

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS 2013-2018

PREVALENCE EVOLUTION OF DEPENDENCY-RELATED LESIONS FROM UNIVERSITY HOSPITAL OF BURGOS 2013-2018

Autores:  Luis Real-López^(1,2) (*), M^a Eugenia Díez-Esteban^(2,3), Marta Serrano-Hernantes^(2,4), Irene Blasco-Romero^(2,5), Sheila Capa-Santamaría^(2,6), Milagros Santamaría-González^(2,7), Gregorio Garre-Saura⁽⁸⁾, María Orcajo-Bartolomé⁽⁹⁾, Sandra Tapia-Saiz⁽⁹⁾

- (1) Licenciado en Antropología. Máster en Gestión e Investigación en Heridas Crónicas. Enfermero de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de Burgos (HUBU).
 (2) Miembro de la Subcomisión de Heridas del HUBU.
 (3) Grado en Enfermería. Enfermera responsable de la Unidad de Heridas del HUBU. Máster en Gestión e Investigación en Heridas Crónicas.
 (4) Grado en enfermería. Máster en Emergencias Sanitarias y Catástrofes. Enfermera responsable de la Consulta de Educación Diabetológica del HUBU. Experto Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas.
 (5) Grado en Enfermería. Diplomada en Podología. Experto Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Podóloga en la Clínica del Pie Sanypie de Burgos.
 (6) Grado en Enfermería. Enfermera especialista en Pediatría. Diplomada en Terapia Ocupacional. Enfermera de Neonatología del HUBU.
 (7) Enfermera de Cuidados Intensivos del HUBU.
 (8) Enfermero de Área del Centro de Salud de Pampliega.
 (9) Grado en Enfermería por la Universidad de Burgos.

Contacto (*): lreal@saludcastillayleon.es

Fecha de recepción: 25/05/2019
 Fecha de aceptación: 09/07/2019

Real-López L, Díez-Esteban ME, Serrano-Hernantes M, Blasco-Romero I, Capa-Santamaría S, Santamaría-González M, Garre-Saura G, Orcajo-Bartolomé M, Tapia-Saiz S. Evolución de la prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia en el Hospital Universitario de Burgos 2013-2018. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(37): 25-35. DOI: 10.5281/zenodo.3408580

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la evolución de la prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) en el hospital Universitario de Burgos. Detectar áreas de mejora en la aplicación de cuidados relacionados con la prevención de LRD.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal por inspección directa y revisión de la historia clínica, mediante mediciones de prevalencia en los años 2013, 2015 y 2018.

Resultados: Se registraron 110 LRD en 2013, 195 en 2015 y 266 en 2018, siendo las úlceras por presión (UPP) las más prevalentes y detectándose un elevado porcentaje de las LRD más leves. Las áreas anatómicas más prevalentes fueron oreja, talón, codo, sacro/coxis, línea interglútea y nariz. Los porcentajes de LRD adquiridas en el hospital fueron 61,9% en 2013, 88,88% en 2015 y 85,71% en 2018. La prevalencia de UPP mostró una tendencia creciente desde el 11,96% de 2013 hasta el 25,14% del

2018. La prevalencia de LRD en 2018 se situó en 39,46%. El riesgo de padecer UPP se valoró en el 45,45% de los pacientes en 2013, 40,59% en 2015 y 45,4% en 2018. La cumplimentación del registro específico de UPP, se situó en el 3,07% en 2015 y en el 3% en 2018.

Conclusiones: La prevalencia presenta una tendencia creciente que aconseja incrementar los esfuerzos preventivos. La valoración del riesgo de padecer UPP se debe generalizar a todos los pacientes. Se deben mejorar los registros de enfermería en cuanto a reflejar las LRD existentes y los cuidados preventivos prestados

Palabras clave: prevalencia, lesiones relacionadas con la dependencia, úlcera por presión, lesiones por humedad, hospital de agudos, úlceras por presión adquiridas en el hospital.

ABSTRACT:

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Objective: To determine the evolution of the prevalence of dependence-related lesions (PDL) at the University Hospital of Burgos during the years 2013 to 2018. To detect areas of improvement in the application of care related to the prevention of PDL.

Methods: Transversal descriptive observational study by direct inspection and review of the health record, by means of prevalence measurements in the years 2013, 2015 and 2018.

Results: 110 PDLs were recorded in 2013, 195 in 2015 and 266 in 2018, with the pressure ulcer (PU) being the most prevalent and a high percentage of the lightest PUs being detected. The most prevalent anatomical areas were ear, heel, elbow, sacrum / coccyx, intergluteal line and nose. The percentages of PDL acquired in the hospital were 61.9% in 2013, 88.88% in 2015 and 85.71% in 2018. The prevalence of PU shows a growing trend from 11.96% in 2013 to 25.14%. The prevalence of PDL in 2018 was 39.46%. The risk of suffering PU was assessed in 45.45% of patients in 2013, 40.59% in 2015 and 45.4% in 2018. The completion of the specific PU register stood at 3.07% in 2015 and 3% in 2018.

Conclusions: The prevalence presents a growing trend that recommends increasing preventive efforts. The assessment of the risk of suffering UPP should be generalized to all patients. Nursing records should be improved in terms of reflecting the existing LRD and the preventive care provided.

