

Miembros de la Subcomisión de Heridas del Hospital Universitario de Burgos:

Luis Real López¹, M.^a Eugenia Diez Estébanez², Marta Serrano Hernantes³, Elena de la Iglesia García⁴, Irene Blasco Romero⁵, Sheila Capa Santamaría⁶ y Milagros Santamaría González⁷

1. Enfermero de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Burgos. Licenciado en Antropología. Máster en Gestión e Investigación en Heridas Crónicas. España. 2. Enfermera responsable de la Unidad de Heridas. Hospital Universitario de Burgos. Máster en Gestión e Investigación en Heridas Crónicas. 3. Enfermera de Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. Experto Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. 4. Enfermera de la Consulta de Pie Diabético. Hospital Universitario de Burgos. 5. Podóloga. Clínica del pie Sanypie de Burgos. Graduada en Enfermería. Diplomada en Podología. Experto Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. 6. Enfermera de Neonatología. Hospital Universitario de Burgos. Enfermera especialista en Pediatría. Diplomada en Terapia Ocupacional. 7. Enfermera de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. España.

Correspondencia:

Luis Real López
c/ José María Codón 35, 6.º A
09007 Burgos
Tel.: 687 434 515/947 06 51 52
lreal@saludcastillayleon.es

Recibido el 13 de septiembre de 2016; aceptado el 2 de noviembre de 2016

Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos

Pressure ulcers and moisture associated skin damage prevalence in the Burgos University Hospital

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de úlceras por presión (UPP) y lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) en el Hospital Universitario de Burgos. Identificar las lesiones y sus características. Identificar las valoraciones del riesgo de padecer UPP registradas en la historia clínica y el uso de dispositivos de prevención. Identificar los registros de Enfermería relacionados con las UPP y LESCAH.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal, mediante inspección directa de cada paciente y revisión de la historia clínica. Realizado entre el 23 de febrero y el 10 de marzo del 2015.

Resultados: La población estudiada fue de 404 pacientes. Se identificaron 195 lesiones: 24 LESCAH y 171 UPP. Las prevalencias resultantes fueron 5,69% para las LESCAH y 21,53% para las UPP. El 93,56% de las UPP pertenecen a los estadios I y II. Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron: codo (28,07%), talón (22,8%), oreja (18,12%) y sacro (11,11%). Se encontró registro de la valoración del riesgo mediante escala de Norton en 164 (48,59%) pacientes, presentando riesgo entre medio y muy alto, 46 (28,05%) pacientes. Contaban con algún dispositivo de prevención adicional 31 (7,67%) pacientes, mientras que 29 (7,17%) pacientes, con riesgo detectado, carecían de él.

Conclusiones: La prevalencia resultante de UPP es elevada debido a la mayor detección de estadios leves. Se aconseja la realización de valoración del riesgo de padecer UPP a todos los pacientes ingresados. Así mismo, se considera necesario aumentar la formación en detección y prevención de los estadios más leves.

PALABRAS CLAVE: úlceras por presión, lesiones por humedad, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, prevalencia, estudio descriptivo, hospital de agudos.

ABSTRACT

Aim: Determine the prevalence of pressure ulcers (PU) and moisture associated skin damage (MASD) at Burgos University Hospital. Identify lesions and their characteristics. Identify the risk assessment surveys of PU recorded in the health record and the use of prevention devices. Identify nursing records related to PU and MASD.

Methods: Transversal descriptive observational study, by direct observation of each patient and review of their health record. Conducted between February 23rd and March 10th, 2015.

Results: The study population was 404 patients. 195 lesions were identified: 24 MASD and 171 PU. The resulting prevalences were 5.69% for MASD and 21.53% for PU. 93.56% of PU were stages I and II. The most common anatomic sites were: elbow (28.07%), heel (22.8%), ear (18.12%) and sacrum (11.11%). Using the Norton scale, PU risk was assessed in 164 patients (48.59%), with 46 patients (28.05%) exhibiting medium to high risk levels. 31 patients had additional prevention devices (7.67%), while 29 patients (7.17%) with identified risk had no device.

