

Paola Carbonell-Fornés¹
 Mayte Murillo-Llorente²

1. Enfermera geriátrica, SACOVA. Alcoi (Alicante).
2. Profesora y enfermera. Universidad Católica de Valencia.

Correspondencia:
 Paola Carbonell-Fornés
 E-mail: paola.carbonell.fornes@gmail.com

Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes

Pressure ulcers in gerontology: Prevalence and defining variables of injuries and patients

RESUMEN

ABSTRACT

La prevalencia de las úlceras por presión en ancianos institucionalizados es un tema preocupante en la elaboración de los planes de cuidados de enfermería. Las úlceras por presión son el resultado de un conjunto de factores: encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas, incontinencia, etc.

Deseamos conocer y especificar las características de los pacientes con úlceras por presión, así como los aspectos relacionados con las estrategias y prácticas actuales de prevención de las mismas en los pacientes de un centro sociosanitario.

Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo de prevalencia retrospectivo. La recogida de datos se realizó en el periodo de un año (septiembre de 2012-septiembre de 2013).

Para el cálculo de la epidemiología de las úlceras por presión se utilizaron directrices de clasificación e indicadores epidemiológicos recomendados por el GNEAUPP. Según el diseño del estudio, se utilizaron diversos estadísticos descriptivos: valores de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión, así como tablas de contingencia.

Se estudió una muestra de 191 pacientes, de los cuales 56 eran hombres y 135 mujeres, con una media de edad de 83 años y una desviación típica de 14,23.

Se estudió la prevalencia de padecer úlceras por presión, se contrastó con diferentes factores predisponentes y se estudió el comportamiento de estos con las medidas de prevención. Es importante realizar estudios de prevalencia sistemática y periódicamente para conocer su importancia real a todos los niveles y poder abordar políticas eficaces y eficientes de tratamiento y prevención.

PALABRAS CLAVE: úlceras por presión, prevalencia, prevención, centro sociosanitario.

The prevalence of pressure sores in institutionalized elderly is a worrisome topic developing Nursing Care Plans. Bedsores are the result of a set of factors: prolonged bed rest, reduced mobility, malnutrition, physiological disorders, incontinence and so on. The purpose of this study is to determine and specify patients characteristics with pressure ulcers, as well as some aspects related to strategies and current practices in order to prevent this disease in nursing home.

I have developed an observational, descriptive retrospective prevalence. The data was collected during one-year period (September 2012- September 2013).

To calculate the epidemiology of pressure ulcers, it will be used classification guidelines and epidemiological indicators recommended by GNEAUPP. According to the study design, various descriptive statistics will be used: Frequency values, measures of central tendency and dispersion, as well as contingency tables.

A sample of 191 patients was studied, of whom 56 were men and 135 women, with a mean age of 83 years and a standard deviation of 14.23.

The prevalence of having pressure ulcers was studied, it was checked with different predisposing factors and its behaviour was studied with preventive measures. Is important to perform periodically systematic studies of prevalence in order to know its real importance at all levels and to address effective and efficient treatment policies and prevention.

KEYWORDS: pressure ulcers, prevalence, prevention, nursing homes.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de las heridas es, sin duda, una de las acciones más cotidianas en la actividad sanitaria y sociosanitaria desarrollada por los profesionales sanitarios en los distintos contextos asistenciales.

El binomio vejez-incontinencia facilita de manera clara y relevante la aparición y desarrollo de estas lesiones. En el estudio de Martínez y cols.

sobre incontinencia urinaria se afirma que en pacientes institucionalizados mayores de 65 años, el porcentaje de padecer incontinencia urinaria es del 40% al 60%¹.

No se tienen muchos datos acerca de la incidencia de la incontinencia fecal y mixta, aunque se estima que pueden afectar al 2% de la población con un riesgo aumentativo en pacientes institucionalizados².

Se estima que padecer incontinencia fecal supone un incremento del 22% en el riesgo de padecer UPP³.

Doreen Norton desarrolló en 1962 la primera escala de valoración de UPP (EVRUPP) en la cual se incluía la incontinencia como factor importante de padecer estas lesiones. Todas las escalas que han aparecido posteriormente y que derivan de la Norton han incluido la incontinencia urinaria y fecal como factores de riesgo^{4,5}.