Key words: Prevalence, Dependence-Related Lesions, Pressure Ulcer, Moisture Lesions, Acute Hospital, Hospital Acquired Pressure Ulcers.

INTRODUCCIÓN:

El comienzo para afrontar un problema es conocerlo y con este objetivo surgió la idea de medir la prevalencia de las úlceras por presión (UPP) en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU), desde la Subcomisión de Heridas, formada por enfermeros, se planteó realizar medidas serias para conocer la situación de partida y poder orientar las medidas preventivas a implantar, así como evaluar su eficacia.

La publicación en 1987 del marco conceptual de Braden y Bergstrom definió los factores intrínsecos y extrínsecos causantes de las UPP, englobando bajo este concepto las lesiones producidas por la presión en los tejidos⁽¹⁾. La definición de UPP aceptada a nivel internacional a partir de 2009 se elaboró por consenso entre el National Pressure Score Advisory Panel (NPUAP) americano y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), estableciendo que una UPP es una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o presión en combinación con cizalla⁽²⁾.

En 2005 Defloor et al., describen las lesiones por humedad como la inflamación y/o erosión de la piel causada por la exposición prolongada/excesiva a la humedad, incluyendo transpiración, orina, heces líquidas o exudado de las heridas⁽³⁾. En 2007, Gray et al., proponen el término "moisture-associated skin damaged" para describir el eritema y la herida de espesor parcial causada por la incontinencia urinaria o fecal, el exudado de las heridas, los efluentes de estomas o fístulas y la sudoración⁽⁴⁾, añadiendo en 2010 nuevas fuentes de humedad como el moco o la saliva⁽⁵⁾. Este concepto se ha traducido al castellano por Torra-Bou et al., como lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) definiéndose los siguientes tipos: dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), dermatitis intertriginosa o por transpiración, dermatitis perilesional por exudado, dermatitis asociada a exudado, dermatitis periostomal, y dermatitis por saliva o mucosidad⁽⁶⁾.

Es en 2014 cuando García-Fernández et al., publican el nuevo modelo conceptual sobre las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) que recogiendo los conceptos de UPP y LESCAH, añaden a sus mecanismos etiológicos, la presión y la humedad, otro mecanismo causal, la fricción, para determinar siete tipos de lesiones: UPP, lesiones por humedad (LPH), lesiones por fricción (LPF), lesiones mixtas o combinadas (LMX) por la interacción de dos agentes causales (presión-humedad, presión-fricción, humedad-fricción), y lesiones multicausales por la actuación de todos ellos (LMC)⁽⁷⁾.

La evolución de los estudios de prevalencia realizados en el HUBU refleja estos cambios teóricos, adaptándose a las modificaciones para mantenerse actualizados. Los dos primeros estudios realizados en 2013 y 2015⁽⁸⁾ contabilizaban únicamente las UPP y LESCAH, mientras que el de 2018 adoptaba el marco conceptual de las LRD pasando a obtener datos de los siete tipos de lesiones.

La bibliografía existente sobre prevalencia de UPP es muy abundante y permite comparativas a nivel nacional o internacional. A nivel local muchos estudios reflejan la gran variabilidad de los datos obtenidos, motivada por las diferencias metodológicas y las características propias de cada contexto. En el Hospital Universitario de Getafe en el año 2003 la prevalencia de UPP es del 3,8%⁽⁹⁾; en el Hospital de Cruces en 2010 del 10,26%⁽¹⁰⁾; también en 2010 en el Hospital Clínico de Valencia la sitúan en un 24,7%⁽¹¹⁾; en el mismo año en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba se determina el 10,8%⁽¹²⁾; la cifra obtenida en 2011 para hospitales de agudos en Islas Baleares es del 8,6%⁽¹³⁾; otro estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza con los datos recogidos durante los años 2006-2013 determina un 5%⁽¹⁴⁾, o los datos obtenidos en 2014 en el Hospital General de Elche que obtienen una prevalencia del 5,24%⁽¹⁵⁾.

A nivel nacional es obligado referenciar los estudios realizados desde el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), que desde el año 2003 nos han ofrecido la imagen de la situación en España, pasando del 8,24% de prevalencia de UPP hospitalarias en 2003⁽¹⁶⁾ hasta el 7% del quinto estudio nacional realizado en 2017⁽¹⁷⁾.

En el panorama internacional también se aprecia una falta de homogeneidad en los resultados de prevalencia de UPP en hospitales. En EE.UU., varios estudios realizados entre 1999 y 2004 muestran unas cifras entre el 14% y el 17%⁽¹⁸⁾; en estudios seriados realizados en varios países (EE.UU., Canadá, Arabia Saudí y Australia) entre 1989 y 2005 se estimó entre 9,2% y 15,5%⁽¹⁹⁾, en Islandia en 1999 el 8,9%⁽²⁰⁾, un estudio multicéntrico de 2004 determinó en Holanda un 22% y en Alemania un 12%⁽²¹⁾, en Jordania en 2011 un 12%⁽²²⁾ o el 1,58% detectado en China en 2014⁽²³⁾. Un estudio realizado en 25 hospitales europeos, estudiando una población de casi 6000 pacientes de Italia, Bélgica, Portugal, Reino Unido y Suecia, obtuvo una prevalencia en 2007 del 18,1%, con diferencias tan significativas como el 8,3% obtenido en Italia y el 23% de Suecia⁽²⁴⁾.

