm 5,68.
- El domicilio del participante era propio en los tres casos.
- Todos presentan la figura del cuidador, su relación es de tipo familiar y únicamente poseen el graduado escolar; se aprecian cambios en cuanto a la situación, el 66,6 están jubilados frente al 33,3 % que es encuentra en situación activa
- Los datos obtenidos con el Índice de Barthel sitúa a estos pacientes en una situación de dependencia (el 66 % la tiene grave mientras que un 33 % es total). A partir de esta escala también se determinó si los pacientes eran continentes o incontinentes a la orina; se obtuvo el resultado que todos eran incontinentes.
- El Índice de Charlson no es muy elevado; por lo que las patologías que acompañan a estos pacientes no son muy graves o no se encuentran en la lista.
- El riesgo de sufrir malnutrición (mediante el test MNA) únicamente se podía apreciar en una de las participantes.
- El riesgo de desarrollar UPP (Escala de Braden) era alto en el 33 % de los pacientes que ya las presentaban UPP y moderado, en el otro 66 %.

- La distribución de las localizaciones más frecuentes fue en los talones, 3 casos, y 1 en el sacro.
- La gravedad de las lesiones fue muy heterogénea; ya que cada una de las UPP presentaba un grado, siendo estos grados I, II y III respectivamente.

Características	Participantes		
Edad	88	82	91
sexo	Mujer	Hombre	Mujer
domicilio	Propio	propio	No propio
Cuidador	si	Si	si
Relación	Familiar	Familiar	Familiar
Estudios	Graduado escolar	Graduado escolar	Graduado escolar
Situación laboral	Jubilado	Jubilado	Activo
Ind.Barhtel	15	25	25
Dependencia	Total	Grave	Grave
Ind.Charlson	4	1	2
Esc.Braden	14	14	10
Riesgo	Moderado	Moderado	Alto
Med.Prev	Riesgo. Bajo	Riesgo Bajo	riesgo Bajo
MNA	Nutrición Normal	Nutrición Normal	riesgo de Mainutrición
UPP	si	si	si
Localización	Sacro /talones	Talón	talones
Gravedad	Grado 2	Grado 1	Grado 3
Incontinencia	Si	Si	si

Imagen 6. Características de la población con riesgo de UPP.

Los datos más significativos después de comparar varias variables con la aparición de UPP quedaron reflejados en las imágenes 7 y 8 (imágenes 7y8). El grado de dependencia, la presencia del cuidador y la relación del cuidador está relacionado con la presencia de UPP; aunque esta relación es muy pequeña y no se podría extrapolar los resultados.

Relación del Grado de Dependencia con UPP			
Grado de dependencia	UPP		total
	NO	SI	
Dep. Total	4	1	5
Dep.Grave	2	2	4
Dep.Moderada	5	0	5
Dep.leve	39	0	39
Independencia	35	0	35
Total	85	3	88

Pruebas Chi-cuadrado:					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,336(a)	4	0		
Razón de verosimilitudes	15,62	4	0,004		
Asociación lineal por lineal	15,662	1	0		
N de casos válidos	88				

Imagen 7. Relación grado de dependencia con UPP.

Presencia de cuidador con UPP:				
CUIDADOR		UPP		Total
		NO	SI	
	NO CUIDADOR	56	0	56
	CON CUIDADOR	29	3	32
Total		85	3	88

Prueba de Chi-cuadrado:					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,435(b)	1	,020		
Corrección por continuidad(a)	2,961	1	,085		
Razón de verosimilitudes	6,257	1	,012		
Estadístico exacto de Fisher				,045	,045
Asociación lineal por lineal	5,374	1	,020		
N de casos válidos	88				

Imagen 8. Relación presencia de cuidador y persona con UPP.

DISCUSIÓN:

Las UPP representan un importante problema de salud pública debido al elevado porcentaje de personas afectadas en todo el mundo; asimismo puede llegar a perturbar la salud y la calidad de vida llegando a conducir a una discapacidad o incluso la muerte. El conocimiento de la epidemiología de las UPP es un instrumento básico, en todos los niveles de salud, para poder diseñar unas políticas sociosanitarias orientadas al estudio de este problema, especialmente en la población anciana, y llevar a realizar una adecuada prevención (10).

