

M.^a Luisa Paniagua-Asensio^{1,*}
 Lourdes Rubio-Rico²
 José Fernández-Sáez³
 Cinta Marsá-Fadurdo⁴
 Alba Roca-Biosca⁵

1. Enfermera. Máster universitario en gestión integral e investigación de las heridas crónicas. Enfermera asistencial en la Unidad de Cuidados Complejos (UCC) del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería Rovira i Virgili (URV), Campus Terres de l'Ebre, Tortosa, Tarragona, España.
2. Enfermera. Doctora por la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona. Responsable de enseñanza del Grado de Enfermería en la Sede del Baix Penedès. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería Rovira i Virgili, Tarragona, España. Director de la Cátedra UNESCO de Diálogo Intercultural en el Mediterráneo.
3. Licenciado en Ciencias Matemáticas. Doctor por la Universidad de Alicante. Grupo de Investigación GAVINA. Unidad de Apoyo a la Investigación Terres de l'Ebre Tortosa, Tarragona, España. Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Gerencia Territorial Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut. Profesor asociado de la Facultad de Enfermería Rovira i Virgili (URV), Campus Terres de l'Ebre, Tortosa, Tarragona, España.
4. Enfermera. Máster en Ciencias de la Enfermería. Supervisora en la Unidad de Cuidados Complejos (UCC), Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona, España.
5. Enfermera. Doctora por la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería Rovira i Virgili, Tarragona, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marialuisa.paniagua@urv.cat (Marisa Paniagua Asensio).

Recibido el 1 de diciembre de 2020; aceptado el 15 de abril de 2021.

Lesiones por presión y dermatitis asociada a la incontinencia: evolución de la prevalencia en un hospital de agudos (2014-2017)

Pressure ulcers and Incontinence-Associated Dermatitis: prevalence evolution in an acute hospital (2014-2017)

RESUMEN

Objetivos: Analizar la evolución de la prevalencia de las lesiones por presión y la dermatitis asociada a la incontinencia en un hospital de agudos. **Metodología:** Estudio descriptivo, de prevalencias seriadas, realizado en un hospital de agudos, mediante la explotación de datos del programa informático Gacela Care® durante los años 2014 a 2017. **Resultados:** De un total de 20319 pacientes, se registraron 760 lesiones por presión y 8 dermatitis asociadas a la incontinencia, lo que comporta una prevalencia media de lesiones por presión del 3,74% a lo largo del periodo. Las lesiones nosocomiales presentaron una disminución estadísticamente significativa ($p = 0,013$), pasando del 69,1% en 2014 al 56,4% en 2017. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de estas lesiones, entre las unidades médicas y las quirúrgicas en los dos últimos años del estudio, el 70,8% vs. el 29,2%, respectivamente, en el año 2016 ($p = 0,004$), y el 74,2% vs. el 25,8% en el año 2017 ($p < 0,001$). En la prevalencia de las lesiones por presión de categoría III se da un descenso significativo ($p = 0,028$), del 16,3% en 2014 al 8,3% en 2017, mientras que las de categoría II aumentan no significativamente. **Conclusiones:** A lo largo del periodo, la prevalencia de ambas lesiones fue inferior a la media nacional. Las lesiones por presión presentaron mayor prevalencia en unidades médicas que en quirúrgicas, siendo más de la mitad nosocomiales. La proporción de las de categoría III sufrió una disminución estadísticamente significativa, mientras que las de categoría II aumentaron, interpretándose como una mejora de las intervenciones de abordaje.

PALABRAS CLAVE: Úlceras por presión, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, prevalencia, eventos adversos, lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, enfermería.

ABSTRACT

Objectives: To assess prevalence evolution for pressure ulcers and Incontinence-Associated Dermatitis, at an acute care hospital. **Method:** Descriptive study analysing the prevalence in a series, conducted at an acute care hospital through Gacela Care software programme data use, during the years 2014 to 2017. **Result:** From a total of 20,319 patients, 760 pressure ulcers and 8 incontinence associated dermatitis were registered. The mean pressure ulcer prevalence was 3.74% throughout the study. Nosocomial lesions showed a statistically significant decrease ($p=0.013$), from 69.1% in 2014, to 56.4% in 2017. A statistically significant difference was observed in the prevalence of these lesions among medical units and surgical units in the last two years of the study, 70.8% vs. 29.2% respectively in 2016 ($p = 0.004$) and 74.2% vs. 25.8% in 2017 ($p < 0.001$). Category III pressure ulcers prevalence showed a significant decrease ($p=0.028$), from 16.3% in 2014 to 8.3% in 2017. Category II pressure ulcers do increase not significantly. **Conclusion:** For the period studied, both pressure ulcers and incontinence associated dermatitis prevalence is lower regarding the national average. Pressure ulcers prevalence seems to be larger in medical units than in surgical ones, and more than half of the ones registered happen to be nosocomial. Category III pressure ulcers proportion suffers a statistically significant decrease during the period studied, whereas those classified as category II, increase, understanding this fact as an improvement on the wounds approach, from nurse professionals.