Conclusions: The resulting prevalence of PU is high due to increased detection of mild stages. Conducting risk assessment of PU to all hospitalized patients is advised. Likewise it is pertinent to increase training in detection and prevention of the milder stages.

KEYWORDS: pressure ulcers, moisture lesions, moisture associated skin damage, prevalence, observational research, acute care hospital.

INTRODUCCIÓN

El hecho de contar con los datos de prevalencia de úlceras por presión (UPP) y lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) permite conocer nuestro entorno asistencial y poder evaluar las medidas preventivas adoptadas, monitorizar la calidad de la asistencia, diseñar nuevas actuaciones preventivas enfocadas a las debilidades encontradas, orientar futuras acciones formativas diseñadas a medida para paliar las necesidades detectadas y todo ello encaminado a mejorar la calidad de los cuidados enfermeros y la seguridad de los pacientes.

Desde que hace casi 30 años Pam Hibbs describiera el problema de las UPP como una “epidemia bajo las sábanas”⁽¹⁾, la tendencia general ha sido a disminuir su incidencia y a mejorar los resultados globales, pero el impacto de este problema continúa teniendo una gran magnitud.

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁽²⁾, califica las UPP como efecto adverso (EA), es decir, como un incidente recogido en la historia clínica que ha causado daño o lo ha podido causar, ligado a las condiciones de la asistencia. El estudio concluye que las UPP suponen el 3,66% del total de los EA detectados en España, por encima de las sepsis (2,9%) o de las neumonías nosocomiales (2,6%). En este mismo estudio se advierte que un 42,8% de todos los EA son considerados como evitables. En el caso de las UPP se considera que son evitables en más de un 95% aplicando las correctas medidas preventivas⁽³⁾.

El Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) considera las UPP como un factor de riesgo para las infecciones nosocomiales. En su edición del 2015 detecta una prevalencia de UPP en los hospitales españoles del 5,07%⁽⁴⁾.

El Ministerio de Sanidad, a través de su Proyecto SENECA 2008 califica la implantación de un protocolo de prevención y tratamiento de UPP como un estándar de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud⁽⁵⁾.

Los cuatro estudios de prevalencia de UPP nacional realizados hasta la fecha por miembros del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) ponen en cifras la importancia de estas lesiones en el panorama español, así como su trayectoria a lo largo del tiempo. Desde el comienzo de estas mediciones, la prevalencia en los hospitales apenas ha disminuido desde el 8,24% del año 2003, hasta el 7,87% del último estudio en 2013, a pesar de los esfuerzos de divulgación de este problema y de las estrategias preventivas adoptadas⁽⁶⁻⁹⁾.

Otros estudios a nivel local arrojan resultados que reflejan una gran variabilidad, muchas veces motivada por las diferentes metodologías empleadas en su realización, así como por las características propias de los distintos hospitales. La prevalencia detectada en el Hospital Universitario de Getafe es del 3,8%⁽¹⁰⁾. Un estudio posterior, realizado en el Hospital de Cruces, determina una prevalencia del 10,26%⁽¹¹⁾; la cifra obtenida en las Islas Baleares para hospitales de agudos es del 8,6%⁽¹²⁾; otro estudio realizado en 2010 en un hospital de agudos en Valencia sitúa la prevalencia en un 24,7%⁽¹³⁾; en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza con los datos recogidos durante los años 2006-2013 se obtiene una prevalencia del 5%⁽¹⁴⁾, o los datos obtenidos en 2014 en el Hospital General de Elche que obtienen una prevalencia del 5,24%⁽¹⁵⁾.

En el panorama internacional también se aprecia una falta de homogeneidad en los resultados de prevalencia en hospitales. En EE. UU., distintos estudios muestran unas cifras entre el 14% y el 17%⁽¹⁶⁾; en Canadá se estimó en el 23,7%⁽¹⁷⁾, en Islandia en el 8,9%⁽¹⁸⁾, en Holanda en un 22%⁽¹⁹⁾, en Alemania en un 11,1%⁽¹⁹⁾, en Jordania en

un 12%⁽²⁰⁾ o el sorprendente 1,58% detectado en China⁽²¹⁾. Un estudio realizado en 25 hospitales europeos, estudiando una población de casi 6000 pacientes de Italia, Bélgica, Portugal, Reino Unido y Suecia empleando una metodología consensuada desde la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), obtuvo una prevalencia del 18,1%, con diferencias tan significativas como el 8,3% obtenido en Italia y el 23% de Suecia⁽²²⁾.