La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia de UPP para confirmar si las medidas preventivas que está llevando a cabo por parte del departamento de Requena, y en especial por el Consultorio Auxiliar de Fuenterrobles, se están cumpliendo debido a que "el problema de las UPP debe centrarse en medidas preventivas, ya que el 95% de las lesiones son evitables" (11). La dificultad que surgen en estas poblaciones rurales es que enfermería no está 24 horas al día en la casa con el paciente y en determinadas ocasiones, los familiares bien por desconocimiento o por despreocupación no realizan las pautas que enfermería les ha explicado y recomendado para el cuidado de su familiar. Nuestra responsabilidad, como enfermeros, es asegurarnos de tener los conocimientos y la experiencia práctica necesarios para transmitirlos y concienciar a los cuidadores para que ofrezcan las mejores condiciones a nuestros pacientes y obtener el máximo beneficio para ofrecer la mejor calidad de los cuidados.

El cálculo de la prevalencia en nuestro estudio se ha realizado tomando como población total al número de personas mayores de 75 años que han participado en dicho estudio, lo cual nos da un índice de prevalencia cruda (PC) del 3,4 % que en un principio no se puede considerar una cifra elevada. La problemática se instauró al comparar estos resultados con otros estudios que tuvieran las mismas características ya que resultó ser una etapa muy complicada; debido a que la mayoría aportaba otras variables o características distintas. A pesar de las dificultades encontradas seleccionamos algunos estudios que cumplía bastante de las características del nuestro y nos podrían acercar a una dimensión más probable del problema.

La cifra de PC es muy inferior si se compara con otros estudios similares que se han desarrollado en el ámbito de Atención Primaria como los llevados a cabo en una zona rural de Málaga obteniendo una prevalencia de 12,9 %⁽¹²⁾; en una zona rural de la provincia de Cádiz con una prevalencia de 9,3%⁽¹³⁾; en centros de las Islas Baleares destacando una prevalencia del 12,6 %⁽¹⁴⁾; en el servicio de atención domiciliaria de una zona básica de salud de Piloña (Asturias), la prevalencia fue de 12,7%⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP⁽¹⁶⁾ que divide a la AP en distinto ámbito geográfico se obtiene una PC distribuida de la siguiente forma: centros rurales 6,79%; centros urbanos 9,5%; y los centros mixtos 8,35%. Estas cifras nos parecen sorprendentes si las comparamos con los mismos estudios en años anteriores; como por ejemplo en 2005 la PC fue de 3,73%; o en 2009, de 5,89%.

No podemos dar una explicación clara sobre estos datos pero se barajan varias hipótesis al respecto: la crisis económica y los recortes sanitarios hayan experimentado una gran mella en estos centros, afectando a los recursos humanos como materiales; o los datos no expresan la realidad de la situación, como explican en los artículos “el hecho de que las personas que han respondido el cuestionario sean en su mayoría miembros del GNEAUPP, puede suponer para el estudio un posible sesgo a la baja, ya que se trataría de personas con una mayor sensibilidad ante el problema de las UPP”. Sin embargo, “el hecho de que sean los profesionales y las instituciones quienes faciliten los datos de prevalencia, nos presenta una información bastante fidedigna”⁽¹⁷⁾.

Según nuestro estudio de investigación, hay un promedio de 2 UPP por cada paciente ulcerado. Algo inferior al descrito en los pacientes con UPP en una UCI donde hay un promedio de 2,2 UPP⁽¹⁸⁾. Estos resultados son curiosos debido a que prácticamente se tienen el mismo número de úlceras que los pacientes de una unidad especial de hospitalización con graves patologías.

Los datos obtenidos en relación a la edad media de nuestros participantes fueron de $82,09 \pm 5,2$ años y la de los que presentaban UPP de $86,3 \pm 5,68$ años. Algo superior a lo descrito en 2011 por Nieto García et.al⁽¹³⁾. En pacientes con UPP en el estudio de Cádiz, que fue de $77,7 \pm 12$ años y $82,7 \pm 9$, respectivamente. Estas cifras están muy alejadas de la edad media del 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP que la sitúa en torno a los $79,3 \pm 13,6$ años⁽¹⁶⁾. Esta característica puede verse afectado por la reducida muestra de nuestro estudio y la particularidad de que la población debía tener 75 años o más.

En referencia al sexo, podemos destacar que las UPP afectan en una mayor proporción al sexo femenino; cualidad que se ha confirmado en todos los estudios consultados y comparados. Los porcentajes que representan el sexo femenino se localizan en torno a 2 de cada 3 UPP las padecen las mujeres. “Esta prevalencia mayor en mujeres parece debida probablemente a su mayor supervivencia, que no siempre va asociada a una buena calidad de vida”⁽¹⁰⁾.