KEYWORDS: Pressure ulcer, moisture associated skin damage, prevalence, adverse effects, dependence-related skin lesions, nursing.

INTRODUCCIÓN

Desde que se definieran por primera vez las úlceras por presión (UPP) en 1975¹, el Grupo Consultivo Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP) y el Grupo Consultivo Nacional Americano de Úlceras por Presión (NPUAP) han ido proporcionando a lo largo de las décadas, la evolución tanto de la definición como de la clasificación de estas lesiones². La denominación de UPP también evoluciona, y tras la última propuesta de la NPUAP en 2016³ pasó a ser aceptada como lesión por presión (LPP). Dicho cambio está fundamentado en el hecho de que todas las úlceras son lesiones, pero no todas las lesiones son úlceras, atendiendo a que el término “lesión” no implica pérdida de integridad de la piel, mientras que el término “úlceras” sí. Entendiendo la denominación de LPP como más precisa por poder incluir en ella todas las categorías de las lesiones producidas por la presión, tengan o no la piel íntegra, de ahora en adelante en este trabajo se adoptará este término para referirnos a ellas.

Para diseñar políticas sanitarias dirigidas al abordaje de un problema de salud interesa conocer tanto los costes como la epidemiología. Las LPP como problema de salud también se ajustan a esta premisa, pero la línea ascendente que sigue su prevalencia no muestra que las políticas sanitarias adoptadas en torno a este problema proporcionen resultados favorables. Los estudios nacionales de prevalencia (ENP) seriados⁴⁻⁸, realizados en España desde 2001, ofrecen datos de los tres niveles asistenciales y las cifras reportadas no son alentadoras. Únicamente el ámbito hospitalario parece mantener los valores entre márgenes menos dispares, con una evolución en su prevalencia a lo largo de los 5 ENP⁴⁻⁸ del 8,81%, 8,24%, 7,2%, 7,87% y 7%, respectivamente.

Centrándonos en el ámbito hospitalario, se han de subrayar las LPP nosocomiales, es decir, aquellas originadas durante el ingreso hospitalario. Merecen especial mención porque si en el 4º ENP⁷ las LPP nosocomiales constituían el 65%, en el 5º ENP⁸ llegan al 72,2%. Este hecho muestra el fracaso a nivel preventivo de estas lesiones, aludiendo al 95% de evitabilidad^{9,10} ampliamente reconocido por la comunidad científica.

Las lesiones por humedad comenzaron a tener nombre propio en 2005, al ser descritas por Defloor et al.¹¹. Término muy general que también se ha ido redefiniendo^{12,13} y que, como apuntan Torra-Bou et al.¹², con frecuencia son infravaloradas por desconocimiento.

Actualmente, se conocen como lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)¹², producidas por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel¹. Se definen diferentes tipos de dermatitis según el origen de dicha fuente: intertriginosa o por transpiración, perilesional asociada al exudado, cutánea asociada a exudado, periestomal, por saliva o mucosidad, y asociada a la incontinencia (DAI)^{1,12}, siendo estas últimas las más frecuentes dentro de las LESCAH.

Diversos estudios^{12,13} apuntan a que hay poca investigación al respecto que permita realizar comparativas a nivel epidemiológico. Una de las causas es la dificultad que representa para el profesional diferenciarlas de las LPP en sus categorías iniciales¹.

A partir del 2014, con la publicación del modelo teórico de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), publicado por García-Fernández et al.¹⁴, se abre un nuevo paradigma que explica los diferentes mecanismos causales de las lesiones desarrolladas en aquellas personas que presenta algún grado de dependencia. Presión, humedad, fricción y la combinación entre sí de estos agentes etiológicos explican la producción de estas lesiones¹⁴. Esta diferenciación diagnóstica permite una mejor orientación preventiva y terapéutica¹.

