

78 3.^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. 77
Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes¹

*3rd National Survey of the Prevalence of Pressure Ulcers in Spain, 2009.
Epidemiology and defining variables in lesions and patients*

José Javier Soldevilla Agreda

Enfermero. Hospital San Pedro. Profesor de Enfermería Geriátrica. Escuela Universitaria Enfermería Logroño. Servicio Riojano de Salud. Director GNEAUPP.

Joan-Enric Torra i Bou

Enfermero. Clinical Manager Smith & Nephew Iberia. Div. Curación Heridas. Exsubdirector GNEAUPP.

José Verdú Soriano

Enfermero. Profesor Titular. Departamento de Enfermería Comunitaria. Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia. Miembro Comité Director GNEAUPP.

Pablo López Casanova

Enfermero. Responsable de la Unidad de Heridas Crónicas del Hospital de Elche. Miembro Comité Director GNEAUPP.

Correspondencia:

José Javier Soldevilla Agreda

Pza. Tomás y Valiente, 4-bajo. 26004 Logroño (La Rioja)

Tfno.: 941 23 92 40

E-mail: jsoldevilla@arrakis.es

RESUMEN

Conocer la dimensión de un problema en el ámbito de la salud es, sin duda alguna, la fórmula previa obligada y más eficiente para encararlo a nivel preventivo y terapéutico. Con esa filosofía el GNEAUPP ha buscado desde su nacimiento, entre otros, el hallazgo de valores epidemiológicos de las úlceras por presión (UPP) en España, al tiempo que determinar aspectos relacionados con actividades preventivas de las mismas en los distintos contextos asistenciales (atención primaria, especializada y sociosanitaria).

En esta línea de trabajo se han desarrollado tres estudios nacionales de prevalencia en 2001, 2005 y 2009. El cuestionario postal fue el instrumento utilizado para estimar la prevalencia puntual y media de UPP, a partir de una muestra no aleatoria. A través de estos cuestionarios se solicitaba a los profesionales de atención primaria que informasen acerca de su lista de usuarios mayores de 14 años (Unidades básicas asistenciales de Medicina General) y a los profesionales de unidades de hospitalización o de centros sociosanitarios que informasen acerca de los pacientes de sus respectivas unidades. Se definió la prevalencia como "prevalencia puntual" (información en un solo momento del tiempo). Se calculó la prevalencia cruda (PC) y media (PM).

En el estudio de 2009 se reportaron datos de 1596 pacientes con UPP. 625 de los pacientes procedían de cuestionarios de hospitales (39,2% del total de pacientes), 347 (21,7%) de centros de atención primaria y los 624 restantes (39,1%) de centros sociosanitarios. De éstos, 1.344 (84,2%) son pacientes con UPP mayores de 65 años de los que 324 (24,1%) son de centros de atención primaria, 474 (40,6%) de hospitales y 546 (35,3%) de centros sociosanitarios.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) están dejando de ser, día a día, un problema de salud invisible y subestimado y que tanto ha frenado hasta fechas recientes el progreso de su conocimiento, detección y detención. Como apuntaba el Dr. Soldevilla hace un tiempo, "el estado actual de conocimiento y desarrollo social ha de lograr desterrar la concepción de las úlceras por presión como un proceso banal, fatal, inevitable y silente" (1).

También Pam Hibbs (2), mucho antes, en la década de los ochenta, tuvo el gran acierto de caracterizar el problema de las UPP como una "Epidemia debajo de las sábanas", ilustrando de una manera muy didáctica la envergadura epidemiológica de estos lamentables procesos de pérdida de salud y acogiendo una doble metáfora, relacionando el territorio de nuestro cuerpo que comúnmente se ve afectado y, al tiempo, la situación de hermetismo y desconocimiento, además, amparado

¹Trabajo realizado gracias a una beca de investigación de la División de Curación de Heridas de Smith & Nephew, S. A.



En atención primaria la PC fue del 5,89% para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria, en las unidades de hospital, la PC fue de 7,2% y la PM de 10,05% \pm 13,24 % (mediana 6,25) y en los centros sociosanitarios, la PC fue de 6,39% y la PM de 7,35% \pm 6,4% (mediana 5,55).

Los cuestionarios recibidos proporcionaron información acerca de un total de 2.468 lesiones, 1.031 UPP en hospitales (un 41,8% del total), 914 UPP en atención primaria (un 37%) y 523 UPP en atención sociosanitaria (un 21,2%). De ellas, un 20% eran de estadio I, un 43% de estadio II, un 24% de estadio III, un 11,4% de estadio IV y un 1,6% sin estadiar. La localización más frecuente fue el sacro (32,8%), seguido de los talones (28%), trocánteres (7,6%) y maléolos (6,6%).

Aunque, en términos generales, parece que hay una ligera tendencia a ir disminuyendo su presencia, se mantiene vigente que las UPP siguen constituyendo un importante problema de salud pública.

PALABRAS CLAVE

Úlceras por presión, epidemiología, prevalencia, España.

SUMMARY

Ascertaining the scale of a health problem is, without a doubt, the necessary—and most efficient—first step to approaching it in preventive and therapeutic terms. With this philosophy in mind, the GNEAUPP has since its creation sought to establish epidemiological values for pressure ulcers (or bedsores) in Spain, at the same time determining aspects connected with preventive measures in the different care contexts (primary, specialised and long-term healthcare).

To this end it has conducted three national surveys of prevalence, in 2001, 2005 and 2009. The postal questionnaire was the instrument used to estimate specific and average prevalence on the basis of a non-random sample. Through these questionnaires primary care staff were asked to supply information about their list of users aged over 14 (in the case of basic care units for general medicine) and staff of hospital units or long-term care centres were asked about the patients in their respective units.

Prevalence was defined as “specific prevalence” (information at a specific point in time). Gross prevalence (GP) and average prevalence (AP) were calculated.

In the 2009 survey data was reported for 1,596 patients with pressure ulcers. 625 of these came from hospital questionnaires (39.2% of the total of patients), 347 (21.7%) from primary healthcare centres and the remaining 624 (39.1%) from long-term care centres. Of these, 1,344 (84.2%) were patients with pressure ulcers aged over 65, of whom 324 (24.1%) were from primary healthcare centres, 474 (40.6%) from hospitals and 546 (35.3%) from long-term care centres.

In primary healthcare GP stood at 5.89% for patients aged over 14 including those in the home care programme; in hospital units GP was 7.2% and AP was 10.05% \pm 13.24 % (average 6.25), while in long-term care centres GP was 6.39% and AP was 7.35% \pm 6.4% (average 5.55).

The questionnaires returned provided information about a total of 2,468 lesions, 1,031 pressure ulcers in hospitals, 914 in primary care (37%) and 523 in long-term care (21.2%). Of these, 21.2% were stage I, 42.4% were stage II, 22.8% were stage III, 12% were stage IV and 1.6% not specified at any stage. The most frequent location was the sacrum (28%), followed by the heels (7.6%), trochanters (7.6%) and malleoli (6.6%).