Desde los estudios realizados por Jordan y cols. y Jordan y Clark se han realizado múltiples estudios acerca de la localización y estadios de las UPP. Según estos autores, las localizaciones más frecuentes son: sacro (40%) y talones (20%), seguidos de isquiones (15%) y trocánteres (10%), aunque las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo⁶.

En el 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España realizado en 2009, los datos obtenidos lo fueron a partir de 2468 lesiones; de ellas, un 20% en estadio I, un 43% en estadio II, un 24% en estadio III y un 11,4% en estadio IV, quedando el resto sin estadio.

En este estudio, la prevalencia cruda (PC) obtenida para centros sociosanitarios fue del 6,39% y la prevalencia media (PM) del 7,35% ± 6,4% (mediana: 5,55).

En atención sociosanitaria, los estadios se distribuyen según los siguientes porcentajes: estadio I, 19,1%; estadio II, 40,7%; estadio III, 25,8%, y estadio IV 14,4%, siendo las localizaciones más frecuentes: sacro (31%), talón (23,3%), trocánter (10,3%), maléolos (8,6%), glúteos (6,1%), pies (6,6%), piernas (3,3%), apófisis vertebrales (2,7%), isquiones (2,4%), escápulas, hombros y omóplatos (1,3%); resto de localizaciones: inferiores al 0,9%⁷.

En relación con las residencias geriátricas, Park-Lee y Caffrey presentan el conjunto de Residencias Asistidas Norteamericanas (datos del National Center Health Statistics [NCHS] del CDC) y muestran una prevalencia similar a la encontrada por el GNEAUPP en el 3.º Estudio de Prevalencia Nacional en España, del 11%⁸.

Las UPP representan un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo, y que perturban su salud, su calidad de vida y pueden conducir a la discapacidad o la muerte⁹.

Se reconoce a nivel internacional que la mayoría de las UPP son evitables. Pam Hibbs demostró que la mayoría de UPP pueden prevenirse mediante los cuidados y dispositivos adecuados y oportunos. De esta manera se reconoce que la prevención es la mejor estrategia frente al problema de las UPP^{10,11}.

La prevención de las UPP se ha de realizar sobre cinco grupos de acciones-intervenciones:

1. Valoración del riesgo de desarrollar UPP. Se recomienda en todos los casos utilizar EVRUPP.
2. Cuidados de la piel. Es necesario realizar una inspección sistemática de la piel a los pacientes de riesgo. Es fundamental detectar de forma temprana la presencia de edema, eritema local, calor, cambios de turgencia, escoriaciones, pequeñas lesiones, induración, etc., así como valorar con atención las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o estomas.
3. Movilización y cambios posturales. Es imprescindible protocolizar los cambios posturales a los pacientes con movilidad reducida.
4. Manejo de la presión: utilización de superficies especiales y de manejo local (SEMP).
5. Cuidados nutricionales. Tanto la nutrición como la hidratación son fundamentales en la prevención y el tratamiento de las UPP.

El paciente con un alto riesgo de desarrollar UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica, además de un estado de hidratación adecuado¹².

Pancorbo y cols. afirman en uno de sus artículos que “un recurso importante para la prevención y tratamiento de las UPP son los protocolos o planes de actuación concretos” y que “la protocolización de las intervenciones preventivas contribuye de forma notable a la disminución de la incidencia de UPP”¹³.

OBJETIVOS

1. General:
 - Determinar la prevalencia de UPP en pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario.
2. Específicos:
 - Conocer el riesgo de UPP de los pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario.
 - Describir variables relacionadas con estrategias y prácticas actuales de prevención de UPP en el centro sociosanitario.
 - Conocer la relación entre sexo, edad, presencia de incontinencia, inmovilidad y nutrición, y la presencia de UPP de los pacientes institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos desarrollado un estudio observacional, descriptivo de prevalencia retrospectivo.

La recogida de datos se realizó en el periodo de un año (septiembre de 2012-septiembre de 2013).

La muestra objeto de estudio está formada por 191 pacientes, de los cuales 48 presentan UPP.

Las variables a estudiar en los pacientes han sido: edad (variable cuantitativa continua), sexo (variable cualitativa dicotómica), riesgo de UPP evaluado por la escala Norton (cualitativa ordinal), incontinencia (cualitativa policotómica), presencia de UPP (cualitativa dicotómica), número de UPP por paciente (cuantitativa discreta), estadio de UPP (cualitativa ordinal) según GNAUPP, lugar donde se originó la lesión (cualitativa policotómica), nutrición: toma de suplemento nutricional (cualitativa dicotómica), inmovilidad (cualitativa dicotómica), localización (cualitativa policotómica).