Actualmente, son pocos los estudios que se ajustan a esta corriente teórica. Una de las trabas se encuentra en los sistemas de registro, que en muchos casos no están actualizados conforme el modelo de las LCRD¹².

En este sentido, el 5º ENP⁸ por primera vez no se limita a las LPP y presenta la prevalencia distinguiendo entre los diferentes tipos de LCRD. Otro ejemplo lo encontramos en los estudios de Real-López et al.^{15,16}, o en el estudio de Roca-Biosca et al.¹⁷, este último centrado en el ámbito de los cuidados intensivos.

Para avanzar hacia el paradigma propuesto se precisa dar visibilidad epidemiológica a los diferentes tipos de LCRD. Por otro lado, la obtención de indicadores epidemiológicos permite a las instituciones describir y monitorear la situación de este problema. De este modo se puede valorar el efecto de las estrategias llevadas a cabo, dirigidas a la prevención de estas lesiones, y detectar necesidades de atención particular y la carga que representa este problema, para orientar la toma de decisiones al respecto. Basándonos en esto, el *objetivo* de este trabajo es analizar la evolución de la prevalencia de LPP y DAI, de las unidades de hospitalización del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC), desde el año 2014 al 2017.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo, de una serie de prevalencias, realizado en un hospital general básico público de segundo nivel, durante el periodo de 2014 a 2017. Se incluyó a aquellos pacientes mayores de edad, ingresados en alguna de las dos unidades médicas o las dos quirúrgicas tomadas para el estudio: Cirugía (CIR), Medicina Interna (MI), Especialidades 1 (SP1) y Especialidades 2 (SP2). Se excluyó a los pacientes ingresados en las unidades de Toco-Ginecología, Pediatría y Traumatología. La exclusión de estas unidades se debe a la idiosincrasia de los pacientes ingresados en ellas, así como a conseguir una muestra lo más homogénea posible que facilitara la comparación de los datos resultantes.

Variables: la variable principal estudiada fue la presencia de dos tipos de LCRD, LPP y DAI. Con respecto a los indicadores epidemiológicos, los datos recogidos fueron: número de ingresos y número de pacientes con lesiones registradas por año y unidad de hospitalización. Como variables demográficas: edad y sexo. Con respecto al lugar de producción de las lesiones, si fueron extrahospitalarias o intrahospitalarias, y dentro de este segundo grupo, la unidad de hospitalización en la que se registraron (CIR, MI, SP1 o SP2). Las variables descriptivas referidas a las lesiones fueron su distribución a lo largo del periodo. Con respecto a las LPP, las diferentes categorías que pueden presentar (I, II, III y IV) según la propuesta de las LCRD¹. En cuanto a las DAI, únicamente se contempla su identificación, dado que el programa informático no permite su categorización conforme a la propuesta de García-Fernández et al.¹.

Proceso para la obtención de datos: se llevó a cabo mediante la explotación de los datos durante el periodo comprendido entre los años 2014 y 2017, extraídos de la base de datos del programa Gacela Care[®]. En el caso de las LCRD, el programa recogía únicamente las LPP; las LESCAH no se incluyeron hasta el año 2016. El profesional de enfermería que detecta la lesión realiza el registro a través del programa Gacela Care[®], identificando las variables de causa (presión o humedad) y categoría, e incluyendo su cura en el plan de cuidados del programa, como diagnóstico real.

Análisis de datos: análisis descriptivo de frecuencia y porcentaje por año de estudio, de los ingresos por unidad de hospitalización, sexo, edad, origen de la lesión y tipo de lesión. Siguiendo las directrices propuestas por el GNEAUPP para la elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las lesiones, la prevalencia se calculó dividiendo el número de pacientes con LPP o DAI registrados cada año entre el total de pacientes ingresados durante el mismo periodo.

Para detectar si existen diferencias estadísticamente significativas entre cada una de las categorías de las distintas variables entre 2014 y 2017, y para detectar diferencias estadísticamente significativas, para cada año de estudio, entre los ingresos en unidades quirúrgicas (UQ) y unidades médicas (UM) se ha usado el test de diferencias de proporciones.