KEY WORDS

Pressure ulcers, epidemiology, prevalence, Spain.

en ese plano más íntimo-doméstico, inherentemente, la realidad de la devaluación del problema (3).

Embebido en ese necesario conocimiento de la verdadera entidad de estos procesos, desde 1999, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) consideró de vital interés, para rescatar y mantener el valor real del problema, la constitución de un observatorio epidemiológico permanente que permitiera seguir la evolución de estas lesiones.

Con estas premisas se realizó, en ese año 1999, el primer estudio supra-institucional en el ámbito de toda una comunidad autónoma (4) y, tras de este rodaje, un proyecto más ambicioso, referido a todo el territorio nacional, con la realización del 1.º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión (5) datado en el año 2001 y el Segundo Estudio Nacional de Prevalencia realizado en el año 2005 (6). Los dos primeros trabajos nacionales (5-6) supusieron un ensayo formal del tipo de estudios a reproducir en el tiempo y una rúbrica a la trascendencia del problema.

En este sentido cabe recordar que, en los dos estudios nacionales de prevalencia (5-6), por niveles asistenciales, en pacientes domiciliarios se obtuvo una prevalencia de 8,34% en 2001 y de 4,78% en 2005, en hospitales la prevalencia fue de 8,24% para los dos años y en centros sociosanitarios fue de 6,46% y 6,10% respectivamente. Del mismo modo, teniendo en cuenta las cifras de prevalencia del Segundo Estudio Nacional de Prevalencia y sus proyecciones sobre la población general mayor de 14 años, a enero de 2005, estaríamos hablando de que en España se atiende diariamente entre 57.000 y 100.000 pacientes con UPP, de los cuales el 84,7% son mayores de 65 años. Por tanto, como ya se viene enunciando, las UPP son un problema de primer orden, cuya magnitud para los pacientes, los servicios de salud y la sociedad en general hace que deba ser considerado como un problema de salud pública y precisa, por tanto, de todos los medios y recursos necesarios para combatirlos.

Independientemente del método empleado, las cifras obtenidas en nuestro país parecen estar en consonancia con las encontradas en la bibliografía para otros países de nuestro entorno socioeconómico. Hoy sabemos que los datos de prevalencia en nuestros hospitales son muy similares a países vecinos como Italia (8,3%), Francia (8,9%) Alemania (10,2%) o Portugal (12,5%) y mejores que los de Irlanda (18,5%), País de Gales (26,7%) (7), Bélgica (21,1%), Reino Unido (21,9%), Dinamarca (22,7%) o Suecia (23,0%) (8, 9). Recientemente, en otros países también se ha comenzado a estudiar este problema, como es el caso de Jordania (10) donde la prevalencia se sitúa en valores semejantes a los nuestros (12%). Dato curioso, quizá, por las diferencias con los países mencionados, es la prevalencia de un hospital de 3.000 camas en China que se estima en un 1,8% (11).

No tenemos datos concretos que permitan comparar la prevalencia en pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria debido a que las características de los sistemas sanitarios varían considerablemente de unos países a otros.

Respecto a centros sociosanitarios (residencias geriátricas), quizá, el estudio más importante, es el recientemente publicado por Park-Lee (12) que presenta el conjunto de residencias asistidas norteamericanas (datos del NCHS —National Center for Health Statistics del CDC—) y que muestran una prevalencia similar a la española, del 11%.

Transcurridos ocho y cuatro años, respectivamente, desde los anteriores estudios epidemiológicos, y con ese espíritu de observatorio permanente, se plantea la realización de este 3.º Estudio Nacional, que tiene como objetivos obtener indicadores epidemiológicos que permitiesen continuar con la monitorización del problema de las UPP en España, así como algunos aspectos relevantes relacionados con las actividades de prevención de las mismas en instituciones de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria.

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS

En sintonía con los estudios epidemiológicos previos del GNEAUPP, fue elaborado un cuestionario postal, validado por parte de un grupo de miembros de esta sociedad científica, con el fin de poder calcular la prevalencia puntual y media de UPP, a partir de una muestra no aleatoria de centros y unidades de las que los profesionales informaban acerca de diferentes variables relacionadas con el impacto de estas lesiones. Como novedad en la presente edición, el cuestionario se pudo cumplimentar a través de Internet, en su versión electrónica, alojada en el sitio web del GNEAUPP (<http://www.gneaupp.org>).

En el mes de mayo de 2009 se remitieron por correo postal un total de 2.500 cuestionarios a los miembros asociados al GNEAUPP. Cada cuestionario iba acompañado de un sobre respuesta con franqueo concertado.

A través de estos cuestionarios se solicitaba a los profesionales de atención primaria que informasen acerca de su lista de usuarios mayores de 14 años (Unidades básicas asistenciales de Medicina General) y/o de su centro. A los profesionales de unidades de hospitalización y de centros sociosanitarios se les pedía que aportasen información sobre los pacientes de sus respectivas unidades.

Para el cálculo de la epidemiología de las UPP se utilizaron las directrices de clasificación (13) e indicadores epidemiológicos (14) del GNEAUPP.

La fecha límite para recepcionar todos los cuestionarios se fijó en dos meses.

Definimos la prevalencia como “prevalencia puntual” al obtenerse la información solo en un momento del tiempo, cuando los participantes cumplimentan el cuestionario. La prevalencia puntual para cada nivel asistencial, se calculó en dos sentidos:

- Prevalencia cruda (PC) = (todos los pacientes con UPP/total de pacientes estudiados en cada nivel) x 100
- Prevalencia media (PM) = se calcula la prevalencia en cada unidad de

análisis de cada cuestionario y posteriormente se calcula la media estadística \pm la desviación estándar (DE). En otras palabras:

$$PM = (PM1 + PM2 + \dots + PMn / \text{Número total de unidades en cada nivel}) \pm DE$$

Los cuestionarios incluían preguntas para obtener datos sobre los pacientes con UPP (numerador del indicador), sobre el total de pacientes de esa unidad a estudio (denominador del indicador), sobre las lesiones mismas, así como información de las tendencias de prevención de UPP en las instituciones de los remitentes.

La información de los cuestionarios fue introducida en una base de datos y analizada mediante el paquete estadístico SPSS por parte del Departamento Clínico de la División de Cuidado de Heridas de Smith&Nephew en colaboración con el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante y la secretaría científica del GNEAUPP.

RESULTADOS

Se recibieron un total de 518 cuestionarios en el plazo fijado. Trescientos veintiséis llegaron en formato papel (62,94%) y 192 en formato electrónico (37,06%). Se descartaron diez cuestionarios: ocho por que en ellos faltaba información fundamental para procesarlos y dos por corresponder a unidades/instituciones sin población susceptible de ser estudiada bajo el enfoque del estudio (bloque operatorio y asociación de pacientes).

De los 508 cuestionarios incluidos en el análisis, 256 (50,3%) provenían de unidades hospitalarias, 142 (28%) de realidades de atención primaria (APS) y 110 (21,7%) de unidades de centros sociosanitarios.