La revisión de la bibliografía relacionada con las LESCAH ofrece también resultados dispares, en algunas ocasiones motivados por la obtención de datos exclusivamente de uno de los tipos de lesiones, las DAI. Los datos obtenidos en 4 hospitales noruegos en 2018 revelan una prevalencia de DAI del 7,6%⁽²⁵⁾, mientras que en Australia en 2014 fue el 10%⁽²⁶⁾. En EE.UU., el estudio realizado en el estado de Carolina del Sur con datos del 2014 al 2016 ofrece una prevalencia de DAI del 16%⁽²⁷⁾, mientras que el estudio multicéntrico realizado en 36 estados en 2018 ofrece para la DAI un 21,3%⁽²⁸⁾ y otro estudio de 2019 en Michigan, obtuvo una prevalencia de LESCAH del 4,34%, y del 1,54% para DAI⁽²⁹⁾.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En el ámbito nacional contamos con los datos de los estudios nacionales que sitúa la prevalencia de LESCAH en hospitales en 8,1% en 2013⁽³⁰⁾ y en 1,36% en 2017⁽¹⁷⁾. Para pacientes de cuidados intensivos, Valls-Matarín determina las LESCAH en la zona del pañal en el 29%⁽³¹⁾.

La por ahora escasa presencia de estudios que adoptan el nuevo marco conceptual fijando su objetivo en el conjunto de las LRD limita los datos comparables al estudio en el Hospital Sierrallana de Cantabria por Olavarría et al., en 2015, que determina, mediante inspección directa de los pacientes, la prevalencia total de LRD en 17,1% distribuyéndose por categorías en: 40,9% UPP, 9,1% LPH, 21,2% LPF, 3% LMX y 25,8% no clasificadas⁽³²⁾.

Otro ejemplo es el estudio realizado por Roca-Biosca et al., en pacientes de cuidados intensivos del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, en 2015 que define una prevalencia de LRD del 27,9%, distribuidas en 47,3% UPP, 13,2% LPH, 15,8% LPF, 23,7% LMX⁽³³⁾.

El quinto estudio nacional del 2017, amplió su ámbito de estudio incluyendo las LRD, determinando una prevalencia general de LRD del 8,73%, y por categorías: 7% en UPP, 1,36% en LPH, 0,91% en LPF y 1,48% LMX⁽¹⁷⁾.

Objetivo principal:

- Determinar la evolución de la prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia en el Hospital Universitario de Burgos durante los años 2013 al 2018.

Objetivos secundarios:

- Describir las características de las LRD detectadas.
- Definir los dispositivos preventivos utilizados.
- Detectar las valoraciones del riesgo de UPP mediante escala de Norton.

- Conocer el grado de cumplimentación de los registros de Enfermería relacionados con las LRD.
- Detectar áreas de mejora en la aplicación de cuidados relacionados con la prevención de LRD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo transversal mediante inspección directa de los pacientes y revisión de la historia clínica electrónica.

Se realizaron tres cortes de prevalencia en los años 2013, 2015 y 2018, en el HUBU, hospital con 720 camas perteneciente al Sistema Público de Salud de Castilla y León.

Se definieron los conceptos de LRD y sus categorías, según el consenso adoptado en 2009 por el NPUAP y el EPUAP⁽²⁾, y adoptado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), y en consonancia con el nuevo marco conceptual elaborado por García-Fernández et al⁽⁷⁾.

La población elegida para el estudio incluyó a todos los pacientes adultos ingresados en las Unidades de Hospitalización excluyendo: Psiquiatría, Pediatría, Puerperio, y Penitenciaria. La exclusión de estos servicios obedece a su baja prevalencia de UPP, a excluir la población infantil que merecería un tratamiento diferenciado y a buscar la mayor similitud posible con otros estudios de prevalencia de UPP realizados a nivel nacional, facilitando así la comparación de los datos obtenidos.

Las variables de estudio se agruparon en:

- Datos sociodemográficos: sexo y edad.
- Variables clínicas: existencia de LRD, origen de la lesión, número de lesiones, localización anatómica, categoría de la lesión, realización de valoración del riesgo de padecer UPP

mediante escala de Norton, puntuación de la escala de Norton, uso de dispositivo de prevención, tipo de dispositivo de prevención, registro de la lesión en la historia clínica, existencia de plan de cuidados específico para la lesión en la historia clínica.

La fase de campo se dividió en dos fases, la observación directa de los pacientes y la revisión de la historia clínica. La observación directa se realizó por enfermeros miembros de la Subcomisión de Heridas, todos ellos con formación específica en la detección de LRD, enfermeros colaboradores y por alumnos en prácticas del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos.

Previamente se consensuaron las definiciones y los parámetros del estudio con el objeto de disminuir la variabilidad individual en las observaciones. Los grupos de trabajo estaban formados por dos personas que realizaban la valoración simultáneamente, obteniéndose los datos por consenso entre ambos observadores.

Para la recogida de los datos de observación directa, se utilizaron formularios en papel en los estudios de 2013 y 2015, mientras que en el estudio de 2018 se confeccionó un formulario de Google Drive® que se rellenó a través de teléfonos móviles. La revisión de la historia clínica permitió registrar el resto de variables de estudio, estos datos se volcaron manualmente a la base de datos asignándolos a los códigos de identificación.