Se calculó la *odds ratio* (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%), mediante análisis de regresión logística, para medir la asociación entre la presencia de LCRD y cada una de las unidades de hospitalización, frente al resto de unidades estudiadas. Se establece la significación estadística en $p \leq 0,05$. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 24.0.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Institut d'Investigació Sanitària Pere i Virgili, de Tarragona (Ref. CEIM: 164/2018).

RESULTADOS

El total de pacientes ingresados durante el periodo de 2014 a 2017 fue de 20319; su distribución por unidades y año se presenta en la tabla 1. De ellos, 760 presentaron LPP y 8 DAI (tabla 2). La distribución de la prevalencia total por años fue del 3,43% en 2014, del 4,13% durante el 2015, del 5,53% durante el 2016 y del 3,61% durante el 2017. La evolución de la prevalencia diferenciada por unidad y año (tabla 1) muestra un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en la unidad de MI. En la tabla 2 puede verse la distribución de las variables demográficas de los pacientes con LPP/DAI y el contraste de proporciones de los años 2014 y 2017.

En cuanto al origen de las lesiones, a lo largo de los años se da una disminución estadísticamente significativa ($p = 0,013$) de las de carácter intrahospitalario (tabla 2).

Tabla 1. Distribución del total de pacientes y prevalencia de LPP/DAI por unidad y año

Año	CIR		SP1		SP2		MI		Ingresos/año
	Pacientes (%)	Prevalencia	Pacientes (%)	Prevalencia	Pacientes (%)	Prevalencia	Pacientes (%)	Prevalencia	
2014	1428 (27,6)	2,73	1537 (29,7)	3,05	1091 (21,1)	7,15	1124 (21,7)	1,25	5180
2015	1541 (31,2)	2,98	1597 (32,4)	3,19	1090 (22,1)	6,97	704 (14,3)	4,40	4932
2016	1134 (21,8)	3,70	1648 (31,7)	2,79	1284 (24,7)	3,27	1131 (21,8)	6,63	5197
2017	1582 (31,6)	3,16	1139 (22,7)	2,02	1162 (23,2)	3,61	1127 (22,5)	5,86	5010
p^a	<0,001^b	0,487	<0,001^b	0,096	<0,001^b	<0,001^b	0,333	<0,001^b	

^aContraste de proporciones de los años 2014 y 2017.

^bSignificación estadística.

CIR: Cirugía General; MI: Medicina Interna; SP1: Especialidades 1; SP2: Especialidades 2.

Tabla 2. Evolución de las diferentes variables por año de estudio

	2014		2015		2016		2017		p ^a	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Pacientes con LPP/DAI	178		204		205		181			
Sexo	Mujer	106	59,6	98	48,0	67	32,7	91	50,3	0,077
	Hombre	72	40,4	106	52,0	138	67,3	90	49,7	0,077
Edad	De 18 a <40 años					1	0,5	1	0,6	0,321
	De 40 a <60 años	15	8,4	27	13,2	19	9,3	19	10,5	0,503
	De 60 a <70 años	6	3,4	23	11,3	35	17,1	29	16,0	<0,001 ^b
	De 70 a <80 años	45	25,3	46	22,5	53	25,9	36	19,9	0,222
	De 80 a <90 años	93	52,2	86	42,2	83	40,5	83	45,9	0,226
	De 90 o más años	19	10,7	22	10,8	14	6,8	13	7,2	0,246
Origen de la lesión	Extrahospitalario	55	30,9	78	38,2	87	42,4	73	40,3	0,062
	Intrahospitalario	123	69,1	126	61,8	116	56,6	102	56,4	0,013 ^b
	Perdidos					2	1,0	6	3,3	
Tipo de lesión	DAI					2	1,0	6	3,3	0,014
	LPP	178	100	204	100	203	99,0	175	96,7	0,014
Unidad de hospitalización	Cirugía General	39	21,9	46	22,5	42	20,5	50	27,6	0,210
	Especialidades 1	47	26,4	51	25,0	46	22,4	23	12,7	0,001 ^b
	Especialidades 2	78	43,8	76	37,3	42	20,5	42	23,2	<0,001 ^b
	Medicina Interna	14	7,9	31	15,2	75	36,6	66	36,5	<0,001 ^b

^aContraste de proporciones de los años 2014 y 2017.

^bSignificación estadística.

DAI: dermatitis asociada a la incontinencia; LPP: lesión por presión.