Asimismo se estudiaron diferentes estrategias de prevención como: utilización de superficie especial para el manejo de la presión (colchón/cojín antiescaras) (cualitativa dicotómica), existencia de comisión de UPP (cualitativa dicotómica), realización de estudios de prevalencia/incidencia en el centro en los últimos 5 años (cualitativa dicotómica), existencia de protocolos de prevención de UPP escritos (protocolo de control postural, protocolo de inmovilismo, prevención y actuación ante heridas y UPP, prevención y actuación en estados de desnutrición) (cualitativa dicotómica), uso de escalas (valoración geriátrica integral (VGI) y plan de atención personalizado interdisciplinar (PAPI) y Norton (cualitativa dicotómica).

Realizamos un análisis descriptivo consistente en cálculos de frecuencia y su representación mediante gráficos de barras y cálculo de diversas medidas de posición y dispersión. Asimismo, hicimos diversos contrastes de hipótesis mediante la prueba de χ^2 con un valor de significación $p \leq 0,05$.

El presente estudio se ha llevado a cabo de acuerdo con los principios básicos para toda investigación médica, declaración de Helsinki, y de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, publicada el 14 de diciembre de 1999 en el BOE, núm. 298 y posteriores disposiciones.

RESULTADOS

Del total de pacientes, 56 son hombres y 135 mujeres, que representan, respectivamente, un 29,32% y un 70,68%.

Del total de pacientes y sin realizar distinciones por sexo tenemos que un 25,13% presentan UPP mientras que un 74,87% no presentan estas lesiones.

Si tenemos en cuenta la presencia de UPP, nos encontramos con 48 (25,13%) pacientes, de los cuales un 27,08% son hombres y un 72,92%, mujeres.

La prevalencia calculada sobre el total de pacientes con UPP es del 25,13%, mientras que en el caso de los hombres es del 27,08% y en el de las mujeres del 72,92%.

En nuestro estudio, la media de edad de la totalidad de los pacientes es de 83 años, con una desviación típica de 14,23.

En el caso de padecer UPP, la media de edad es de 88,91 años, con una desviación típica de 12,23.

En referencia a la escala Norton, en la tabla 1 se muestra el riesgo de padecer UPP en la totalidad de los pacientes.

Del mismo modo, observamos en la tabla 2 el riesgo de padecer UPP en pacientes que ya han desarrollado estas lesiones.

Si nos centramos en las UPP, las localizaciones más frecuentes se muestran en la figura 1.

En cuanto al estadio de las UPP, observamos que un 28,77% son de estadio I, un 49,32% son de estadio II, un 17,81% de estadio III y un 4,11% de estadio IV.

En el caso de analizar la inmovilidad de los pacientes y relacionarla con la presencia o ausencia de UPP, los resultados son los siguientes:

- En el caso de presentar UPP, solo el 2,08% de los pacientes presentan movilidad, en tanto que un 85,42% presenta movilidad reducida (silla de ruedas) y el 12,50% se encuentra encamado.
- En el caso de no presentar UPP, encontramos que un 54,55% presenta movilidad, un 42,66% presenta movilidad reducida (silla de ruedas) y un 2,80% está encamado.

Respecto a la incontinencia de la totalidad de pacientes tenemos que un 54,45% no presenta incontinencia, un 14,66% presenta incontinencia urinaria y un 30,89% presenta incontinencia mixta. Si nos fijamos solamente en los pacientes con UPP, los datos varían; un 22,92% no presenta incontinencia, un 8,33% presenta incontinencia urinaria y un 68,75% presenta incontinencia mixta.

Del total de pacientes separados por sexo encontramos que un 70,68% son mujeres que presentan incontinencia y un 29,32% son hombres con este mismo problema. Si nos referimos a los pacientes con UPP, encontramos que el porcentaje de mujeres es del 72,92% y el de hombres, del 27,08%. Por tanto, las mujeres con incontinencia casi triplican el porcentaje de hombres con la misma problemática.