El hecho de estudiar de forma específica la prevalencia de LESCAH se fundamenta en la tendencia actual a diferenciar del conjunto de las UPP aquellas otras lesiones cutáneas cuya etiología no es la presión. Anteriormente, estas lesiones quedaban englobadas bajo la denominación de UPP o como dermatitis asociada a la incontinencia.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar la prevalencia de las UPP y LESCAH en las unidades de hospitalización del Hospital Universitario de Burgos.

Objetivos secundarios

- Identificar el número y las características de las UPP/LESCAH.
- Identificar las valoraciones del riesgo de padecer UPP registradas en la historia clínica.
- Conocer el uso de dispositivos de prevención de UPP/LESCAH.
- Conocer el grado de cumplimentación de los registros de enfermería relacionados con las UPP/LESCAH.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal mediante inspección directa de cada paciente y revisión de la historia clínica electrónica.

Se definieron los conceptos de LESCAH y de UPP y sus estadios, según el consenso adoptado en 2009 por el Nacional Pressure Score Advisory Panel (NPUAP) americano y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), y adoptado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)⁽²³⁾.

La observación directa de los pacientes fue realizada por 7 enfermeros miembros de la Subcomisión de Heridas, todos ellos con formación específica en la detección de UPP y LESCAH, y 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, y los datos se obtuvieron por consenso entre ambos observadores. Se invirtieron 91 horas para la realización del trabajo de campo, y fue llevado a cabo entre el 23 de febrero y el 10 de marzo de 2015.

Los datos durante el trabajo de campo se recogieron mediante una ficha individualizada para cada paciente, que incluye los datos de filiación y las variables del estudio. Estas fichas se identificaron con un código numérico que se utilizó para la transcripción de los datos, garantizando el anonimato de los participantes durante el proceso de tratamiento y análisis 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.

La población elegida para el estudio incluye a todos los pacientes 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.

La población total del estudio estaba formada por 422 pacientes, de los cuales se excluyeron 18 pacientes: 15 pacientes por negativa a participar en el estudio y 3 pacientes por presentar deterioro del estado cognitivo y ausencia de familiares a los que solicitar el consentimiento para la participación. Resultado: una muestra final de 404 pacientes.

Las variables de estudio se agrupan en:

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, días de ingreso.
- Variables clínicas: 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, existencia de UPP, existencia de LESCAH, origen de la lesión, número de lesiones, localización anatómica, estadio de la lesión, existencia de plan de cuidados específico para la lesión en la historia clínica, registro de la lesión en la historia clínica.

Consideraciones éticas. 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.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Burgos y con la conformidad de la Comisión de Cuidados del hospital.

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. Se solicitó su consentimiento verbal para la colaboración en el estudio.

La clave de codificación y las fichas de registro están custodiadas por un miembro del equipo investigador hasta su destrucción, pasado un periodo de 5 años.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La población está formada por 186 mujeres (46,03%) y 218 hombres (53,96%) con una edad media de 68,32 años (rango 14-100; desviación estándar [DE] ± 17,74).

Presentaron una media de días de ingreso hasta la fecha de estudio, de 7,43 días (DE ± 11,17).

Valoración del riesgo de úlceras por presión

Según el criterio de calidad del hospital, todo paciente mayor de 75 años debe tener realizada la valoración del riesgo mediante escala de Norton. Según este criterio de edad, del total de la muestra, 209 (51,73%) pacientes no precisaban ser valorados frente a 195 (48,26%) que cumplían el requisito de edad; de estos últimos, 164 (78,46%) presentaban valoración, mientras que 45 (21,53%) no tenían registro de valoración.