La fase de campo fue realizada por siete enfermeros y dos alumnas, con un total de 196 horas de trabajo de campo. Los datos de filiación de pacientes se vincularon a un código numérico, siendo custodiada la clave por el investigador principal, de tal forma que las variables del estudio se recogieron asociadas a un código para garantizar el tratamiento anónimo de los datos. Los datos se conformaron en una hoja de cálculo utilizando el programa Microsoft Excel, desde la que se realizó el análisis descriptivo.

Consideraciones éticas: Los estudios contaron con los respectivos permisos del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Área de Salud de Burgos y Soria y con la conformidad de la Comisión de Cuidados y de la Dirección de Enfermería del HUBU. El proyecto se ha desarrollado siguiendo los principios éticos para las investigaciones en seres humanos, así mismo se ha respetado la legislación vigente en materia de intimidad, confidencialidad y protección de datos. A todos los participantes se les informó verbalmente y de forma comprensible del objetivo del estudio, de la difusión que tendrían los datos, del carácter voluntario de la participación, así como de la confidencialidad de los datos obtenidos y de la posibilidad de revocación del consentimiento. Se solicitó su consentimiento verbal para la colaboración en el estudio.

RESULTADOS:

Los datos de población y variables sociodemográficas se recogen en la **tabla 1**.

Variables sociodemográficas		2013	2015	2018	Total
Población		418	404	370	1192
Sexo	Mujeres	204 (51,19%)	186 (46,03%)	162 (43,78%)	552 (46,3%)
	Hombres	214 (48,8%)	218 (53,96%)	208 (56,22%)	640 (53,69%)
Edad media		68,81 (DE 18,2)	68,32 (DE 17,74)	70,21 (DE 15,67)	69,11

Tabla 1: Datos sociodemográficos

Lesiones relacionadas con la dependencia: la distribución de las LRD por tipos se refleja en cifras totales en la **tabla 2** y en porcentajes en el **gráfico 1**.

Tipo de LRD	2013	2015	2018	Total
Úlcera por presión	84	171	162	417
Lesión por humedad	26	24	43	93
Lesión por fricción			57	57
Lesión mixta o combinada			3	3
Lesión multicausal			1	1
TOTAL	110	195	266	571

Tabla 2: Distribución de las LRD por tipos

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

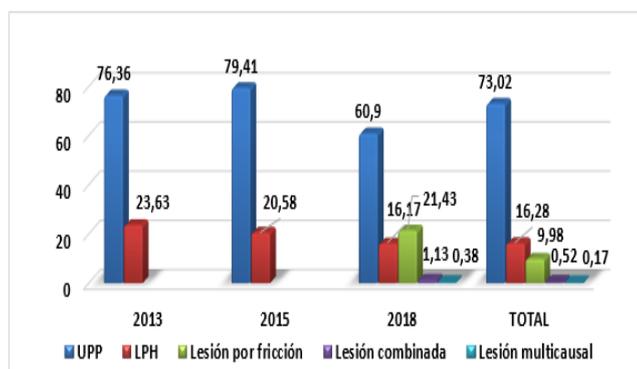


Gráfico 1: Distribución de las LRD por tipos (%)

Fijándonos únicamente en las UPP, la distribución por categorías se aprecia en el gráfico 2.

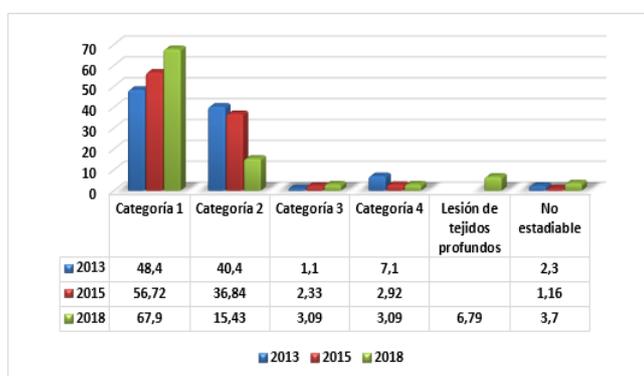


Gráfico 2. Distribución de UPP por categorías (%)

La distribución de las LRD más prevalentes según las zonas anatómicas afectadas se puede consultar en el gráfico 3.

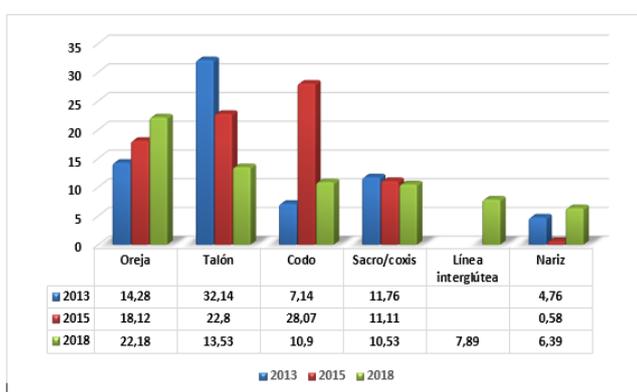


Gráfico 3: Distribución de LRD por zonas anatómicas (%)

Origen de las LRD: se consideraron extrínsecas aquellas LRD producidas con anterioridad al ingreso en el HUBU, para lo cual debía existir registro de su existencia en la valoración de enfermería al ingreso o en los registros de los dos días siguientes, si no constaba, se

consideraba que la LRD se había producido durante el ingreso hospitalario y se calificaba como intrínseca o adquirida en el hospital. Fueron consideradas intrínsecas en el estudio del 2013, 52 (61,9%), en 2015, 88 (88,88%) y en 2018, 228 (85,71%).