Referente al suplemento nutricional en la totalidad de pacientes, los datos indican que un 24,08% toman suplemento, respecto a un 73,30% que no lo toman, mientras que un 2,62% se alimenta con nutrición enteral (sonda PEG).

Tabla 1. Escala Norton sobre la totalidad de pacientes analizados

| Tipo de lesión | n | % |
|--|------------|---------------|
| Riesgo muy alto (5-9) | 10 | 5,24 |
| Riesgo alto (10-12) | 54 | 28,27 |
| Riesgo medio (13-14) | 45 | 23,56 |
| Riesgo mínimo o ausencia de riesgo (≥15) | 82 | 42,93 |
| | 191 | 100,00 |

Tabla 2. Escala Norton sobre pacientes que han desarrollado UPP

| Tipo de lesión | n | % |
|--|-----------|---------------|
| Riesgo muy alto (5-9) | 3 | 6,25 |
| Riesgo alto (10-12) | 28 | 58,33 |
| Riesgo medio (13-14) | 12 | 25,00 |
| Riesgo mínimo o ausencia de riesgo (≥15) | 5 | 10,42 |
| | 48 | 100,00 |

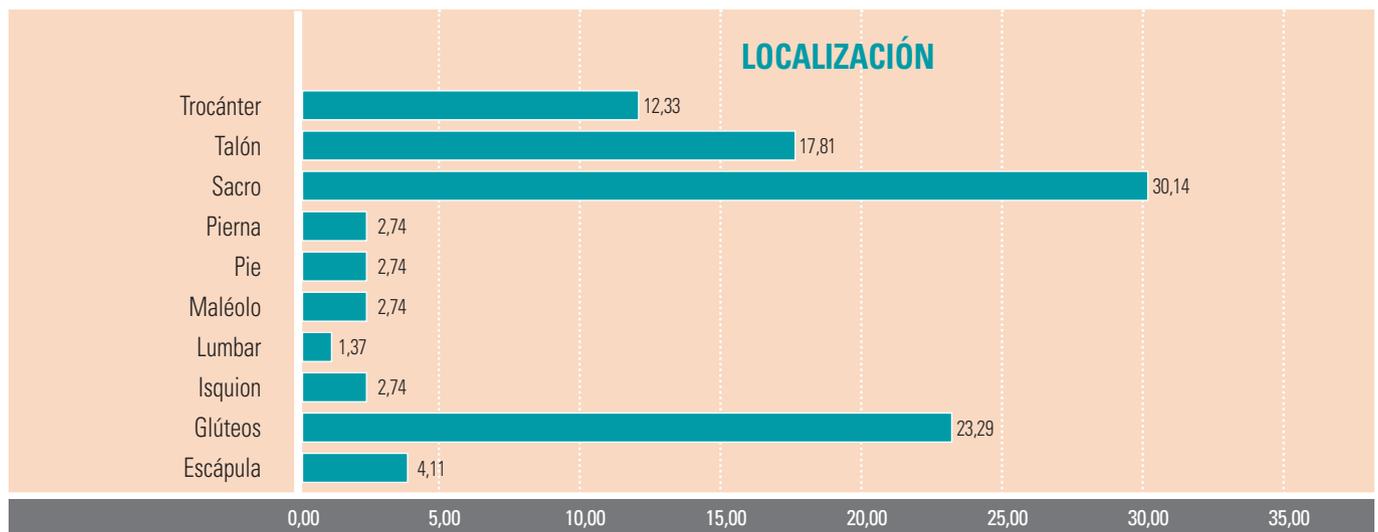


Figura 1. Porcentajes de las localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión.

Si observamos esta misma variable respecto a los pacientes con UPP, observamos que un 47,92% toma suplemento, un 47,92% no lo toma y un 4,17% se alimenta por nutrición enteral (sonda PEG).

Respecto a las superficies especiales de manejo de la presión en la totalidad de pacientes, observamos que un 21,47% utiliza colchón anti-escaras, mientras que un 78,53% no lo utiliza. En cuanto al cojín anti-escaras, sobre la totalidad de pacientes es utilizado por un 31,94%, mientras que un 68,06% no lo utiliza.

Respecto a la misma variable pero observando a los pacientes que presentan UPP, los datos muestran que un 45,83% y un 60,42% utilizan, respectivamente, colchón y cojín anti-escaras.

También realizamos comparaciones entre distintas variables no paramétricas, para analizar si hay relación entre ellas.