Estos cuestionarios representan una muestra estudiada de 737.454 personas (8.677 en hospitales, 718.028 en APS y 10.749 en sociosanitaria).

En la Tabla 1 se describe la procedencia geográfica de los cuestionarios según comunidad autónoma y nivel asistencial.


Tabla 1. Procedencia de cuestionarios según comunidad autónoma y nivel asistencial

	Porcentaje sobre el total	Atención primaria	Hospitales %	Sociosanitaria %
Cataluña	32,9	47,9	23,4	35,5
Andalucía	14,6	9,9	20,7	6,4
País Vasco	4,7		7,8	3,6
Comunidad Valenciana	12	4,9	13,3	18,2
Cantabria	5,5	1,4	10,2	
Galicia	8,9	6,3	14,1	
Madrid	8,3	2,1	4,7	24,5
Castilla-León	3,1	7	0,8	3,6
Navarra	0,6	1,4	0,4	
Aragón	1,2	2,1	1,2	
Asturias	0,8	0,7	0,8	0,9
Canarias	0,6	1,4		0,9
Castilla-La Mancha	1,8	4,2	0,8	0,9
La Rioja	1,2	2,8	0,8	
Extremadura	1,6	4,9		0,9
Murcia	0,6	0,7	0,8	
Baleares	1,2		0,4	4,5
No consta	0,6	2,1		

Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria de salud

En el caso de la APS se analizan 142 cuestionarios procedentes de 16 comunidades autónomas, los cuales aportan información relativa a 718.741 personas mayores de 14 años atendidas desde centros de salud (un 1,84 % de los mayores de 14 años, según la proyección de población del Instituto Nacional de Estadística en España a 1/1/2009 —www.ine.es—). De éstos, 145.581 son mayores de 65 años (un 20,2% de los usuarios ma-

yores de 14 años estudiados) y 7.373 recibían atención domiciliaria (1,02% de los usuarios mayores de 14 años estudiados).

Cuatrocientos treinta pacientes presentaban UPP, pudiendo estimarse una *prevalencia cruda (PC)* según sigue:

- PC en pacientes mayores de 14 años:

$$- PC = (430/718.741) \times 100 = 0,06\% (IC_{95} = [0,06-0,08])$$

- PC en pacientes mayores de 65 años:

$$- PC = (430/145.581) \times 100 = 0,3\% (IC_{95} = [0,30-0,36])$$

- PC en atención domiciliaria:

$$- PC = (430/7.373) \times 100 = 5,89\% (IC_{95} = [3,42-4,07])$$

En la Tabla 2 se resume la información de APS por tipo de centro. En este caso se representa la prevalencia media y la prevalencia mediana para cada uno de ellos. Como se observa, existe una gran variabilidad entre los centros y, quizá, la medida que mejor resume esta información sea la mediana.

Se dispone de información ampliada de 347 pacientes de APS con UPP, que supone un 80,7% del total de pa-

Tabla 2. Prevalencia media y mediana de UPP en APS por tipo de centro

	Urbanos	Mixtos	Rurales
	N: 82 listas 469.423 usuarios mayores de 14 años 87.742 mayores de 65 años 4.668 incluidos en AT DOM	N: 34 listas 184.627 usuarios mayores de 14 años 37.288 mayores de 65 años 1.909 incluidos en AT DOM	N: 26 listas 64.691 usuarios mayores de 14 años 20.181 mayores de 65 años 784 incluidos en AT DOM
PM en usuarios AT DOM	6,34 ± 11,9 IC ₉₅ : 3,73-8,96 Mediana: 3,2	6,98 ± 23,69 IC ₉₅ : 8,2-12,6 Mediana: 7,74	12,58 ± 12,44 IC ₉₅ : 7,55-17,61 Mediana: 12,01

Tabla 3. Edad media y número de UPP por paciente en pacientes de APS

	Media ± DE	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
<i>Edad</i>				
Ambos sexos	80,5 ± 11	79,4-81,7	8	101
Mujeres	82,3 ± 9,2	81-83,5	8	101
Hombres	77,6 ± 13	75,2-79,9	26	99
<i>Numero de UPP por paciente</i>				
Ambos sexos	1,5 ± 0,9 Mediana: 1	1,4-1,6	1	7
Mujeres	1,5 ± 1 Mediana: 1	1,3-1,6	1	7
Hombres	1,5 ± 0,9 Mediana: 1	1,3-1,6	1	5

Tabla 4. Severidad de las lesiones en APS (úlceras de mayor severidad)

Estadio I	24,5%
Estadio II	41,9%
Estadio III	20%
Estadio IV	13,6%

cientes prevalentes, de los que 221 (63,7%) son mujeres, 126 (36,3%) son hombres. En la Tabla 3 se resume la información relativa a la edad media, número de UPP por paciente y distribución por intervalos de edad en los pacientes de APS.

Por grupos de edad, los pacientes portadores de UPP en APS se distribuyen de la siguiente manera: un paciente (un 0,4% del total) corresponde al grupo de edad de 0 a 45 años, 18 (un 5,2%) al grupo de 46 a 64 años y 324 (93,4%) tienen una edad igual o superior a 65 años. En

cuatro casos (1,2%) no consta la edad del paciente.

En cuanto a la gravedad de las lesiones, en la Tabla 4 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad que presentan los pacientes portadores de UPP en APS.

En relación a la incontinencia, tradicionalmente referida como factor de riesgo de desarrollo de UPP, en la Tabla 5 se presenta la información relativa a la presencia de incontinencia en los pacientes con UPP, atendidos en APS.

Prevalencia de úlceras por presión en hospitales

Se analizan 255 cuestionarios procedentes de profesionales del contexto hospitalario de 31 provincias y 15 comunidades autónomas.

Los cuestionarios recibidos de las distintas unidades hospitalarias reseñan un total de 9.211 camas de agudos, un 6,95% de las 132.449 camas

de hospitalización de agudos en España, según datos de propia elaboración², a partir del documento del 2010 “Ministerio de Sanidad y Política Social. Catálogo Nacional de Hospitales 2010. Actualizado a 31.12.2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Sociales (15). En el momento del estudio estaban ocupadas por 8.677 pacientes (92,11% de ocupación).

Noventa y cinco unidades (37,3% del total) eran de tipo médico, 52 unidades (20,4%) fueron consideradas como de especialidades quirúrgicas, 39 (15,3%) unidades de cuidados intensivos o de reanimación (36 de adultos y 3 pediátricas), 21 unidades (8,2,0%) eran mixtas (con pacientes médicos y quirúrgicos), 21 (8,2%) como unidades quirúrgicas generales, ocho unidades (3,1%) de paliativos, convalecencia o geriatría de agudos, cinco de urgencias (2%), cinco de corta estancia u hospital de día (2%), cuatro de pediatría (1,6%) y las dos restantes (0,8%) de hospitalización a domicilio.