La figura del cuidador en nuestro estudio, tanto en los pacientes con UPP o sin ellas, tenía un parentesco mayoritariamente de tipo familiar con estudios únicamente de graduado escolar. Es curioso que aquellas personas que tenían un cuidador sin ningún parentesco, a pesar de los mismos estudios, no haya desarrollado ninguna UPP. Esta conclusión extraída puede deberse a que estos cuidadores lleven a cabo unas medidas preventivas convenientes debido de las repercusiones sociales y económicas que puedan eximirles los familiares; mientras que los de tipo familiar como es una obligación pueden menos preciar los cuidados que ofrecen. Sobre este punto hemos encontrado un trabajo de Estados Unidos en el que se aprecia que hay mayor riesgo de desarrollar UPP si el cuidador principal es un hijo adulto que si lo es la esposa⁽¹³⁾. Es cierto que de las 3 UPP que hemos localizado en los estudios: 2 UPP sus cuidadores eran hijos e hijas de la paciente mientras que exclusivamente 1 UPP era la cuidadora, su esposa.

En referencia a la evaluación del riesgo de padecer UPP, hemos utilizando la Escala de Braden por diversos motivos los cuales me gustaría resaltar: es la escala utilizada por nuestro departamento de salud, la mejor escala validada de las EVRUPP y la más utilizada para AP como se puede observar en el estudio del 2008 de Pancorbo Hidalgo et. al.⁽¹⁹⁾.

Los resultados sobre esta valoración mostraron que de los 3 participantes que tenían UPP: 2 tenían un riesgo moderado, por tanto, representaban al 66,6%, y únicamente 1 quedaba circunscrito en el riesgo alto, obteniendo el 33,3%. Estos datos se contraponen a los datos del estudio de Nieto García et al.⁽¹³⁾ en cual muestra que de las 8 UPP que presentaban sus pacientes: 5 tenían riesgo alto, representando un 62,5%, y 3 con riesgo moderado, teniendo un 37,5%.

Las principales localizaciones de las lesiones en nuestros pacientes son, en primer lugar, los talones, con un total de 5 UPP y en segundo, el sacro, con 1 UPP. Estas principales localizaciones son idénticas a las recogidas por Pancorbo Hidalgo et al. en 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP⁽¹⁶⁾. Sin embargo, los datos observados en diferentes estudios cambian el orden, priorizando el sacro a los talones; como por ejemplo en los estudios de Gálvez Romero et al.⁽¹²⁾, de Nieto García et al.⁽¹³⁾, de Esperón Güimil et al.⁽¹⁸⁾, de Tomás-Vidal et al.⁽¹⁴⁾ o de Soldevilla-Agreda et al, en el Segundo Estudio Nacional⁽²⁰⁾ "En Atención Primaria se atiende en torno al 50 % de las UPP predominando los estadios II-III, los mismos estadios que en pacientes ingresados en residencias geriátricas. En los hospitales, por el contrario, predominan los estadios I-II"⁽¹³⁾. En principio podría pensarse que en el primer nivel son donde menos graves son las UPP, pero se podrían realizar una serie de matizaciones:

- El nivel asistencial en el que más tiempo pasan es AP; por lo que parece lógico que sea el eslabón donde más graves sean cuando aparezcan.
- La distancia de kilómetros hasta el Hospital de Referencia es considerable; concretamente de 42 km, por lo que las personas solo se movilizan por intervenciones quirúrgicas o patologías muy graves.

Destacar un aspecto negativo en nuestro estudio; es lo relacionado a las medidas preventivos enumerados en el cuestionario. Los cuidadores reconocían controlar el aporte nutricional, los cuidados sobre la piel y controlar el exceso de humedad de las personas a las que atendían, pero no estaban sensibilizados de la importancia de los cambios posturales, las protecciones locales o el control de la presión mediante colchones o cojines; a pesar de la repetición constante por parte de enfermería de la realización de estas medidas. Los resultados están muy alejados de los plasmados en los estudios de Nieto García et al.⁽¹³⁾ y de Soldevilla Agrega et al.^(20,21). En estos estudios, los cambios posturales representan entre el 13% y 25% de los casos, siendo porcentajes bajos que se han obtenido un sesgo al alta, ya que son referidos por parte de los propios cuidadores; y como hemos visto en nuestro estudio es nula la importancia que le dan.

Para finalizar; señalar que en el presente estudio tiene cierto grado de fortaleza ya que los datos fueron recogidos por el mismo personal de enfermería previamente formado en UPP y que, en la mayoría de los casos, las valoraciones de la UPP fueron reevaluadas por otro miembro de enfermería, lo cual facilitó la validez de los resultados. Pero también han surgido una serie de limitaciones que me gustaría dejar reflejadas. En primer lugar, la muestra estudiada no es suficiente para poder generalizar los resultados obtenidos sobre prevalencia de UPP. Aunque es evidente que los resultados son semejantes a estudios desarrollados en AP enmarcado en el ámbito rural. En segundo lugar, la realización del estudio en un único contexto sanitario.