Al distribuir las lesiones por categorías (fig. 1), las LPP de categoría II representan más del 50% de las lesiones en cada año del periodo de estudio. Las lesiones de categoría III sufren un descenso estadísticamente significativo ($p = 0,028$).

La distribución de los pacientes con LPP/DAI registradas por unidades de hospitalización durante los 4 años se muestra en la tabla 2. Considerando la variación que vemos en las unidades de hospitalización, se compararon entre sí, atendiendo a su condición de médica o quirúrgica, para valorar posibles diferencias. Los resultados se exponen en la tabla 3.

El análisis bivariante realizado muestra que en los dos últimos años (2016-2017), el estar ingresado en la unidad de hospitalización de MI (OR=2,15 y 2,04, respectivamente) puede representar un mayor riesgo de presentar una LPP/DAI, mientras que estar ingresado en la unidad de hospitalización de SP1 está asociado de manera estadísticamente significativa a un menor riesgo de presentar este tipo de lesiones (OR=0,61 y 0,48, respectivamente). La regresión logística puede apreciarse en la figura 2.

DISCUSIÓN

La evolución en el transcurso de los 4 años muestra una prevalencia que dista bastante de la media general reportada por los diversos ENP⁴⁻⁸, obteniéndose en este hospital cifras de entre el 3% y el 4% cuando la media nacional ronda el 7-8% a nivel hospitalario⁴⁻⁸. Estos valores podrían representar una retroalimentación positiva de las iniciativas implantadas

para el abordaje de estas lesiones, pero el incremento en la frecuencia que se da en el año 2016, alcanzando una prevalencia del 5,53%, nos conduce a hipótesis diferentes. En ese año, debido a la introducción en el programa Gacela Care[®] de la variable “LESCAH”, se realizaron sesiones formativas sobre estas lesiones y su registro, hecho que bien podría justificar el mencionado aumento en la cifra de prevalencia de este año, al haber podido actuar como sensibilizador y haber condicionado el que los registros de estas lesiones se incrementasen en ese periodo, y no porque la prevalencia real de las lesiones sufriese un aumento. Como bien apunta la revisión sistemática publicada por la Cochrane en 2018¹⁸: “La educación del personal de atención médica ha sido reconocida como un componente integral de la prevención de úlceras por presión”. Mediante la educación se pretende mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales, así como provocar un cambio en su comportamiento a nivel asistencial, aunque los resultados de esta revisión¹⁸ no fueron suficientes para ratificar esta premisa.

Por otro lado, si el incremento dado se hubiese debido a la formación impartida ese año, nos situaría inexcusablemente ante la confirmación de un infraregistro de las lesiones, hecho que ya exponen en su estudio Sebastián-Viana et al.¹⁹ al comparar las LPP registradas en la historia clínica electrónica con las encontradas mediante la observación directa, y en el que concluyen que las lesiones observadas prácticamente duplican el número de lesiones registradas. La baja concordancia entre los datos aportados por los registros y la realidad clínica es un hecho ya estudiado^{15,16,20} que también afecta a las LPP/DAI.

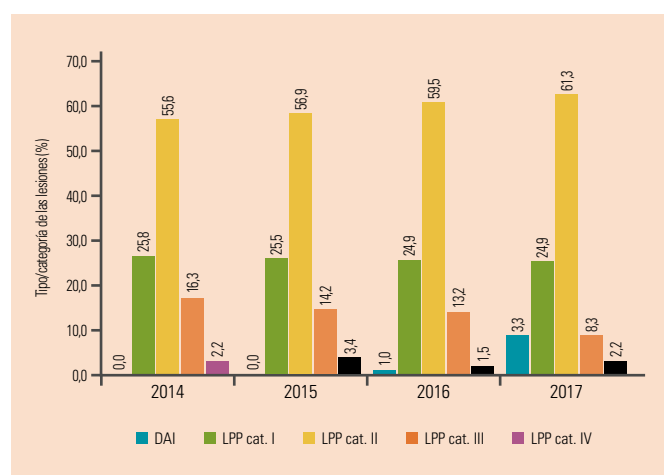


Figura 1. Distribución de las lesiones según tipo/categoría por año.
 Cat.: categoría; DAI: dermatitis asociada a la incontinencia; LPP: lesión por presión.