En el primer análisis queremos estudiar si existe relación entre edad y presencia de UPP. Para ello utilizamos la prueba χ^2 con un nivel de probabilidad del 95% ($\alpha = 0,05$) y $p = 6$. Obtenemos un valor $\chi^2 = 6,4719$, que nos indica independencia entre las variables estudiadas.

También nos hemos propuesto analizar la relación entre el sexo de los pacientes y la presencia de UPP. En este caso realizamos la prueba de χ^2 con $\alpha = 0,05$ y $p = 1$, con la que obtenemos un valor $\chi^2 = 0,1574$, que nuevamente nos indica independencia entre las variables analizadas.

Realizamos asimismo la comparación entre las variables incontinencia y presencia de UPP, con $\alpha = 0,05$ y $p = 2$, obteniéndose en este caso un valor $\chi^2 = 43,2079$, que nos indica que ambas variables son dependientes una de otra. Del mismo modo analizamos la relación entre las variables suplemento nutricional y presencia de UPP, obteniendo para $\alpha = 0,05$ y $p = 2$ un valor de $\chi^2 = 21,3430$, que también nos indica dependencia entre ellas, y, por último, realizamos la comparación entre las variables inmovilidad y presencia de UPP, con la que obtenemos un valor de $\chi^2 = 42,6793$, que con $\alpha = 0,05$ y $p = 2$ también nos indica dependencia entre ellas.

Resumiendo, podemos afirmar que la presencia de UPP es independiente de la edad y el sexo de los pacientes, mientras que existe dependencia entre la presencia de UPP y la incontinencia, la nutrición y la inmovilidad de dichos pacientes.

En cuanto a las políticas de prevención de UPP según niveles asistenciales, observamos que no existe comisión de UPP, no se había calculado antes la prevalencia y la incidencia, existen varios protocolos, y en relación a la prevención de UPP se utilizan: prevención y actuación en estados de desnutrición, prevención y actuación ante incontinencias, control postural, valoración de lesiones, inmovilismo y prevención y actuación ante heridas y úlceras por presión, se valora el riesgo de los pacientes mediante la escala Norton, y también se realiza una valoración geriátrica integral (VGI) y un plan de atención personalizado interdisciplinar (PAPI), valoraciones que se realizan al ingreso, al mes del ingreso y posteriormente cada 6 meses. Mensualmente se registran los pacientes que tienen riesgo alto y muy alto en la escala Norton. También mensualmente hay control de aparición de UPP.

DISCUSIÓN

Al tratarse de un estudio con datos directos, podemos afirmar que la validez del estudio es elevada.

Consideramos imprescindible el conocimiento de la epidemiología de las UPP, por ser un instrumento básico, a todos los niveles, para el diseño de políticas sociosanitarias orientadas al estudio de este problema, especialmente en el ámbito de la gerontología.

El cálculo de la prevalencia en nuestro caso se ha realizado tomando como población total el número de residentes ingresados, lo cual nos da

un índice de prevalencia que en un principio y sin tener en cuenta los problemas que concitan los estudios realizados por estimación indirecta se podría considerar alto ($PC = 25,13\%$).

Esta cifra, pese a ser elevada si la comparamos con los diferentes estudios nacionales de prevalencia de UPP publicados en los años 2003, 2006 y 2011, es, sin embargo, semejante a la referida por Hernández Martínez en su tesis doctoral, en la que indica prevalencias entre el 20,6% y el 33,33% en instituciones sociosanitarias. Este autor indica que en la Unidad de Geriátrica del Hospital Insular, la prevalencia es del 21,79%; en la Unidad de Geriátrica Jiménez Díaz Bajo de la Fundación Hospital Avilés, del 20,6%, y del 33,33% en la Unidad de Agudos y Cuidados Paliativos del Hospital Insular¹⁴.

También el estudio realizado por Casimiro y cols., realizado en 50 unidades de geriatría españolas, indica una prevalencia del 35,7%¹⁵.

Sin embargo, en el 3.º Estudio de Prevalencia de UPP en España⁷ encontramos una prevalencia del 6,10%, la cual nos parece excesivamente baja, reconociendo el propio autor que realmente este dato puede estar enmascarado, al no disponer de un gran número de participantes (encuestas recibidas) en el sector sociosanitario y además no poder constatar la veracidad de los datos recibidos. Consideramos que es imprescindible conocer los datos directos y reales para tener un conocimiento exhaustivo de la situación y poder abordar de esta manera políticas eficaces de prevención.