En relación con la complejidad de los centros, 142 unidades con 4.414 pacientes corresponden a hospitales generales, 69 unidades con 3.067 pacientes a hospitales de alta complejidad, 41 unidades con 1.069 pacientes de hospitales comarcales, y tres unidades con 127 pacientes a centros monográficos.

Tabla 5. Incontinencia en los pacientes con UPP atendidos desde APS

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No	20,2%	30,2%	14,5%
Urinaria	19%	19%	19%
Fecal	0,3%	0,0%	0,5%
Mixta	57,6%	47,6%	63,3%
No consta	2,9%	3,2%	2,7%

²Se han restado del total de camas del Catálogo Nacional de Hospitales 2010, las correspondientes a centros psiquiátricos y centros geriátricos y de larga estancia.

**Tabla 6. Prevalencia de UPP en hospitales según tipo de unidad y de hospital**

Tipo de unidad	Media ± DE Mediana: 7,14	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
Médica	8,32 ± 7,53 Mediana: 7,14	6,78-9,86	0	40
Quirúrgica general	7,33 ± 7,17 Mediana: 6,66	4,06-10,6	0	27,27
Quirúrgica especialidades	6,18 ± 8,89 Mediana: 3,92	3,7-8,65	0	50
Mixta	3,0 ± 4,37 Mediana: 0	1,08-5,06	0	15,38
Cuidados Intensivos/Reanimación	24,2 ± 22,84 Mediana: 16,66	16,79-31,6	0	100
Paliativos/convalecencia/geriátrica agudos	23,18 ± 10,37 Mediana: 21,05	14,50-31,86	10	43,06
Urgencias	13,01 ± 11,49 Mediana: 12,5	-1,2-27,3	0	25
Corta estancia/hospital de día	5,87 ± 8,77 Mediana: 3,03	-5,02-16,76	0	21,05
Pediatría hospitalización	0			
Hospitalización a domicilio	4,87 ± 4,27 Mediana: 4,87	-33,51-43,26	1,85	7,89
Psiquiatría	0			
Tipo de población				
Cuidados intensivos adultos	23,44 ± 19,19 Mediana: 17,42	16,94-29,93	0	70
Cuidados intensivos pediátricos	33,33 ± 57,75 Mediana: 0	-110-176,75	0	100
Tipo de hospital				
Alta complejidad	13,11 ± 18,57 Mediana: 7,14	8,65-17,57	0	100
General	8,54 ± 10,15 Mediana: 6,25	6,86-10,22	0	66,67
Comarcal	9,22 ± 10,45 Mediana: 6,25	5,92-12,52	0	42,86

En relación a la tipología de pacientes, 248 unidades con 9.039 camas totales, son de adultos, cuatro con 58 camas de pediatría y tres con 114 camas corresponden a unidades mixtas (materno/infantiles).

Teniendo en cuenta que las unidades de hospital reportaron un total de 625 pacientes con UPP, la *prevalencia cruda* en las unidades hospitalarias se determinó como sigue:

- PC en hospitales:
 - PC = $(625/8.677) \times 100 = 7,2\%$ (IC₉₅ = [7,67-8,85])

La *prevalencia media* (PM) de UPP según los datos reportados por las 255 unidades de enfermería hospitalarias es de $10,05 \pm 13,24$ (IC₉₅: [8,4-11,7]), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 100%. Mediana: 6,25.

Sesenta y ocho unidades (un 25,8%) presentan una prevalencia de UPP del 0%, 102 (un 38,6%) con menores cifras que la prevalencia media y 85 (un 32,2%) mayor de la prevalencia media para todas las unidades de tipo hospitalario.

En la Tabla 6 se resumen los datos relativos a la prevalencia media de UPP

en unidades hospitalarias según tipología.

Disponemos de información sobre 625 pacientes hospitalarios con UPP, de los que 253 (40,5%) son mujeres, 369 (59%) hombres y en tres casos (0,5%) no consta el sexo. En la Tabla 7 se presenta información relativa a los pacientes hospitalarios con UPP.

Si analizamos la edad de los pacientes hospitalarios portadores de UPP, por grupos de edad: 38 pacientes (un 6,1% del total) corresponden al grupo de edad de 0 a 45 años, 103 (un

Tabla 7. Edad media y número de UPP por paciente en pacientes hospitalarios

	Media ± DE	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
<i>Edad</i>				
Ambos sexos	73,1 ± 16,2 (ds) años	(71,8; 74,4)	1	103
Mujeres	77,6 ± 14,3 (ds) años	(75,8; 79,4)	1	99
Hombres	70,2 ± 16,5 (ds) años	(68,5; 71,9)	1	103
Significación diferencia	p < 0,001			
<i>Numero de UPP por paciente</i>				
Ambos sexos	1,7 ± 1,1 (ds) UPP Mediana: 1	(1,59; 1,76)	1	11
Mujeres	1,6 ± 0,9 (ds) UPP Mediana: 1	(1,5; 1,7)	1	6
Hombres	1,7 ± 1,3 (ds) UPP Mediana: 1	(1,6; 1,9)	1	11

Tabla 8. Severidad de las lesiones (úlceras de mayor severidad)

Estadio I	24,5%
Estadio II	42%
Estadio III	19,8%
Estadio IV	13,7%

16,5%) al grupo de 46 a 64 años y 474 (75,8%) tienen una edad igual o superior a 65 años. En 10 casos (1,6%) no consta la edad del paciente.

En cuanto a la gravedad de las lesiones y la incontinencia que presentan los pacientes prevalentes de UPP, en la Tabla 8 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad y en la Tabla 9 se presenta información relativa a la presencia de incontinencia.

Prevalencia de úlceras por presión en centros sociosanitarios

Se analizan 110 cuestionarios procedentes de centros sociosanitarios de 26

provincias y 11 comunidades autónomas.

Se han estudiado un total de 12.012 camas procedentes de las 110 unidades en las que en el momento de pasar la encuesta había 10.749 pacientes (89,48% de ocupación). Estas camas representan un 3,54% de las 339.079 camas de tipo sociosanitario existentes en España según datos de Enero de 2008 publicados en el libro *Las personas mayores en España. Informe 2008*, consultado en línea en noviembre de 2010 (<http://www.imser-somayores.cesic.es/estadisticas/informe-mayores/informe2008/index.html>).

De esas 110 unidades, un 50% se corresponden con residencias asistidas, un 43,6% son definidas como centros sociosanitarios, un 2,7% como otros centros, un 1,8% como centros de discapacitados, un 0,9% como unidades de cuidados paliativos y en el otro 0,9% no consta el tipo de centro.

Teniendo en cuenta que las unidades de centros sociosanitarios re-

portaron un total de 687 pacientes con UPP, la prevalencia en las unidades sociosanitarias se determinó como sigue:

- PC en centros sociosanitarios:
 – PC = $(687/10\ 749) \times 100 = 6,39\%$ (IC₉₅ = [5,64-6,59]).
- La prevalencia media (PM) de UPP según los datos reportados por las 110 unidades de enfermería sociosanitaria es del $7,35 \pm 6,4$ (mediana: 5,55), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 34,88%.