Tabla 3. Comparación entre unidades quirúrgicas y unidades médicas por año del número de pacientes con LPP/DAI

Año	Unidades quirúrgicas		Unidades médicas		p
	n	%	n	%	
2014	86	48,3	92	51,7	0,525
2015	97	47,5	107	52,5	0,322
2016	88	42,9	117	57,1	0,004 ^a
2017	73	40,3	108	59,7	< 0,001 ^a

^aSignificación estadística.
 DAI: dermatitis asociada a la incontinencia; LPP: lesión por presión.

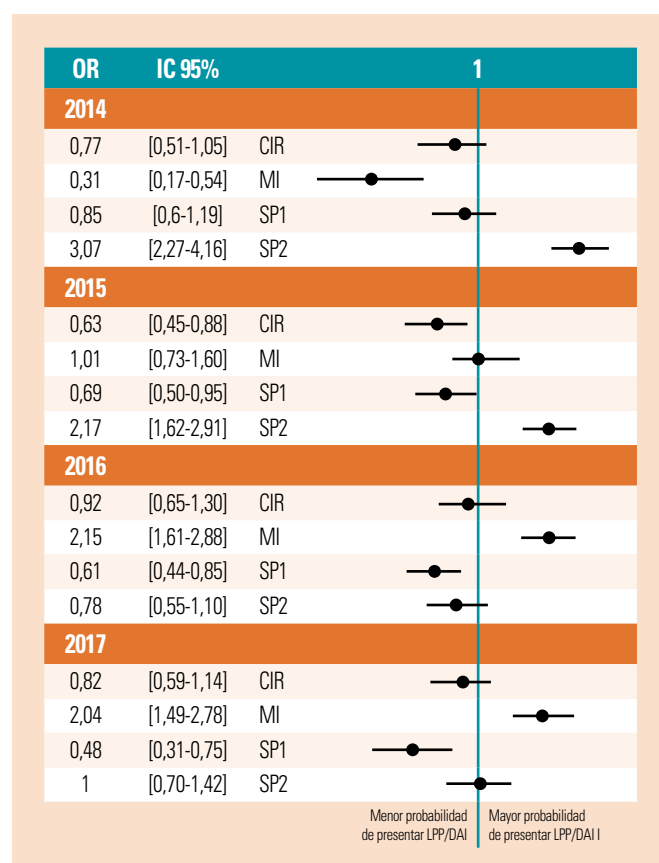


Figura 2. Modelo de regresión logística LPP/DAI por año y unidad de hospitalización.

DAI: dermatitis asociada a la incontinencia; CIR: Cirugía; LPP: lesión por presión; MI: medicina Interna; SP1: Especialidades 1; SP2: Especialidades 2.

Respecto a la prevalencia por unidad de hospitalización, el contraste de proporciones muestra diferencias en las cuatro unidades. Mientras que las UQ presentan poca variabilidad, en las dos UM la diferencia es estadísticamente significativa; aunque la prevalencia en SP2 desciende de manera significativa, sigue siendo superior a las presentadas en las dos UQ. Así, al diferenciar entre UM y UQ comprobamos que durante los 4 años de seguimiento las UM mantienen un mayor número de lesiones, siendo significativa esta diferencia en los dos últimos años. Esto se corresponde con otros estudios^{5-7,21-23} en los que también se observa que se da una prevalencia mayor en las UM, probablemente porque el tipo de paciente ingresado en las UM cuenta con factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, que participan como coadyuvantes, tal como apuntan en su estudio Alonso-Lorente et al.²⁴, favoreciendo la acción de los mecanismos causales de estas lesiones: presión, cizalla, fricción y humedad. Aunque en las UQ pueden encontrarse pacientes con este tipo de factores coadyuvantes, la estancia hospitalaria suele ser inferior, al tratarse de procesos más agudos.

Por otro lado, el análisis bivalente por año y por unidad muestra la asociación que se da entre estar hospitalizado en alguna de las cuatro unidades estudiadas y la probabilidad de presentar o no LPP/DAI. En la evolución a lo largo del periodo estudiado, la regresión logística reafirma la diferencia dada en este sentido entre UM y UQ. Estar ingresado en las UQ no se asocia con una mayor probabilidad de presentar este tipo de LCRD o incluso en una de estas unidades, en los tres últimos años se ha dado una asociación positiva, con valores estadísticamente significativos. Del mismo modo, las UM reportan significación estadística con valores negativos, es decir, con una probabilidad mayor de presentar LPP/DAI al estar ingresado en estas unidades.