Prevalencia: las prevalencias comparables para los tres estudios fueron las de UPP y LPH (gráfico 4). Mientras que en el estudio de 2018 se obtuvieron también las prevalencias de LPF (12,7%), de LMX (0,81%) y de LMC (0,27%), así como la general para LRD (39,46%).

En relación a los dispositivos preventivos hay que resaltar que todas las camas del HUBU cuentan con un colchón de viscoelástica adecuado para prevención de UPP en pacientes de bajo riesgo, el resto de dispositivos registrados queda reflejado en la tabla 4.

Dispositivos de prevención	2013	2015	2018
Pacientes con algún dispositivo	111 (26,55%)	31 (7,67%)	77 (20,8%)
Pacientes sin dispositivo	307 (73,44%)	373 (92,36%)	293 (79,2%)
Pacientes con dispositivo y LRD	33 (7,89%)	25 (6,18%)	60 (16,21%)
Pacientes sin dispositivo y LRD	17 (4,06%)	75 (18,56%)	86 (23,24%)

Tabla 4: Relación entre presencia de LRD y uso de dispositivos preventivos

En la tabla 5 se relaciona el uso de dispositivos preventivos con la presencia de LRD.

Dispositivos de prevención	2013	2015	2018
Pacientes con algún dispositivo	111 (26,55%)	31 (7,67%)	77 (20,8%)
Pacientes sin dispositivo	307 (73,44%)	373 (92,36%)	293 (79,2%)
Pacientes con dispositivo y LRD	33 (7,89%)	25 (6,18%)	60 (16,21%)
Pacientes sin dispositivo y LRD	17 (4,06%)	75 (18,56%)	86 (23,24%)

Tabla 5: Relación entre presencia de LRD y uso de dispositivos preventivos

Valoración del riesgo: la valoración del riesgo de padecer UPP se midió mediante la escala de Norton, en 2013 contaban con la valoración 190 (45,45%) pacientes, en 2015 fueron 164 (40,59%) y en 2018, 168 pacientes (45,4%). El número de pacientes que no presentaban

valoración pero si presentaban LRD, en 2013 fueron 30 (7,17%) pacientes, en 2015 fueron 51 (12,63%) y en 2018, 55 (14,86%). La distribución del riesgo medido se presenta en la **tabla 6**.

RIESGO DE UPP	2013	2015	2018
Riesgo bajo/no riesgo (Norton >14)	64,73%	71,95%	62,50%
Riesgo medio (Norton 13-14)	7,89%	12,8%	13,10%
Riesgo alto (Norton 10-12)	15,26%	10,36%	13,10%
Riesgo muy alto (Norton 5-9)	12,10%	4,87%	11,31%

Tabla 6: Distribución del riesgo de UPP

Registro de UPP: El registro de las LRD en el apartado específico del aplicativo Gacela Care® se comenzó a estudiar a partir del estudio del 2015, encontrándose 6 LRD (3,07%) registradas, siendo 6 (6,06%) los pacientes que contaban con el registro específico, mientras que 93 pacientes (93,93%) presentaban LRD, pero sin registrar en la historia clínica. En 2018 se encontraron 8 LRD (3%) registradas en 8 pacientes (5,48%) siendo 138 (94,52%) los que presentaban LRD, pero sin registro.

Plan de cuidados: Desde 2015 se contabilizan los planes de cuidados relacionados con las LRD, encontrándose 74 (18,31%) pacientes con planes registrados, de los cuales 31 (31,31%) presentaban además LRD. En 2018 se contabilizaron 68 (18,37%) pacientes con plan de cuidados, siendo 44 (30,13%) los afectados por LRD.

DISCUSIÓN:

Lesiones relacionadas con la dependencia:

Se aprecia un crecimiento continuado del número de lesiones detectadas. Esta circunstancia puede explicarse en parte por la evolución ocurrida en las definiciones de las lesiones. El nuevo paradigma de las LRD incluye algunas categorías que no se contabilizaban anteriormente, como las LPF, LMX o LMC. En los estudios de 2013 y 2015 tan solo se contabilizaban las UPP y las LPH y aplicando el

mismo criterio a los datos del 2018 la cifra de lesiones detectadas sería 205, más en consonancia con los datos anteriores.

Características de las lesiones:

Se comprueba el elevado porcentaje de UPP pertenecientes a las categorías 1 y 2, las más leves, sumando entre ambas un 89,27% (2013), 93,56% (2015) y 83,33% (2018). Estas cifras se alejan del 64% obtenido por el mismo concepto en el estudio nacional de 2013 (ver **gráfico 4**). Del mismo modo las prevalencias obtenidas para las categorías más graves, 3 y 4, son sensiblemente inferiores a las del estudio nacional. Indicando que, aun teniendo un elevado número de lesiones en el HUBU, la cifra total se fundamenta en UPP de menor gravedad.