En la Tabla 10 se resumen los datos relativos a la prevalencia de UPP en unidades sociosanitarias según el tipo de unidad.

Se dispone de información acerca de 624 pacientes de centros sociosanitarios portadores de UPP, de los que 437 (70%) son mujeres, 185 (29,6%) hombres y en dos casos (10,3) no consta el sexo. En la Tabla 11 se presenta ampliada la información relativa a los pacientes de centros sociosanitarios portadores de UPP.

En cuanto a la información de gravedad de las lesiones y a la incontinencia asociada en los pacientes portadores de UPP de los centros sociosanitarios, en la Tabla 12 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad y en la Tabla 13 se presenta información relativa a la incontinencia, que está presente en un 88% de los pacientes con UPP.

Tabla 9. Incontinencia en los pacientes con UPP atendidos en hospitales

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No	25,8%	27,6%	22,5%
Urinaria	17,8%	17,1%	18,6%
Fecal	12,2%	13,3%	10,7%
Mixta	40%	38,2%	45,4%
No consta	4,3%	3,8%	5,1%



Tabla 10. Prevalencia de UPP en centros sociosanitarios según tipo de unidad

Tipo de unidad	Media ± DE	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
Residencias asistidas	4,95 ± 3,75 Mediana: 4,43	3,93-5,96	0,0	17,5
Centros sociosanitarios	10,59 ± 7,49 Mediana: 8,06	8,41-12,77	0,0	34,88
Otros centros	7,22 ± 5,29 Mediana: 4,34	-5,9-20,37	4,0	13,33
Centros de discapacitados	0			
Cuidados paliativos	0			

Tabla 11. Edad media y número de UPP por paciente en usuarios de centros sociosanitarios

	Media ± DE	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
<i>Edad</i>				
Ambos sexos	83 ± 11,3 (ds) años	(82,1; 83,9)	23	104 años
Mujeres	85,4 ± 9,8 (ds) años	(84,5; 86,3)	23	104 años
Hombres	77,2 ± 13,3 (ds) años	(75,2-79,2)	28	104 años
<i>Numero de UPP por paciente</i>				
Ambos sexos	1,5 ± 0,9 (ds) UPP Mediana: 1	(1,4; 1,6)	1	9
Mujeres	1,45 ± 0,9 (ds) UPP Mediana: 1	(1,4; 1,6)	1	7
Hombres	1,5 ± 1,03 (ds) UPP Mediana: 1	(1,38-1,68)	1	9

Tabla 12. Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad)

Estadio I	19,1%
Estadio II	40,7%
Estadio III	25,8%
Estadio IV	14,4%

Datos relativos a las lesiones

Los 1.596 pacientes con UPP reportaron información acerca de un total de 2.468 lesiones: 1.031 UPP en hospitales (un 41,8% del total), 914 en APS (un 37%) y 523 en centros sociosanitarios (un 21,2%).

En la Figura 1 se representa el estadiaje de las lesiones por niveles asistenciales.

De entre las que se disponía de esta información, un 20,9% de ellas eran lesiones recurrentes. Por nivel asistencial, indicar que un 26% de las lesiones en APS son recurrentes, un 10,2% en las lesiones referidas desde hospitales y un 30,1% en el caso de las úlceras en pacientes de atención sociosanitaria.

En la Tabla 14 se resume la información relativa a la localización de las lesiones según nivel asistencial y en la Tabla 15 a la localización según su estadiaje.

En la Tabla 16 se explicita el nivel asistencial donde se han desarrollado las lesiones. Dentro del grupo de las unidades del hospital donde se originaron estas, el 48,8% tienen su génesis en la misma unidad.

Otras características de las lesiones, como su antigüedad y dimensiones, se presentan en las Tablas 17

Tabla 13. Incontinencia en los pacientes con UPP atendidos en centros sociosanitarios

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No	9,6%	11,9%	8,7%
Urinaria	9,3%	9,2%	9,4%
Fecal	1%	1,1%	0,9%
Mixta	77,7%	74,6%	78,9%
No consta	2,4%	3,2%	2,1%

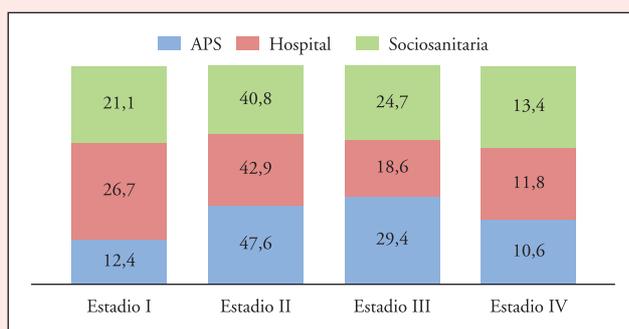


Fig. 1. Estadiaje de las lesiones según nivel asistencial (en %).

y 18 respectivamente. En conjunto, todas las lesiones estudiadas tienen una mediana de 30 días de antigüedad, con unos valores mínimos de un

ancho)/2] y queda representado en la Tabla 19.

En el cuestionario se incluían, como en el estudio precedente de

día y máximo de 3.285 días.

En 2.084 lesiones, por la información que aportaban, se ha podido calcular el índice de severidad de Braden de acuerdo con la fórmula (IS Braden: estadio de la lesión x [(largo +

2005, aspectos relacionados con las estrategias de prevención de UPP. Las Tablas 20 y 21 resumen la información sobre políticas de prevención y escalas de valoración de riesgo.

En la Tabla 22 se reseñan las respuestas en relación con la cuestión “¿se ha suscitado algún problema legal relacionado con las UPP en su centro?” en los diferentes niveles asistenciales.

DISCUSIÓN

El conocimiento y ulterior difusión de los datos epidemiológicos relacionados con las UPP se debería considerar una herramienta básica, además de para la adecuación de su impacto,

Tabla 14. Localización anatómica de las UPP según su nivel asistencial y ordenadas de mayor a menor frecuencia

	En todos los niveles	APS	Hospital	Sociosanitaria
Sacro	32,8%	31,7%	34,8%	31%
Talón	28%	30,7%	30,7%	23,3%
Trocánter	7,6%	7,5%	5,3%	10,3%
Maléolos	6,6%	6,3%	4,9%	8,6%
Glúteos	5,5%	3,6%	5,9%	6,1%
Pie (a)	4,7%	5,7%	2,6%	6,6%
Piernas	3,5%	5,9%	2,4%	3,3%
Apófisis vertebrales	1,8%	0,8%	1,4%	2,7%
Isquiones	1,7%	1,8%	1,1%	2,4%
Escápulas, hombros, omoplatos	1,6%	1,6%	1,8%	1,3%
Codos	0,9%	0,4%	1%	1%
Occipital	0,9%	–	2,1%	–
Orejas	0,8%	0,6%	0,9%	0,8%
Rodilla	0,7%	1,4%	0,5%	0,5%
Cadera	0,6%	1,2%	0,6%	0,3%
Cóxis	0,5%	0,2%	0,6%	0,6%
Zona genital	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%
Mano	0,5%	–	0,8%	0,5%
Cara	0,2%	–	0,4%	–
Zona nasal	0,2%	–	0,4%	0,1%
Antebrazo	0,1%	–	0,2%	–
Cabeza (b)	0,1%	–	0,3%	–
Zona abdominal	0,1%	–	0,2%	0,1%
Labios	0,03%	–	0,1%	–
Parrilla costal	0,03%	0,2%	–	–
Zona frontal	0,03%	–	0,1%	–

(a): Excepto talones. Incluye: dedos pies, cara lateral y pie en general.