La distribución de los grados de riesgo detectados mediante escala de Norton se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución del riesgo de padecer úlceras por presión por grados, según puntuación de la escala de Norton

Puntuación en la Escala de Norton	Riesgo	N.º de pacientes	Porcentaje
Mayor de 14	Mínimo/inexistente	118	71,95
13 a 14	Medio	21	12,8
10 a 12	Alto	17	10,36
5 a 9	Muy alto	8	4,87

Dispositivo de prevención

Del total de la muestra, 344 (85,14%) pacientes no precisan de dispositivo de prevención según la puntuación obtenida en la escala Norton, mientras que 60 (14,85%) pacientes deberían contar con algún tipo de sistema de prevención. De estos, 31 (51,66%) pacientes contaban con algún dispositivo de prevención de UPP, mientras que 29 (48,33%) carecían de él.

Hay que destacar que en nuestro hospital todas las camas de hospitalización cuentan con un colchón de viscoelástica adecuado para bajos riesgos de UPP y que los datos se refieren a otros dispositivos adicionales.

Los tipos de dispositivos preventivos utilizados se detallan en la tabla 2, teniendo en cuenta que algún paciente contaba con varios dispositivos simultáneamente.

Tabla 2. Distribución de los dispositivos preventivos

Tipo de dispositivo	Número
Cojín antiescara	1
Talonerías de espuma	14
Apósitos de prevención	8
Ácidos grasos hiperoxigenados	2
Vendaje de algodón	10
Colchón de presión alternante	2
Botas neumáticas	3
Total	40

Lesiones detectadas

El número total de lesiones detectadas es 195, en 99 pacientes, lo que se traduce en un promedio de 0,48 lesiones por paciente de la población total y un promedio de 1,95 lesiones por paciente afectado, siendo 7 el mayor número de lesiones identificadas en un mismo paciente.

Del total de lesiones, 24 se diferenciaron como LESCAH en 23 pacientes, obteniéndose una prevalencia de LESCAH del 5,69%, mientras que 171 fueron UPP, en 87 pacientes, resultando una prevalencia de UPP del 21,53%

El origen de las lesiones es considerado extrahospitalario en 11 (11,11%) e intrahospitalario en 88 (88,88%) lesiones.

La localización anatómica de las lesiones se especifica en la tabla 3.

La distribución de las lesiones atendiendo a su estadio se detalla en la tabla 4.

Tabla 3. Distribución de las lesiones detectadas por localizaciones anatómicas

Localización	Número	(%)
Codo	48	28,07
Talón	39	22,80
Oreja	31	18,12
Sacro	19	11,11
Maléolo	11	6,43
Glúteo	6	3,5
Isquion	5	2,92
Trocánter	3	1,75
Apófisis vertebrales	3	1,75
Pie	2	1,16
Otros	2	1,16
Nariz	1	0,58
Occipital	1	0,58
Total	171	100

Tabla 4. Distribución de las lesiones detectadas por estadios

Estadios	Número	(%)
I	97	56,72
II	63	36,84
III	4	2,33
IV	5	2,92
No estadificable	2	1,16
Total	171	100

Cumplimentación de los registros

Según los requisitos de calidad de nuestro hospital, del total de pacientes de la muestra, 155 (38,36%) pacientes deberían contar con plan de cuidados relacionado con el riesgo de UPP. De estos, 74 (47,74%) cuentan con plan de cuidados registrado, mientras que 81 (52,25%) carecen de él.

La aplicación informática GACELA-CARE cuenta con un registro específico de UPP en la historia clínica electrónica; de los 99 pacientes que presentan lesiones, 6 (6,06%) pacientes cuentan con el registro específico, y no lo presentan 93 (93,93%) pacientes.

DISCUSIÓN

Valoración del riesgo de padecer UPP

Se ha detectado un cumplimiento de los estándares de calidad de nuestro hospital, que especifican la valoración del riesgo mediante escala de Norton en todo paciente mayor de 75 años, del 78,46%.