Esta confirmación sobre la desigualdad entre UM y UQ, que coincide con otros estudios²¹⁻²³, debe dirigir el esfuerzo de la organización a una evaluación más precisa de los recursos y medios necesarios con los que cuenta cada unidad y si estos se ajustan a las necesidades y características propias de la tipología de paciente al que asiste cada una de ellas, ya que las circunstancias que pueden contribuir en la aparición de una LCRD depende de diversos factores¹⁴ relacionados con la situación física, psico-social y/o médica del individuo, como la edad, movilidad, estado nutricional, incontinencia, comorbilidades o estado neurológico, así como la duración de la estancia hospitalaria. Conocer las características del perfil de pacientes ingresados en ambos tipos de unidades es preciso para la correcta adaptación de medios y provisión de recursos.

Atendiendo al origen de la lesión, aunque la disminución de las LPP nosocomiales con respecto a las extrahospitalarias ha sido significativa, sigue siendo superior al 50% del total de LPP registradas, coincidiendo con Talens y Martínez²⁵ en cuyo trabajo estudian el mismo periodo. Aunque en este estudio se dirija la atención a las lesiones producidas en el propio centro hospitalario, con la finalidad de tomar medidas al respecto, no podemos olvidar que entre las LPP extrahospitalarias están todas las que no se generan en la propia institución, pero dentro de ellas están incluidas tanto las generadas en el ámbito comunitario como las generadas durante la estancia en otras instituciones, es decir, lesiones también nosocomiales, ya que se desarrollan en los pacientes mientras están recibiendo cuidados profesionales. Esta elevada prevalencia de lesiones nosocomiales se ajusta a los resultados recogidos por otros es-

tudios epidemiológicos^{5-8,15,25,26}, reflejando la falta de éxito dada en los cuidados preventivos proporcionados.

Por último, de la evolución en la distribución de las categorías de las lesiones analizadas durante el periodo de estudio podría extraerse un *feedback* positivo. Mientras que la proporción de las lesiones de las categorías I y IV prácticamente no varían durante los 4 años, las de categorías II y III a lo largo del mismo periodo evolucionan en sentidos opuestos, de modo que mientras la proporción de lesiones de categoría II va describiendo una línea ascendente, la de categoría III lo hace a la inversa, produciéndose una disminución estadísticamente significativa. Esto sugiere una mejora en cuanto a la intervención temprana por parte de los profesionales, consiguiendo evitar el progreso de las lesiones a categorías superiores, al concentrarse la mayoría de las lesiones en sus categorías menos graves, coincidiendo con otros estudios^{15,16,25}, así como con los seriados ENP⁵⁻⁸. Evidentemente, la intervención no ha sido todo lo precoz que cabría esperar, en cuyo caso las lesiones que habrían sufrido un aumento habrían sido las de categoría I en detrimento del resto de categorías, lo que reflejaría una esmerada vigilancia y nos situaría un paso más cerca de la erradicación de esta *epidemia bajo las sábanas*.

Como limitaciones encontradas en este estudio se puede mencionar en primer lugar que los autores no pudimos acceder a las valoraciones de riesgo realizadas a los pacientes, ni a datos sobre el resto de los factores contribuyentes, de manera que no ha podido confirmarse la relación entre el tipo de unidad y las características de los pacientes. Por otro lado, tampoco se ha podido acceder a datos sobre la localización de las lesiones, lo que supone una limitación a la hora de comparar resultados tanto entre unidades como con otros estudios. En esta misma línea, tampoco se han podido realizar comparaciones con los últimos estudios epidemiológicos que siguen la clasificación/categorización del modelo de las LCRD, debido a que el programa informático corporativo no incluye ni la clasificación ni la categorización propuesta por este modelo.

La evolución a lo largo de estos 4 años muestra una mejora de algunos resultados, que se refleja tanto en la disminución de las lesiones nosocomiales como en la disminución de la prevalencia de las lesiones de mayor categoría.

Se muestra una relación entre el tipo de unidad de hospitalización, médica o quirúrgica, y la probabilidad de presentar lesiones de tipo LPP/DAI, resultando que la hospitalización en las UQ no se asocia con una mayor probabilidad de presentar estas lesiones.