(b): Referencia a cabeza sin especificar el área dañada.



Tabla 15. Localización de las UPP según su estadiaje y ordenadas de mayor a menor frecuencia

Estadio I	%	Estadio II	%	Estadio III	%	Estadio IV	%
Sacro	35,6%	Sacro	33,7%	Talón	31,6%	Sacro	36,6%
Talón	29,4%	Talón	26%	Sacro	27,7%	Talón	21,6%
Glúteo	6,9%	Glúteo	7,3%	Trocánter	12,1%	Trocánter	19,5%
Maléolo	6,7%	Maléolo	7,2%	Maléolo	6,9%	Maléolo	4,2%
Trocánter	4,7%	Pie (a)	5,4%	Pie (a)	5,8%	Pie (a)	3,8%
Pie (a)	2,8%	Piernas	4,2%	Piernas	3,9%	Isquion	3,8%
Apófisis vert.	2,8%	Trocánter	3,5%	Glúteo	2,1%	Glúteo	3,5%
Pierna	2,8%	Isquion	1,6%	Isquion	2,1%	Apófisis vertebral	1,4%
Escápulas, hombros, omóplatos	2%	Apófisis vertebral	1,5%	Escápulas, hombros, omóplatos	2%	Pierna	1,4%
Codo	1,8%	Escápulas, hombros, omóplatos	1,4%	Apófisis vertebral	1,7%	Coxis	1,4%
Zona occipital	0,8%	Orejas	1,2%	Rodilla	0,9%	Cadera	1%
Coxis	0,6%	Rodilla	1,1%	Zona occipital	0,9%	Zona occipital	1%
Cadera	0,6%	Zona genital	1%	Escápula	0,7%	Escápula	0,7%
Isquion	0,4%	Mano	1%	Cadera	0,6%		
Zona genital	0,4%	Codo	0,9%	Codo	0,4%		
Cara	0,4%	Zona occipital	0,7%				
Mano	0,4%	Cadera	0,6%				
Parrilla costal	0,2%	Coxis	0,5%				
Zona abdominal	0,2%	Zona nasal	0,4%				
Oreja	0,2%	Cabeza (b)	0,3%				
Zona frontal	0,2%	Antebrazo	0,2%				
		Cara	0,2%				
		Labios	0,1%				

(a): Excepto talones. Incluye: dedos pies, cara lateral y pie en general.

(b): Referencia a cabeza sin especificar el área dañada.

Tabla 16. Nivel asistencial donde se han originado las lesiones

Atención primaria	%	Hospitales de agudos	%	Centros sociosanitarios	%
En el domicilio del paciente	76,8%	En el propio hospital	59,4%	En el propio centro sanitario	53,7%
En hospital de agudos	19%	En otro hospital	5,1%	En otro centro sociosanitario	3,2%
En centros sociosanitarios	1,2%	En el domicilio del paciente	26,7%	En hospital de agudos	30,9%
Desconocido/otros	2,9%	En centros sociosanitarios	4,9%	En el domicilio	13,6%
		Desconocido/otros	4%	Desconocido/otros	1,8%

para la ruptura con un pasado tildado de proceso inevitable y secundario pero especialmente banal, como piedra angular para el diseño y seguimiento de políticas sanitarias orientadas a su prevención y para una adecuada atención.

Con la finalización de este estudio son ya ocho años de experiencia en una metodología concreta, con sus ventajas e inconvenientes, y de datos sobre el alcance del problema que, además, se ha ido complementando con otros estudios para dimensionar el proble-

ma, como el impacto económico (16-18) o la mortalidad (19). A partir de toda esta información, es de suponer que se abrirá, de una vez por todas, la puerta al reconocimiento de la existencia de estas lesiones y especialmente a la necesidad de intervenciones pre-

Tabla 17. Antigüedad media de las lesiones en días

	Todos los niveles	Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Estadio I	9 días	15 días	4 días	30 días
Estadio II	23 días	30 días	12 días	46 días
Estadio III	60 días	60 días	30 días	80 días
Estadio IV	70 días	90 días	40 días	100 días

Tabla 18. Dimensiones de todas las lesiones

	Largo (cm)	Ancho (cm)	Superficie (cm ²)*
	Mediana	Mediana	Mediana
Estadio I	2 cm	2 cm	4 cm ²
Estadio II	2 cm	2 cm	4 cm ²
Estadio III	3 cm	3 cm	8 cm ²
Estadio IV	5 cm	4 cm	18 cm ²

*Superficie calculada en base a la fórmula; largo x ancho x 0,785.

Tabla 19. Índice de severidad de Braden de las lesiones

	Todos los niveles	Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
Todas las lesiones	4,5	5,5	5	4
Estadio I	2	2	2	2
Estadio II	4	4	4	3,5
Estadio III	9	9	9	7,5
Estadio IV	18	18	20	16

ventivas de gran alcance y abordajes terapéuticos ajustados a la modernidad y al dictado de las últimas evidencias científicas, a la vez que nos permitirá identificar la evolución epidemiológica del problema de las UPP en España, utilizando una misma metodología de trabajo.

En esta misma línea, por ejemplo, en Alemania (20) se obtiene un descenso estadísticamente significativo de las tasas de prevalencia en un periodo de seis años, desde un 12,5% (año 2002) a un 5,0% (año 2008) ($p < 0,001$). Los autores indican que este descenso se debe, con una alta probabilidad, a estrategias más efectivas y a una mejor prevención. En otro estudio (21) donde se analiza el efecto de las medidas

preventivas en la tasa de prevalencia de UPP de aquellas instituciones que habían participado en varios estudios repetidos de prevalencia a lo largo de los años, se observa que las cifras pasan, en hospitales de agudos, de 26,3% en el primer año a 11,3% en el último año estudiado y en centros sociosanitarios, de 13,7% a 6,4%. Los autores concluyen que la participación repetida en estudios de prevalencia conduce a una menor tasa de prevalencia de UPP y a un aumento del uso de estructuras de prevención (guías de práctica clínica y escalas de valoración de riesgo) y del uso de medidas preventivas.