Consideramos, por tanto, de mayor fiabilidad los datos de prevalencia obtenidos por Hernández Martínez, al haber sido obtenidos de manera directa, al igual que en nuestro estudio.

En referencia al sexo, podemos destacar que las UPP afectan en mayor proporción a las mujeres; esta prevalencia mayor en mujeres parece debida probablemente a su mayor supervivencia, que no siempre va asociada a una buena calidad de vida.

En los estudios realizados por Soldevilla y cols. en 2009 se resalta que las UPP afectan en mayor proporción a las mujeres, destacando en los centros sociosanitarios una prevalencia del 70,3% frente al 29,7% de hombres, datos semejantes a los obtenidos por nosotros⁷.

En nuestro estudio observamos que la mayor proporción de presencia de UPP se halla en el rango de edad de 86 a 90 años.

El 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP constata que un 84,2% de pacientes con UPP son mayores de 65 años, de los cuales el 35,3% están ingresados en centros sociosanitarios, pero no se encuentran datos de rango de edad⁷.

En referencia a la evaluación del riesgo de padecer UPP, hemos utilizado la escala Norton por su simplicidad y veteranía.

Si comparamos nuestros resultados respecto de las localizaciones más frecuentes (fig. 1) con los del 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP realizado en 2009, observamos que los porcentajes obtenidos son muy aproximados, exceptuando la zona glútea, a los obtenidos por nosotros. Así, Soldevilla y cols. constatan un 31% para el sacro, un 23,3% para talones, un 10,3% para trocánteres y un 6,1% para la zona glútea⁷.

Un dato a resaltar es la presencia de úlceras en la zona glútea, puesto que en esta localización no existe prominencia ósea, por lo que este dato podría estar indicando úlceras por humedad debida a la incontinencia más que UPP.

También Jordan y cols. y Jordan y Clark realizan varios estudios acerca de las localizaciones más frecuentes, obteniendo porcentajes del 40% para sacro, 20% para talones y 10% para trocánteres⁶.

Pese a que las UPP pueden aparecer en cualquier parte de cuerpo, es evidente que los mayores porcentajes se obtienen en las zonas donde existe prominencia ósea.

En relación con el estadio de las UPP, en nuestro estudio observamos que el mayor porcentaje lo tenemos en las UPP de estadios I y II, lo

cual nos lleva a pensar que los cuidados que se realizan en los estadios primeros hacen que no avancen hacia estadios superiores.

Realizando las comparaciones con el estudio de Soldevilla y cols., se constatan unos porcentajes similares, con un 20% para estadio I, un 43% para estadio II, un 24% para estadio III y un 11,4% para estadio IV⁷.

Observamos que una vez más los porcentajes son similares a los del 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP, 2009⁷, aunque con alguna diferencia significativa.

Vemos en ambos casos que las UPP de estadios III y IV han ido disminuyendo con el tiempo a expensas de los estadios I y II que ocupan el mayor porcentaje, dato que es muy positivo y seguramente significativo de que existen unas buenas medidas de prevención, lo cual hace que las lesiones no evolucionen a estadios de mayor gravedad.

Con nuestros datos podemos afirmar que la inmovilidad o movilidad reducida es un factor intrínseco que favorece la aparición de UPP, y también que es una complicación en cualquier nivel asistencial.

También podemos afirmar, a la vista de nuestros datos, que la incontinencia es, sin duda, un factor predisponente al desarrollo de las UPP; de ahí la importancia de incluir en las escalas de valoración la incontinencia.

Soldevilla y cols. constatan que en ancianos institucionalizados las cifras de incontinencia oscilan entre el 40% y el 60%. Se estima que padecer incontinencia fecal supone un 22% más de riesgo de padecer este tipo de lesiones¹⁶.

Las lesiones debidas a la incontinencia muchas veces se clasifican erróneamente como UPP, siendo, sin embargo, lesiones cutáneas que no están causadas por presión y fricción. Por tanto, es muy importante clasificar bien las lesiones para poder abordar estrategias de prevención y tratamiento adecuadas, ya que las lesiones por incontinencia pueden confundirse con UPP en estadio I.