A nivel práctico, este estudio muestra la necesidad de mejorar el instrumento de registro empleado en el HTVC, adaptándolo a la propuesta del modelo de las LCRD, dado que a nivel formativo y epidemiológico esta es la tendencia que se sigue. Por otro lado, se muestra cómo la prevalencia difiere según el tipo de unidad de hospitalización, lo que puede ayudar a la organización a determinar la dirección de las acciones al respecto ■

Conflicto de intereses

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Así mismo, las autoras M.^a Luisa Paniagua y Cinta Marsá declaran desarrollar su trabajo en la organización en la que se llevó a cabo el estudio, no viéndose afectado por ello su objetividad en la realización del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la

dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014. 1-50 p. Recuperado a partir de: <http://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>

2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer

- cer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. 2.ª ed. [Internet]. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/2014_guideline.pdf
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Position Statement on Staging – 2017 Clarifications. Disponible en: https://cdn.ymaws.com/npuap.site-ym.com/resource/resmgr/position_statements/npuap-position-statement-on-.pdf
 4. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes. Gerokomos. 2003;14(1):37-47.
 5. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2006;17(3):154-72.
 6. 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.
 7. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-70. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006>
 8. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. Gerokomos. 2019;30(2):76-86.
 9. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal [Internet]. En: IV Congreso de la Sociedad Ibero-latinoamericana sobre Úlceras y Heridas; Río de Janeiro, 11-14 de octubre de 2011. SILAUHE; 2011 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Español.pdf>
 10. Avilés MJ, Sánchez MM, eds. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2012 [citado 10 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
 11. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel-pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32:302-6.
 12. Torra-Bou JE, Rodríguez-Palma M, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP, Sarabia-Lavín R, Zabala-Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las LESCAH. Gerokomos. 2013; 24(2):90-4. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200008>
 13. Zapata Sampedro MA, Castro Valera L, Tejada Caro R. Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. Enferm Glob. [Internet]. 2015 Abr [citado 10 de agosto de 2020];38:325-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200017&lng=es
 14. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú-Soriano J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2014 [citado 10 de agosto de 2020];46(1):28-38. doi: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12051>
 15. Real-López L, Díez-Esteban ME, Serrano-Hernantes M, Blasco-Romero I, Capa-Santamaría S, Santamaría-González M, et al. Prevalencia hospitalaria de lesiones relacionadas con la dependencia en la provincia de Burgos. Estudio multicéntrico. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado 10 de agosto de 2020];31(2):98-106. Disponible en: <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2020/07/31-2-2020-098.pdf>
 16. Real-López L, Díez-Esteban ME, Serrano-Hernantes M, Blasco-Romero I, Capa-Santamaría S, Santamaría-González M, et al. Evolución de la prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia en el hospital universitario de Burgos 2013-2018. Enferm Dermatol. 2019;13(37): 25-35. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3408580>
 17. Roca-Biosca A, García-Fernández FP, Chacón-Garcés S, Rubio-Rico L, Molina-Fernández MI, Anguera-Saperas L, et al. Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. Gerokomos. 2015;26(2):58-62. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200005>
 18. Porter-Armstrong AP, Moore ZEH, Bradbury I, McDonough S. Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5:CD011620. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011620.pub2>
 19. Sebastián-Viana T, González-Ruiz JM, Núñez-Crespo F, Lema-Lorenzo I, Gadea-Romero G, Losa-Iglesias ME. La validez de un registro clínico de úlceras por presión. An. Sist. Sanit. Navar. 2014;37(1):17-2. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100003>
 20. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. J Adv Nurs. 2011;67:1858-75.
 21. Tomé Ortega, MJ. Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización. Enferm Dermatol. 2010;09:35-41.
 22. De la Torre Barbero MJ, Turrado Muñoz MA, Romero Bravo AM, Aguilera Peña F, Corrales Mayoral MT, Giráldez Rodríguez A. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes adultos ingresados en un hospital de tercer nivel. Evidentia. [Internet]. 2010 [citado 10 de enero de 2020]. 731. Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n31/ev7185.php
 23. Stegensek Mejía EM, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez LE, Aparicio Aguilar A. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. Enfermería Universitaria. 2015;12(4):173-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.004>
 24. Alonso-Lorente C, Barrasa-Villar JI, Aibar-Remóna 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: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.011>
 25. Talens Belén F, Martínez Duce N. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2020];29(4):192-6. Disponible en: <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2018/12/29-4-2018-192.pdf>
 26. 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):202-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.03.005>