Si nos detenemos en comentar los resultados del presente estudio y las po-

sibles comparaciones con los anteriores, en esta ocasión, además de la utilización del cuestionario postal, ya testado, se han utilizado las tecnologías de la información y comunicación, de modo que se habilitó un espacio en Internet para que los participantes pudieran enviar los datos a través de esa vía. En comparación con los estudios anteriores (5, 6), hemos pasado de 458 (2001) y 662 (2005) a 518 cuestionarios recibidos. Consideramos que los cuestionarios recibidos en los diferentes estudios son comparables ya que no son cuestionarios de información individual sino cuestionarios que envía un profesional de la salud con información que puede ser de una unidad asistencial o de todo un centro sanita-



rio (hospital, centro de salud o centro sociosanitario). En este estudio hemos recibido muchos más cuestionarios de centros completos que en otras ocasiones y esta puede ser una de las razones de haber obtenido una cifra menor de cuestionarios que en 2005, aunque los datos relativos a la población cubierta son ligeramente superiores. No obstante, estimamos que en las tres ocasiones los profesionales que suministraron información serían aproximadamente los mismos y, de nuevo, se supone que éstos serán los más motivados y las cifras de prevalencia obtenidas serán estimaciones a la baja. Dicho de otra manera, *“la mejor foto posible del problema”*.

Este estudio puede confirmar lo ya enunciado en el 2005 sobre los datos de atención primaria (6). Así se decía: *“Por ejemplo, para los pacientes incluidos en atención domiciliaria pasamos de*

una prevalencia cruda estimada de 8,34% a 3,73%, algo sorprendente, teniendo en cuenta que en estos años no se ha desarrollado ningún programa de prevención a nivel nacional. Esto nos hace pensar en algún sesgo, no tenido en cuenta en uno u otro estudio para este nivel asistencial, puesto que como veremos en los otros niveles de atención sanitaria las diferencias no son tan grandes”. En este sentido, el equipo de investigación, que dispone de la información de los 3 estudios nacionales de prevalencia, y a raíz de los resultados obtenidos en el presente, se dedicó a revisar de nuevo las bases de datos de todos los estudios y se detectó el posible sesgo al que se hacía referencia en el estudio del 2005 (6). Algunos datos a destacar en este sentido:

- Si nos fijamos en las muestras estudiadas de A. P. en el estudio de 2001 teníamos 335.235 personas mayores

de 14 años (4.480 en atención domiciliaria) y 374 personas con UPP, en 2005 teníamos 704.572 personas mayores de 14 años (12.937 en atención domiciliaria) y 616 personas con UPP; y en este estudio 718.741 personas mayores de 14 años (7.373 en atención domiciliaria) y 430 con UPP.

- A partir de ahí tendríamos los datos de prevalencia para mayores de 14 años: 0,11%, 0,09% y 0,06% respectivamente para 2001, 2005 y 2009. Solo hay pequeñas diferencias de 0,02% y 0,03% entre cada medida.

- El problema surge con los pacientes atendidos en atención domiciliaria, donde el número de 2005 (12.937 personas) es muy grande en comparación con los otros, y eso hace que la prevalencia de UPP para 2005 disminuya muchísimo. Aunque en realidad la cifra con estos datos (616 personas con UPP de 12.937 personas

Tabla 20. Políticas de prevención de UPP según niveles asistenciales

	Atención primaria	Hospitales	Sociosanitarios
¿Existe comisión de UPP en el centro?	Sí: 57,6%	Sí: 87,4%	Sí: 39,8%
¿Se calcula periódicamente la prevalencia?	Sí: 23,2%	Sí: 83,7%	Sí: 61,3%
¿Se calcula periódicamente la incidencia?	Sí: 20,8%	Sí: 55%	Sí: 59,4%
¿Existe un protocolo de prevención por escrito?	Sí: 67,5%	Sí: 95,5%	Sí: 86,7%
¿Se registran las medidas de prevención?	Sí: 79,4%	Sí: 92,3%	Sí: 94,3%
¿Se utilizan las UPP como un indicador de calidad?	Sí: 27,2%	Sí: 86,2%	Sí: 75,2%
¿Se valora el riesgo de los pacientes con una escala?	Sí: 81,9%	Sí: 93,6%	Sí: 88,7%
¿Con que periodicidad se utiliza la escala?	Sistemáticamente: 80,2% Ocasionalmente: 14,4%	Sistemáticamente: 85,6% Ocasionalmente: 14,4%	Sistemáticamente: 83,7% Ocasionalmente: 16,3%

Tabla 21. Uso y tipo de escalas de valoración de riesgo de desarrollo de UPP por niveles asistenciales

Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
No responde un 28,2% de los cuestionarios	No responde un 9,4% de los cuestionarios	No responde un 15,5% de los cuestionarios
(% de los que responden)	(% de los que responden)	(% de los que responden)
<ul style="list-style-type: none"> – Escala de Braden: 69,6% – Escala de Braden y Norton: 1% – Escala de Norton: 21,6% – Escala de Norton-modificada: 3% – Escala de Norton-EMINA: 1% – Escala EMINA: 1% – Escala Arnell: 1% – PUSH: 1% – Estadios I-IV: 1% 	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de Braden: 40,9% – Escala de Braden y Norton: 7,3% – Escala Emina-ICS: 28% – Escala de Norton: 13,8% – Escala de Norton-modificada: 3,9% – Escala de Norton-EMINA: 0,4% – Escala Gosnell: 4,4% – Escala Arnell: 1,3% 	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de Norton: 49,5% – Escala Norton modificada: 12% – Escala de Braden: 23,7% – Escala EMINA-NOVA: 9,7% – Escala Arnell: 3,3%

Tabla 22. Problemas legales relacionados con las UPP

	Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
Sí	3,5%	3,9%	0,9%
No	77,5%	65,6%	89,1%
No sabe/no contesta	19%	30,5%	10%

atendidas en atención domiciliaria) sería de 4,76% y no de 3,73%.

- Al analizar la base de datos de 2005, en lo referente a personas atendidas en domicilios, observamos que hay datos que merecen ser revisados. A modo de ejemplo: hay un centro que refiere tener 1.600 pacientes incluidos en atención domiciliaria y otro 2000. Lo que hace suponer que existe algún tipo de error, ya sea de la introducción de los datos o de la información suministrada por algunos centros. Una revisión más minuciosa nos indica que hay varios centros que registran en la base de datos más de 300 pacientes en atención domiciliaria, cuando en el presente estudio ninguno supera los 173 pacientes atendidos en domicilios. Si estos datos fueran corregidos, con una alta probabilidad, el número de personas atendidas en domicilios sería semejante a la del presente estudio, lo que disminuiría el denominador de la prevalencia y aumentaría las cifras de esta.

Presumimos que una vez corregidos estos errores y, de nuevo, calculados los valores de prevalencia, esta en APS seguirá siendo muy semejante a la encontrada en este estudio. Por tanto, a partir de ahora, habrá que volverse a re-estudiar los datos de 2005.