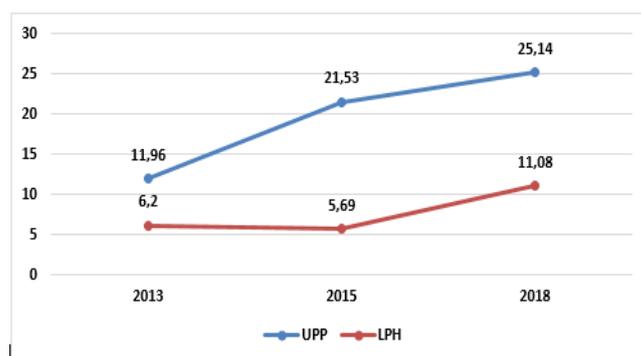


Gráfico 4: Prevalencias de UPP y LPH

En cuanto a las LPH y LPF, se observa que el 55,81% y el 50,88%, respectivamente, pertenecen a las categorías 1, las más leves y caracterizadas por eritema sin pérdida de la integridad cutánea.

Localización de las LRD las áreas anatómicas que más frecuentemente presentaron lesiones son oreja, talón, codo y sacro/coxis, esta distribución se corresponde con las dos áreas clásicas para la presencia de UPP, sacro y talón, que se mantiene en prácticamente toda la bibliografía consultada, y con otras dos zonas que son habitualmente menos valoradas, la oreja como zona sometida a presión por los dispositivos de administración de oxígeno y el codo como zona expuesta a la fricción. En este

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

aspecto se diferencian de los estudios realizados a nivel nacional donde no aparecen oreja, codo o línea interglútea como zonas prevalentes, esto puede explicarse por la inclusión de las LPF en el caso del codo, por las LPH en el caso de la línea interglútea, y en el caso de la oreja, por la posibilidad de que el personal que hemos realizado la toma de datos presentemos un mayor grado de sensibilidad para la detección de UPP de categoría 1, tanto por tener formación específica postgrado en heridas como por la búsqueda activa durante la investigación.

Origen de las LRD:

Se aprecia un elevado porcentaje de LRD atribuibles a la actividad hospitalaria: 52 (47,27%) en 2013, 88 (88,88%) en 2015 y 228 (85,71%) en 2018, porcentajes superiores al 60% del 4º estudio nacional⁽³⁰⁾. Existe la posibilidad de que esta cifra puede estar aumentada por LRD ocasionadas fuera del entorno hospitalario pero que no hayan sido debidamente registradas en la valoración enfermera al ingreso.

Prevalencia:

Para establecer una comparativa es necesario diferenciar los resultados referentes a UPP, LPH y LRD. En cuanto a la cifra de prevalencia de UPP, se observa un aumento continuado hasta el 25,14% del año 2018, muy superior a la cifra de los estudios nacionales elaborados desde el GNEAUPP, con un 7,87% en el 4º estudio nacional del año 2013⁽³⁰⁾, o con el 7% del 5º estudio nacional elaborado con datos del 2017⁽¹⁷⁾. En cuanto a las cifras de LPH, el resultado nacional para 2017 la sitúa en 1,36 %, cifra muy inferior a la detectada detectada en nuestros estudios (ver **gráfico 5**).

Estos resultados tan negativos se merecen un análisis más detallado para aclarar su significado. Por un lado, los resultados de nuestro estudio se basan en la observación

directa, mientras que los resultados nacionales se obtienen a través de los registros y dependen de la fiabilidad de los mismos, siendo un problema ya conocido el infra-registro en las observaciones enfermeras. En el estudio realizado por Gunningberg et al., en Suecia se compara la prevalencia de UPP obtenida mediante los registros con la obtenida mediante la inspección directa, incrementándose desde el 14,3% hasta el 33,3% ⁽³⁴⁾. Otros estudios realizados con la misma metodología de inspección directa ofrecen prevalencias de UPP similares tanto en el panorama nacional como en el internacional: 24,7% en el hospital Clínico de Valencia⁽¹¹⁾, 23,7% en Canadá⁽³⁵⁾, o los resultados de un estudio multicéntrico internacional europeo que determina un 22,1% en Reino Unido, 22% en Holanda o el 23% de Suecia⁽²⁴⁾.

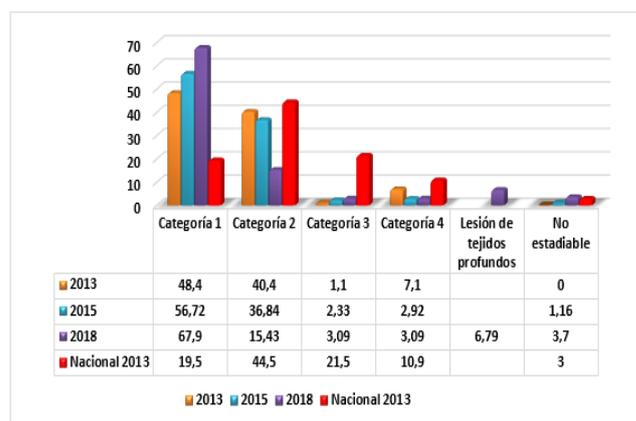


Gráfico 5: Comparativa prevalencias de UPP por categorías y prevalencia nacional 2013

Por otro lado, las observaciones han sido realizadas por personal con formación posgrado en heridas, lo cual puede hacernos más sensibles a la detección de lesiones de categorías leves que son las que suman más de 50% del total, incrementando la prevalencia, pero creemos que ajustándose con más rigor a la realidad.