CONCLUSIONES:

Nuestro estudio revela una prevalencia de presencia de UPP del 3,4% sobre el total de la población estudiada mayor de 75 años.

- Observamos que en mujeres la prevalencia de padecer UPP alcanza un 66,6 %; que casi duplica a la misma calculada en hombres.
- La edad media de padecer UPP es de 86,3 años con una DE del 5,68.
- Todas cuentan con cuidador siendo su relación familiar y con estudios de graduado escolar. Podemos apreciar que cambia la situación laboral ya que el 66,6% están jubilados mientras que un 33,3 % está en situación activa.

- El Índice de Barthel determina que el 66,6 % de los participantes tiene una dependencia grave frente al 33,3 % que es una dependencia total.
- Únicamente un 33,3 % de pacientes con UPP presentaba riesgo de malnutrición después de pasarle el test MNA.
- Las localizaciones más frecuentes fueron talones, 4 casos y en el sacro, 1 caso.
- La gravedad de las UPP se diferenciaba en los distintos grados; la mayoría se encontraba en grado III, 2 talones y 1 sacro; con el grado II estaba 1 talón; mientras con el grado I estaría otro talón.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIACIÓN:

La autora declara no tener conflictos de interés y que no ha recibido financiación alguna para realizar el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol.* 2013; 7(18-19): 8-13.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevención y tratamiento de úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.
3. Soldevilla Agreda J, Verdú Soriano J, Torra i Bou J. Impacto social y económico de las úlceras por presión. [Internet]. researchgate.net. [Acceso 4 julio de 2017]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/268428358>
4. Alonso Lorente C, Barrasa Villar J, Aibar Remón C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de agudos de tercer nivel (2006-2013). *Rev Calid Asist.* 2015; 30 (3): 135-41. doi: 10.1016/j.cali.2015.01.011
5. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Martínez Cuervo F, Orbeagozo A, Blasco García C, San Sebastián J. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Madrid: Spa; 2004.
6. Rumbo-Prieto JM, Gómez-Coiduras M. Efectos Adversos relacionados con úlceras por presión en la atención socio-sanitaria. *Enferm Dermatol.* 2012; 6 (17): 50-1.
7. Capillas R, Arantón-Areosa L, Fornes Pujarte B, Ruiz, A, Palomar Llatas F. Gestión de los cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
8. Ministerio de Sanidad., servicios sociales e igualdad (MM. SS.). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MM. SS; 2010.
9. Avilés MJ, Sánchez MM, coordinadoras. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerla. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
10. Carbonell Fornés P, Murillo LLorente M. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias. *Gerokomos.* 2015; 26 (2): 63-7. doi: 10.4321/S1134-928X2015000200006
11. Anguera Saperas L, Colodrero Díaz E, García Grau N, Mateo Zapata E, Roca Biosca A, Velasco Guillén M. La educación como pieza clave en la prevención y buena evolución de las úlceras por presión. *Enferm Intensiva.* 2009; 20 (1): 19-26. doi: 10.1016/S1130-2399(09)70663-7
12. Gálvez Romero C, Mayorga Ramos E, Gornemann Schafer I, González Valentín M, Corbachi del Real J, Jimenez Berbel M, Corbacho del Real J. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. *Aten Primaria.* 2002; 30 (6), 357-62.
13. Nieto García J, Revuelta Agudo J, Crespo Castro J, Marín Segura R, Puya Barroso M. Prevalencia de las úlceras por presión en una zona rural de la provincia de Cádiz. *Semergen.* 2011; 37 (6): 275-9. doi: 10.1016/j.semerg.2011.01.005
14. Tomás-Vidal A, Hernández-Yeste M, García-Raya M, Marín-Fernández R, Cardona-Rosello J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clin.* 2011; 21(4):202-9. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.03.005
15. de Con Redondo J, Martínez Cuervo F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. *Gerokomos.* 2009; 20 (2): 92-7.
16. Pancorbo Hidalgo P, García Fernández F, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos.* 2014; 25(4):162-70. doi: 10.4321/S1134-928X2014000400006
17. Rueda Torra i Bou J, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1º Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* *Gerokomos.* 2003; 14(1):37-47.
18. Esperón Güimil J, Angueira Castelo C, Escudero Quiñones A, Ocampo Piñeiro J, Poceiro Salgado S, Vilas Pastoriza M. Monitorización de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Gerokomos.* 2007; 18 (3):142-50.
19. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Soldevilla-Agreda JJ, Martínez-Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. *Gerokomos.* 2008; 19(2): 84-98.
20. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* 2006;17 (3): 154-72.
21. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* *Gerokomos.* 2011; 22 (2): 77-90.