Lo que sí está más o menos claro es que ha habido un descenso en la prevalencia en APS desde 2001 hasta 2009. A este respecto, una posible explicación la encontraríamos en el hecho de que cada vez se utilizan más medidas preventivas (SEMP y AGHO), y que en muchos casos, a pesar de no estar cubiertas estas prestaciones por el sistema público en la atención comunitaria (excepto el caso de las SEMP en Andalucía, o en entornos como el Departamento de Salud de Elche en la Comunidad Valenciana), muchas familias, ante el ejemplo de la efectivi-

dad de las mismas, cubren por sus propios medios la adquisición de este tipo de productos, que si fuesen de uso y provisión generalizada por parte del Sistema Nacional de Salud, a buen seguro, impactarían en una reducción aún mayor de la prevalencia en el nivel asistencial en donde hay más pacientes con UPP y, consecuentemente, mayor número de pacientes en riesgo.

En lo que hace referencia a la atención hospitalaria, los datos del presente estudio destacan a las UPP como un importante problema de salud en todas las unidades hospitalarias según su tipología de pacientes. Podemos agrupar a las unidades hospitalarias en cinco grupos de prevalencia:

- Prevalencia 0: unidades de pediatría y psiquiatría.
- Prevalencia baja (hasta un 5%): unidades mixtas (medicina y cirugía) y hospitalización a domicilio.
- Prevalencia media (5,1-10%): corta estancia-hospital de día, unidades quirúrgicas (generales), unidades quirúrgicas (de especialidades) y unidades médicas.
- Prevalencia alta (10,1-20%): urgencias.
- Prevalencia extrema (más del 20%): cuidados intensivos (adultos y pediátricos) y unidades de paliativos/convalencia/geritaría de agudos.

Destacan las cifras de prevalencia en urgencias y en las unidades de cuidados intensivos, lo que nos orienta, si hacemos caso a las declaraciones acerca de la seguridad de los pacientes, hacía la inherente e imprescindible necesidad de definir estrategias de prevención decididas y eficaces, con la disponibilidad de los recursos materiales necesarios (SEMP de altas prestaciones, tanto para pacientes adultos como para pacientes pediátricos).

En cuanto a la complejidad de los centros hospitalarios, los centros de

alta complejidad llevan aparejadas unas mayores cifras de prevalencia, hecho que concuerda con la severidad y condiciones relacionadas con el estado de salud de una gran parte de los pacientes a quienes atienden.

Un dato que parece orientar hacia un cambio en la tendencia tiene que ver con la severidad, a partir de la clasificación de las lesiones. Se observa que las UPP de estadios-categorías III y IV han ido disminuyendo con el tiempo a expensas de las de estadio-categoría I y II. En la actualidad el estadio-categoría más frecuente es el II con un 43,12% del total, mientras que el III y IV, en conjunto, solo supone un 35,3%. Seguramente, las medidas de prevención y la actuación temprana y con mejores medios ha influido en que las lesiones no evolucionen hacia peores estadios-categorías.

Otro dato a resaltar es la referencia a los glúteos como zona de UPP, cuando en esta localización, normalmente no hay prominencia ósea a resaltar. Seguimos encontrando cifras alrededor del 5% en esta localización y bien podrían estar indicando úlceras por humedad-incontinencia más que UPP. Sobre todo si relacionamos esta localización con el estadio-categoría de las lesiones que allí se refieren. Así, la mayoría de las lesiones en zona glútea son referidas como de estadio-categoría I o II y son pocas las que progresan a más severidad, como debe ocurrir en las úlceras por humedad-incontinencia.

Una constante de los tres estudios nacionales de prevalencia es el potencial sesgo que representa la información proveniente de centros sociosanitarios. Con casi total seguridad, podemos afirmar que solo tenemos información de centros sociosanitarios en los que confluyen unas determinadas y peculiares características: centros que priorizan el problema de



las UPP y que cuentan con personal motivado y posicionado sobre el tema, circunstancias ambas que están presentes lamentablemente, según nos consta, en muy pocos de los centros sociosanitarios de nuestro país y la mayoría de ellos de gestión pública. A nadie se le escapa que hay una gran cantidad de centros sociosanitarios en nuestro país en los que el ánimo por un lucro desmedido, se traduce en una gran escasez de personal cualificado, la no priorización del problema de las UPP y la invisibilidad de dicho problema, traducándose de una manera clara y directa en una merma de la calidad de la atención a muchos de los

pacientes a quienes atienden, especialmente los más dependientes.

La información correspondiente al posicionamiento institucional en relación con el problema de las UPP nos despierta algunas dudas, sobre todo por la discordancia en cuanto a los materiales de prevención disponibles (incongruencias a la hora de definir tipos de SEMP), así como a la hora de definir indicadores epidemiológicos (posible confusión entre prevalencia e incidencia). Por otra parte, nos sorprende el hecho de que se recoja información epidemiológica en tantos centros, y que luego esta no aparezca materializada en trabajos científicos.

En cuanto a la dimensión legal del problema de las UPP, creemos que esta es una dimensión poco contemplada y conocida por parte de los profesionales y de las instituciones, y aún menos por parte de los usuarios del Sistema de Salud y de sus representantes. Ante su potencial envergadura y consecuencias, y el devenir desde hace años en otros países de nuestro entorno, será preciso acometerlo con la seriedad que merece sin dilación, no esperando a sentencias categóricas por negligencia o mala praxis.

Nuestro agradecimiento final a todos los profesionales, que han participado en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago, 2007.
2. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus* 1998; 1 (3): 32-8.
3. Verdú Soriano J. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.
4. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10 (2): 75-87.
5. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer 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.
6. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J y cols. Segundo 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.
7. James J, Evans JA, Young T, Clark M. Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European pressure ulcer advisory panel minimum data set. *Int Wound J* 2010; 7 (3): 147-52.
8. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13 (2): 227-35.
9. Kottner J, Wilborn D, Dassen T, Lahmann N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. *J Tissue Viability* 2008; 18 (2): 36-46.
10. Tubaihat A, Anthony D, Saleh M. Pressure ulcers in Jordan: A point prevalence study. *J Tissue Viability* 2010; Sep 28.
11. Zhao G, Hiltabidel E, Liu Y, Chen L, Liao Y. A cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China. *Ostomy Wound Manage* 2010; 56 (2): 38-42.
12. Park-Lee E, Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. *NCHS Data Brief* 2009; (14): 1-8.
13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-estadaje de las úlceras por presión. Doc.II. Logroño: GNEAUPP; 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org>
14. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices para la elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las úlceras por presión. Doc.V. Logroño: GNEAUPP; 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org>
15. Catálogo Nacional de Hospitales 2010. Actualizado a 31.12.2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Sociales. Disponible en <http://www.mspes.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
16. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing* 2004; 33: 230-5.
17. GNEAUPP. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org> (consultado el 19/II/2007). 2003.
18. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos J. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos* 2007; 18 (4): 201-10.
19. Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. *Gerokomos* 2003; 14 (4): 212-26.
20. Lahmann NA, Dassen T, Poehler A, Kottner J. Pressure ulcer prevalence rates from 2002 to 2008 in German long-term care facilities. *Ageing Clin Exp Res* 2010; 22 (2): 152-6
21. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *J Eval Clin Pract* 2010; 16 (1): 50-6.