Este porcentaje es similar al 72,7% obtenido en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba²⁴ o a los datos obtenidos en la Clínica Universidad de Navarra con un 84% de valoraciones realizadas al ingreso y un 71% de reevaluaciones posteriores²⁵. Sin embargo, sigue siendo un dato que apenas se refleja en la bibliografía, ya que muchos estudios optan por realizar la medición del riesgo en el momento de la investigación.

Al comprobar la realización de la valoración del riesgo con la existencia de UPP, se observa que un 12,12% de los pacientes con algún tipo de lesión pertenece al grupo de pacientes mayor de 75 años pero que carecen de la valoración que les corresponde por el criterio de edad, con lo que podemos argumentar que es necesario llegar a cumplimientos de los estándares de calidad del 100% para evitar pérdidas de pacientes con riesgo efectivo de padecer UPP.

Al mismo tiempo, un 39,39% de los pacientes con lesión son menores de 75 años y carecen de valoración de riesgo al incumplir el criterio de edad, lo que nos lleva a cuestionar la pertinencia de un criterio únicamente cronológico para la valoración de riesgo de UPP.

Dispositivo de prevención

El porcentaje de pacientes que por su valoración del riesgo en la escala de Norton debiera contar con algún dispositivo preventivo es bajo (14,85%), pero casi la mitad de ellos (48,33%) carece de él. Este aspecto no se ha encontrado reflejado en la bibliografía consultada, por lo que no se ha podido comparar con otros datos.

Prevalencia de UPP

La prevalencia de UPP obtenida casi triplica lo esperable según las cifras de los estudios nacionales, en el 4.º estudio de prevalencia de UPP en España con datos del año 2013, que sitúa la prevalencia nacional de UPP en 7,87% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 7,31-8,47%), frente al 21,53% obtenido en nuestro hospital.

Por otro lado, existen estudios que obtienen cifras similares tanto en el panorama nacional como en el internacional. Un 24,7% en el hospital Clínico de Valencia¹³, 23,7% en Canadá¹⁷, 22% en Holanda o el 23% de Suecia.

Estos resultados aparentemente tan negativos se merecen un análisis más detallado para valorarlos en profundidad. La cuestión más importante deriva de la clasificación por estadios de las úlceras estudiadas. Según se muestra en la figura 1, existe una gran diferencia entre las prevalencias diferenciadas por categorías, apreciándose en nuestro hospital un mayor porcentaje de las categorías más leves frente a las más graves. Si bien se ha detectado un mayor número de lesiones de las esperadas, estas son de menor gravedad, y llama poderosamente la atención que más de la mitad (56,72%) corresponden al estadio I, cifra que no alcanza el 20% en el estudio nacional⁹ (fig. 1), pero se acerca a los resultados obtenidos en un estudio multicéntrico internacional europeo que detecta un porcentaje de UPP en estadio I cercano al 50%²². La suma de los estadios más leves, el I y el II, supone el 93,56% del total de la prevalencia.

Como posible causa del incremento de la detección de UPP en estadio I aludimos a que la metodología del estudio se fundamenta en la observación directa de las lesiones por parte de un equipo de profesionales pertenecientes a la Subcomisión de Heridas de nuestro hospital. Estos profesionales contamos con formación posgrado en el cuidado de heridas y probablemente, como instrumento de medición, presentamos una sensibilidad mayor que la media para la detección de este tipo de lesiones leves.

De hecho, si ajustáramos la prevalencia de las UPP en estadio I a la media nacional (19,5%), la cifra de UPP en estadio I sería 38 y el resultado de la cifra total de prevalencia se vería reducido a un 15,74%. Si excluyéramos totalmente las UPP de estadio I, la cifra de prevalencia total se vería reducida al 10,9%. Una tendencia similar se recoge en estudios de prevalencia en Canadá, donde se determina una prevalencia total del 23,7%, que queda reducida al 13,1% si se excluyen las UPP de estadio I¹⁷. Otra cifra similar es la obtenida por Lahmann, excluyendo las UPP en estadio I, que fija la prevalencia en los hospitales alemanes