La prevalencia de LRD merece un análisis diferenciado debido a la escasa bibliografía existente, el resultado del 5º estudio nacional la sitúa en el 8,73% ⁽¹⁷⁾, mientras que el trabajo de Olavarría et al., realizado por inspección directa, ofrece una cifra del 17,1% ⁽³²⁾, cifras muy

inferiores al 39,47% de nuestro estudio de 2018. La progresiva aceptación del nuevo marco conceptual nos permitirá contar con más datos comparables referidos al conjunto de las LRD.

Dispositivos preventivos:

Los dispositivos preventivos detectados son tan escasos que no son suficientes para asegurar un dispositivo para cada uno de los pacientes que presenta alguna LRD. Los porcentajes contabilizados de pacientes que presentaban LRD, careciendo de cualquier tipo de dispositivo, fueron 4,06% en 2013, 18,56% en 2015 y el 23,24% en 2018.

Esta baja utilización de recursos se revela especialmente importante en el caso de los colchones dinámicos, indicados para la prevención en los pacientes de riesgo alto o muy alto y de los que apenas se han encontrado en funcionamiento, a pesar de los pacientes subsidiarios según el riesgo valorado.

Es destacable el uso de vendajes algodonosos en los talones ya que esta práctica clásica se ha demostrado como ineficaz para la prevención, llegando a considerarse iatrogénica y favorecedora de la formación de UPP⁽³⁶⁾.

Por otro lado, existen algunas prácticas preventivas como los cambios posturales, la educación sanitaria o la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados o pomadas de zinc, que no quedan reflejadas en el estudio por su condición de inmateriales y debido a que no aparecen en los registros de enfermería, pero debemos presumir su uso pues forman parte de la práctica habitual de nuestro hospital.

Valoración del riesgo:

El porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado la valoración mediante la escala de Norton se mantiene entorno al 45%, siendo inferiores a los datos obtenidos en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba con un 72,7% registrado⁽¹²⁾ o el 84% de la Clínica Universitaria de Navarra⁽³⁷⁾.

Un dato preocupante es el número de pacientes a los que no se les ha valorado el riesgo, pero acaban presentando LRD. En estos pacientes no se ha aplicado una medida básica de detección de una necesidad y probablemente no se hayan tomado medidas preventivas, por lo que finalmente acaban sufriendo un efecto adverso de la asistencia sanitaria.

Registro de UPP:

Se ha comprobado una muy baja cumplimiento del registro específico de UPP que enlaza con el problema del infraregistro de las actividades enfermeras. El 3% del HUBU está lejos del 49,57% de UPP con registro detectadas en el estudio de Gunningberg et al⁽³⁴⁾.

Estas cifras sugieren modificar conductas de los profesionales enfermeros para conseguir aumentar el registro de los problemas de salud detectados, puesto que aquello que no está recogido en la historia clínica no existe a efectos administrativos o de gestión, haciendo invisible tanto el problema como la carga de trabajo que conlleva.

Planes de cuidados:

El porcentaje de planes de cuidados relacionados con las LRD resulta muy bajo para la población total, y bajo entre los pacientes que presentan LRD.

Se consideró, desde un punto de vista teórico, determinar el grupo de pacientes que serían subsidiarios de contar con un plan de cuidados relacionado con las LRD, formado por aquellos pacientes que ya presentaban LRD, y sumando los que presentaban un riesgo de padecer UPP valorado como medio, alto o muy alto. Se obtuvo una cifra de 123 pacientes en 2015, de los que contaban con plan de cuidados 39 pacientes (37,7%). En 2018 fueron 161 pacientes, de los cuales 68 (42,24%) contaban con plan de cuidados. Estas cifras indican la necesidad de aumentar el uso de planificación de cuidados

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

enfermeros frente al problema de salud de las LRD.

CONCLUSIONES:

- Es aconsejable incluir en la valoración de la integridad cutánea zonas anatómicas como codos, nariz u oreja por su afectación por las LRD.
- La prevalencia presenta una tendencia creciente que aconseja incrementar los esfuerzos preventivos.
- Resulta aconsejable incrementar el uso de dispositivos preventivos, así como su registro en la historia clínica.
- Es conveniente descartar prácticas clásicas como los vendajes algodonosos que han demostrado su ineficacia preventiva.
- La valoración del riesgo de padecer UPP se debe generalizar a todos los pacientes.
- Se deben mejorar los registros de enfermería en cuanto a reflejar las LRD existentes y los cuidados preventivos prestados.
- La metodología de obtención de datos por inspección directa parece ser más fiable que la realizada mediante los registros sanitarios.