La malnutrición es un proceso patológico que afecta a un porcentaje elevado de ancianos, y es un factor de morbimortalidad y de mala calidad de vida. Las consecuencias de este proceso son muy graves, ya que se produce, por ejemplo, alteración del estado inmunitario, agravamiento de los procesos infecciosos, aparición de UPP, etc.

Diversos estudios demuestran cómo los suplementos nutricionales influyen favorablemente en la recuperación funcional de los ancianos. Doshi y cols. demostraron que en pacientes ingresados en los servicios

de traumatología los suplementos nutricionales disminuían la aparición de infecciones de la herida quirúrgica, UPP y otras complicaciones menores¹⁷.

Respecto a las SEMP, diremos que cada vez se utilizan más como medida preventiva. Constatamos también que estas medidas son importantes en el proceso de curación.

Respecto de la dependencia entre variables, concluimos que existe independencia entre padecer UPP y las variables sexo y edad, mientras que existe dependencia entre la presencia de UPP y las variables incontinencia, movilidad y suplemento nutricional.

CONCLUSIONES

- Nuestro estudio revela una prevalencia de presencia de UPP del 25,13% sobre el total de la población estudiada.
- Observamos que en mujeres la prevalencia de padecer UPP alcanza el 72,92%, que casi triplica a la misma calculada en hombres.
- La media de edad de padecer UPP es de 88,91 años con una desviación típica de 12,23.
- Las localizaciones más frecuentes son el sacro, con un 30,14%, y la zona glútea, con un 23,29%.
- Las lesiones de la zona glútea (23,29%) son lesiones por humedad, ya que en los glúteos no existe prominencia ósea.
- La mayoría de UPP son de estadios I y II, con porcentajes del 28,77% y el 49,32%, respectivamente.
- De los pacientes con UPP, un 85,42% presenta movilidad reducida (silla de ruedas) y un 12,50% está encamado.
- De los pacientes que presentan este tipo de lesiones (UPP) observamos que el 68,75% presenta incontinencia mixta.
- El 72,92% de los pacientes incontinentes con presencia de UPP son mujeres.
- Existe dependencia entre la presencia de UPP y las variables incontinencia, inmovilidad y suplemento nutricional.
- No existe dependencia entre la presencia de UPP y la edad o el sexo de los pacientes.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionados con este artículo ■

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez E, Arlandis S, Ruiz J, Burgués J, Jiménez J. Epidemiología de la incontinencia urinaria. *Doyma Newsletters*. 2002;2.
- Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perianal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Manage*. 2004;50(12):59-67.
- Ersser S, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the inter relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(7):823-35.
- Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. National Corporation for the care of old people. London: Churchill Livingstone; 1962.
- Ek A, Browman G. A descriptive study of pressure sores: The prevalence of pressure sores and the characteristics of patients. *J Adv Nurs*. 1982;7(1):51-7.
- Barbenel JC, Jordan MM, Nicol SM, Clark MO. Incidence of pressure-sores in the Grater Glasgow Health board area. *Lancet*. 1997;2(8037):548-50.
- Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López casanova P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2011;22(2):77-90.
- Park-Lee E, Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. *NCHS Data Brief*. 2009;(14):1-8.
- Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de Úlceras por Presión como Derecho Universal (octubre 2011).
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. 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 [consultado el 2 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.gneaupp.org>
- Torra i Bou J, García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Furtado K. Risk assessment scale for predicting the risk of developing pressure ulcers. En: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T, editores. *Science and practice of pressure ulcer management*. London: Springer-Verlag; 2006.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GENAUPP). *Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión*: Logroño, 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevencion.pdf>
- Pancorbo OL, García Fernández FP, López Medina IM, López Ortega J. Protocolos y documentación de los cuidados y prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía Gerokomos. 2005;16(4):219-28.
- Hernández Martínez FJ. Prevalencia de Úlceras por Presión en la Isla de Lanzarote [tesis doctoral]. Las Palmas de Gran Canaria: Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2012.
- Casimiro C, García de Lorenzo A, Usán L. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized spanish elderly population. *Nutrition*. 2002;18(5):408-14.
- Ersser S, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the interrelationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(7):823-35.
- Hernández JC, Hernández F, Ariza G. Prevalencia de las UPP en instituciones geriátricas. *Enferm Integral*. 2005;70:25-8.