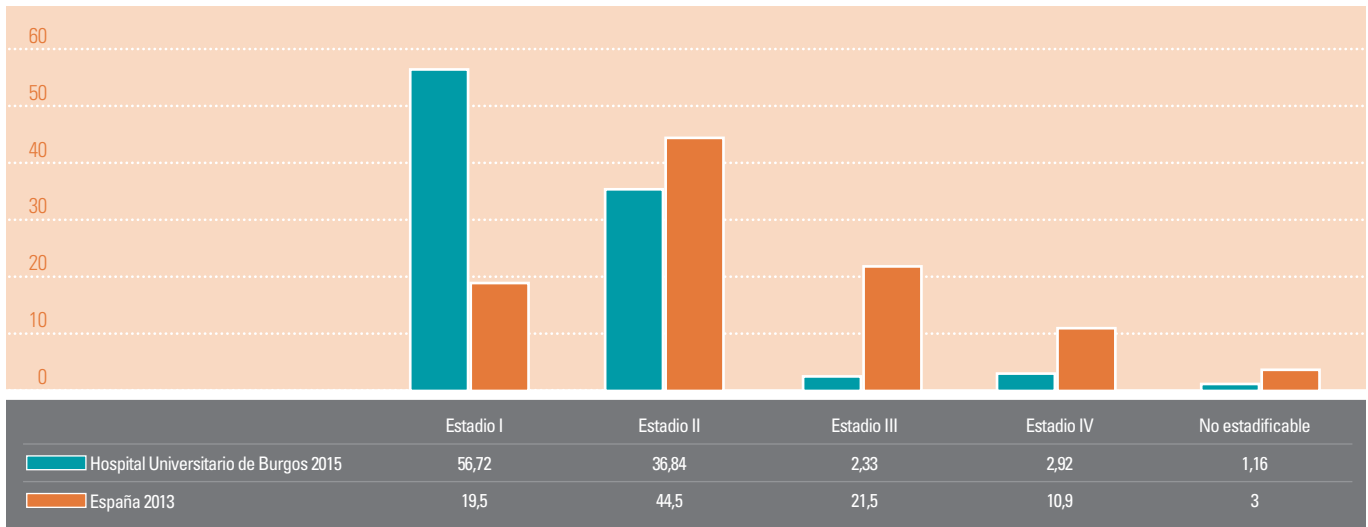


Figura 1. Distribución de las úlceras por presión por estadios (%).

en un 10,2%²⁶. EL estudio de Vanderwe obtiene una prevalencia media en cinco países europeos del 18,1%, mientras que si se excluyen las de estadio I, la prevalencia se sitúa en un 10,5%²². Los datos recogidos en el Hospital Clínico de Valencia presentan una distribución prácticamente idéntica, con una prevalencia total del 24,7% y un porcentaje del 56,5% de UPP estadio I¹³.

Prevalencia de LESCAH

No se han encontrado datos en la bibliografía consultada sobre prevalencia de LESCAH en entorno hospitalario para establecer comparaciones. Achacamos esta circunstancia a los recientes cambios producidos en la categorización de estas lesiones que anteriormente aparecían englobadas en categorías como UPP o dermatitis asociada a la incontinencia.

Úlceras por presión por localización anatómica

Los datos nacionales a nivel hospitalario establecen como localizaciones más frecuentes de UPP: sacro/coxis 35%, talón 30,2%, glúteo 6%, maléolo 5,8% y trocánter 4,7%⁹. La preponderancia de sacro y talón como zonas más frecuentes para el desarrollo de UPP se mantiene en prácticamente toda la bibliografía consultada^(11,12,13,22). Mientras que los datos obtenidos en nuestro estudio mantienen porcentajes altos para las localizaciones más habituales: talón 22,8%, sacro 11,11%, maléolo 6,43% y glúteo 3,5%. Al mismo tiempo se detectan elevados porcentajes para codo 28,07% y oreja 18,12%, localizaciones que en el estudio nacional apenas se reflejan como un 1% en las cifras globales, sin especificar las correspondientes al entorno asistencial exclusivamente hospitalario. Podemos concluir que la aparición de una frecuencia tan importante en estas locali-

zaciones obedece a la sensibilidad observada para la detección de UPP de grado I, mayoritarias en codo y oreja, y causadas por fricción con la cama o por el uso de dispositivos de administración de oxígeno.