CONFLICTO DE INTERÉS:

Los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN:

No ha existido ninguna fuente de financiación para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Braden B, Bergstrom N. A Conceptual Schema for the Study of the Etiology of Pressure Sores. *Rehabil Nurs* [Internet]. 1987 Jan 2;12(1):8–16.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory, Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide [Internet]. European Pressure Ulcer Advisory Panel, editor. Washington DC; 2009.
3. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel--pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* [Internet]. 2005;32(5):302–6.
4. Gray M, Bohacek L, Weir D, Zdanuk J. Moisture vs pressure: making sense out of perineal wounds. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* [Internet]. 2007 Mar;34(2):134–42.
5. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Bliss DZ, Colwell JC, Goldberg M, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* [Internet]. 2011;38(3):233–41.
6. Torra i Bou J-E, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos* [Internet]. 2013 Jun;24(2):90–4.
7. 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* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2018 Oct 16];46(1):28–38.
8. Real-López L, Díez-Esteban ME, Serrano-Hernante M, Iglesia-García E de la, Blasco-Romero I, Capa-Santamaría S, et al. Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. *Gerokomos* [Internet]. 2017;28(2):103–8.
9. González J, Blanco J, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, et al. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2003;18(3):173–7.
10. Sánchez-Rubio MP, Blanco-Zapata RM, San Sebastián-Domínguez JA, Merino-Corral I, Pérez-Del Pecho MC, Arribas-Hernández FJ. Estudio de prevalencia del efecto adverso de úlceras por presión en un hospital de agudos. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2010 Nov 1;20(6):355–9.
11. Alba Moratilla C; Alba Moratilla N; Zafra Pires MJ; Inat Carbonell J; Lanzón Serra T. Prevalencia de úlceras por presión y factores asociados en el Hospital Clínico de Valencia, año 2010. *Evidentia*. 2012;jul-sep;9(39).
12. De la Torre Barbero M, Turrado Muñoz M, Romero Bravo A, Aguilera Peña F, Corrales Mayoral M, Giraldez Rodríguez A. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes adultos ingresados en un hospital de tercer nivel. *Evidentia* [Internet]. 2010;7(31).
13. Tomàs-Vidal A, Hernández-Yeste M, García-Raya M, Marín-Fernández R, Cardona-Roselló J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2011 Jul;21(4):202–9.

14. Alonso-Lorente C, Barrasa-Villar JI, Aibar-Remón C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de agudos de tercer nivel (2006-2013). *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015 May;30(3):135–41.
15. Talens Belén F. Formación y prevención en úlceras por presión: prevalencia en el Hospital General de Elche. *Gerokomos* [Internet]. 2015;27(1):33–7.
16. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ M, Cuervo F VSJ. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes*. *Gerokomos* [Internet]. 2003;14(1):37–47.
17. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP. 5o Estudio Nacional de Prevalencia de UPP y otras lesiones relacionadas con la dependencia. In: GNEAUPP/FSJJ, editor. *Resumen de Ponencias Y Comunicaciones del XXII Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión Y Heridas Crónicas* [Internet]. Valencia; 2018. p. 50.
18. Whittington KT, Briones R. National Prevalence and Incidence Study: 6-year sequential acute care data. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 17(9):490–4.
19. Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2008 Feb;54(2):40–54.
20. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *J Clin Nurs* [Internet]. 1999 Mar;8(2):170–9.
21. Tannen A, Dassen T, Bours G, Halfens R. A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2004 Aug;41(6):607–12. 22.
22. Tubaishat A, Anthony D, Saleh M. Pressure ulcers in Jordan: A point prevalence study. *J Tissue Viability* [Internet]. 2011 Feb;20(1):14–9.
23. Jiang Q, Li X, Qu X, Liu Y, Zhang L, Su C, et al. The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. *Int J Clin Exp Pathol* [Internet]. 2014;7(5):2587–94.
24. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2007 Apr [cited 2019 Jan 10];13(2):227–35.
25. Johansen E, Bakken LN, Duvaland E, Faulstich J, Hoelstad HL, Moore Z, et al. Incontinence-Associated Dermatitis (IAD). *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2018;45(6):527–31.
26. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *Int Wound J* [Internet]. 2016 Jun;13(3):403–11.
27. Arnold-Long M, Johnson E. Epidemiology of Incontinence-Associated Dermatitis and Inter-triginous Dermatitis (Intertrigo) in an Acute Care Facility. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* [Internet]. 2019 Mar 12;1.
28. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* [Internet]. 45(1):63–7.
29. Werth SL, Justice R. Prevalence of Moisture-Associated Skin Damage in an Acute Care Setting. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2019;46(1):51–4.
30. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos* [Internet]. 2014 Dec;25(4):162–70.
31. Valls-Matarín J, del Cotillo-Fuente M, Ribal-Prior R, Pujol-Vila M, Sandalinas-Mulero I. Incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2017 Jan;28(1):13–20.
32. Olavarría E, Gómez I, Revuelta R, Cacicedo R, Paras P, Herrero M. Prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia en pacientes hospitalizados. [comunicación]. En: XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Cuenca, 17-20 de noviembre de 2015.
33. Roca-Biosca A, García-Fernández FP, Chacón-Garcés S, Rubio-Rico L, Molina-Fernández MI de, Anguera-Saperas L, et al. Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. *Gerokomos* [Internet]. 2015 Jun;26(2):58–62. 34.
34. Gunningberg L, Ehrenberg A. Accuracy and Quality in the Nursing Documentation of Pressure Ulcers. A Comparison of Record Content and Patient Examination. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2004;31(6):328–35.
35. Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2008 Feb;54(2):40–54.
36. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat*. 2012. 37.
37. Labiano-Turrillas J, Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Juandeaburre-Pedroarena B, Irruarizaga-Sagredo A, Morillo-Cabezas E. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. *Gerokomos* [Internet]. 2013 Dec;24(4):184–8.