CONCLUSIONES

- La inclusión de la medición del riesgo de padecer UPP/LESCAH en la valoración de enfermería de todos los pacientes ingresados sin atenderse a criterios de edad parece una estrategia más adecuada para la detección de necesidades preventivas.
- El uso de dispositivos de prevención adecuados debe ser protocolizado en todos aquellos pacientes con riesgo detectado.
- La prevalencia de UPP resultante es alta a causa de la elevada detección de lesiones en los estadios más leves.
- La realización de estudios de prevalencia de lesiones cutáneas diferenciados por mecanismos etiológicos podría aportar datos más detallados sobre la situación real, adaptándose más al modelo de las lesiones relacionadas con la dependencia.
- Parece aconsejable aumentar la formación específica del personal de enfermería para la detección, prevención y tratamiento de las UPP estadio I.
- Es conveniente incluir en la valoración rutinaria de la piel en busca de lesiones, las localizaciones anatómicas menos habituales como son el codo y la oreja por su elevada prevalencia en úlceras de presión de estadios leves ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionados con este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*. 1988;1:32-8.
- Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- Soldevilla Agreda JJ. STOP a las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2010;21(2):54.
- Estudio EPINE-EPPS 2015. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202015%20INFORME%20GLOBAL%20DE%20ESPA%C3%91A%20RESUMEN.pdf>
- Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer Estudio Nacional de Preva-

- lencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes*. Gerokomos. 2003;14(1):37-47.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 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.
 8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2011;22(2):77-90.
 9. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-70.
 10. González JM, Blanco JM, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, et al. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Rev. Calidad Asistencial*. 2003;18(3):173-7.
 11. Sánchez-Rubio MP, Blanco-Zapata RM, San Sebastián-Domínguez JA, Merino-Corral I, Pérez-Del Pecho C, Arribas-Hernández FJ. Estudio de prevalencia del efecto adverso de úlceras por presión en un hospital de agudos. *Enferm Clin*. 2010;20:355-9. Doi:10.1016/j.enfcli.2010.09.003
 12. Tomás-Vidal AM, Hernández-Yeste MS, García-Raya MD, Marín-Fernández R, Cardona-Roselló J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clin*. 2011;21(4):202-209. Doi:10.1016/j.enfcli.2011.03.005
 13. 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).
 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*. 2015;30(3):135-41. Doi:10.1016/j.cali.2015.01.011
 15. Talens Belén F. Formación y prevención en úlceras por presión: prevalencia en el Hospital General de Elche. Gerokomos. 2015;27(1):33-7.
 16. Whittington KT, Briones R. National prevalence and incidence study: 6-year sequential acute care data. *Adv Skin Wound Care*. 2004;17:490-4.
 17. Van Gilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Manage*. 2008;54(2):40-54.
 18. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *J Clin Nurs*. 1999;8(2):170-9.
 19. Tannen A, Dassen T, Bours G, Halfens R. A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. *International J Nurs Studies*. 2004;41:607-12.
 20. Tubaishat A, Anthony D, Saleh M. Pressure ulcers in Jordan: A point prevalence study. *J Tissue Viability*. 2011;20:14-9. doi:10.1016/j.jtv.2010.08.001
 21. 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*. 2014;7(5):2587-94.
 22. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13: 227-35. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x
 23. García-Fernández FP, et al. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014. Disponible en: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf>
 24. De la Torre Barbero MJ, Turrado Muñoz MA, Romero Bravo AM, Aguilera Peña F, Corrales Mayoral MT, Giraldez Rodríguez A. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes adultos ingresados en un hospital de tercer nivel. *Evidentia*. 2010 jul-sep;7(31). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n31/ev7185.php>
 25. Labiano-Turrillas J, Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Juandeaburre-Pedroarena B, Iruarizaga-Sagredo A, Morillo-Cabezas E. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. Gerokomos. 2013;24(4):184-8.
 26. Lahmann NA, Halfens RJG, Dassen T. Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics. *Ostomy Wound Manage*. 2006;52(2):20-33.