



J. J. Soldevilla Agreda\*  
J.-E. Torra i Bou\*\*

\*Diplomado en Enfermería. Hospital de La Rioja, Logroño. Director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Profesor de Enfermería Geriátrica. Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño. Universidad de La Rioja.

\*\*Diplomado en Enfermería. Subdirector del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Miembro del Comité Ejecutivo del European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Responsable de la Unidad Interdisciplinaria de Heridas Crónicas del Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona. Fundació per a la recerca i docència en ciències de la salut Joan Costa Roma.

Correspondencia:

J. Javier Soldevilla Agreda  
Hospital de La Rioja  
Avda. de Viana, 1  
26001 Logroño (La Rioja)

Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja

*Epidemiology of the bed sores in Spain. Pilot study in the Regional Community of La Rioja*

RESUMEN

*Introducción:* las úlceras por presión constituyen en España, al igual que en todos los países de nuestro entorno, un importante problema de salud para todos los niveles asistenciales del que paradójicamente no disponemos de información epidemiológica a nivel regional ni nacional. Con el fin de ensayar la metodología de un posible estudio nacional de prevalencia, desde el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas se planteó la realización de un estudio de prevalencia en la Comunidad de La Rioja en España.

*Pacientes, material y métodos:* se realizó un estudio de prevalencia en todas las instituciones de salud (atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria) de La Rioja. La Rioja cuenta con una población de 264.941 habitantes. Para ello se aplicó un cuestionario que incluía variables definitorias del problema de las úlceras por presión a los pacientes ingresados en unidades definidas como de riesgo para desarrollar úlceras por presión en los

SUMMARY

*Introduction:* bed sores pose an important health problem in Spain as well as in all of the countries in our environment, on all health care levels and, paradoxically, we have no epidemiological data on either a regional or national level. Thus, in order to test the methodology of a possible national study of prevalence from the National Group for the Study and Assessment of Bed Sores and Chronic Wounds, the performance of a prevalence study was proposed for the community of La Rioja in Spain.

*Patients, material and methods:* a prevalence study was performed in all of the health institutions (primary health, hospital and socio-health care) in La Rioja. La Rioja has a population of 264,941 inhabitants. For the study, a questionnaire was used which included variables which defined the problem of bed sores for the patients hospitalized in the units defined as having a risk of developing bed sores in the hospitals for acute patients, in assisted social-



76 hospitales de agudos, en centros sociosanitarios asistidos así como a todos los pacientes con úlceras por presión atendidos por enfermería comunitaria de los centros de salud.  
*Principales resultados:* el cuestionario se administró el día 11 de diciembre de 1997 a los 481 pacientes ingresados en hospitales de agudos, 802 pacientes ingresados en centros sociosanitarios asistidos así como a todos los pacientes que eran atendidos en aquel momento en la comunidad por presentar úlceras por presión. La prevalencia de úlceras por presión en hospitales de agudos fue del 12,26%, en las instituciones sociosanitarias del 12,84% y en la comunidad del 0,26% para el total de mayores de 65 años. El 43% de los pacientes estaba en la comunidad, el 34,6% en centros sociosanitarios y el 19,9% en hospitales de agudos. Un 28,6% de los pacientes con úlceras por presión ingresados en hospitales utilizaba alguna superficie especial para el control de la presión mientras que en la atención sociosanitaria lo hacía un 19,75%.

#### PALABRAS CLAVE

Úlceras por presión; Epidemiología; La Rioja.

*health care centers and all of the bed sore patients seen by the community nursing in the health centers.*

*Principals results: the questionnaire was administered on december 11, 1997 to 481 patients hospitalized in the hospitals for acute patients, 802 patients hospitalized in the assisted socio-health care centers and all the patients who were seen at that time in the community due to bed sores. The prevalence of bed sores in hospitals for acute patients was 12.26%, in socio-health institutions 12.84% and in the community 0.26% for all of the elderly over 65 years. 43% of the patients were in the community, 34.6% in socio-health care centers and 19.9% in hospitals for acute patients. 28.6% of the patients with bed sores who were hospitalized in a hospital used some special surface to control the bed sores while 19.75% of those who received socio-health care did so.*

#### KEY WORDS

*Bed sores; Epidemiology; La Rioja.*

#### INTRODUCCIÓN

Hoy en día nadie pone en duda que las úlceras por presión (UPP) constituyen en España un importante problema de salud para todos los niveles asistenciales, aunque paradójicamente sólo disponemos de información parcial sobre este problema relativa a algunas instituciones puntuales o a ámbitos territoriales pequeños.

La epidemiología, entendida como una ciencia dedicada al estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades en las poblaciones humanas (1), puede ser de gran utilidad para medir y caracterizar de una manera objetiva en grandes realidades poblacionales problemas de salud como el de las UPP.

La puesta en marcha en el año 1994 del *Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)* y la realización de sus dos primeros simposios en

1996 (Logroño) y 1997 (Barcelona), han facilitado un marco propicio a la toma de conciencia sobre el problema de las UPP y al desarrollo de trabajos orientados a su dimensionamiento y medida.

Prueba de la importancia que dan los diferentes profesionales de la salud al dimensionamiento del problema de las UPP es la presentación en los dos simposios antes mencionados de 24 comunicaciones que incluían en su resumen información epidemiológica sobre UPP, 15 de realidades hospitalarias (62,5%), ocho de centros sociosanitarios (33,3%) y uno de centros de atención primaria (4,2%) (2, 3), aunque gran parte de dichos trabajos fueron realizados con diferentes criterios metodológicos que en muchos casos condicionan cuanto menos la comparabilidad de sus resultados (4).

La información que nos aportan los trabajos sobre instituciones puntuales aunque de gran utilidad para las instituciones en las que han sido



realizados, frecuentemente plantean algunos problemas metodológicos que pueden afectar su validez así como dificultar la comparabilidad de su información con la de otras realidades.

Un dimensionamiento global del problema de las UPP evidencia la necesidad de disponer de estudios regionales o nacionales que incluyan datos de todas las instituciones de salud de los diferentes niveles asistenciales con una metodología común que asegure la validez interna y externa de sus resultados.

Al igual que sucede en España, a nivel internacional es muy frecuente encontrar trabajos en la literatura científica que presentan datos sobre la epidemiología de las UPP en instituciones concretas o en abordajes multicéntricos. Sólo algunos autores norteamericanos han publicado trabajos sobre grandes realidades suprainstitucionales (5-7), aunque centradas exclusivamente en pacientes hospitalarios.

Entre los problemas metodológicos detectados podemos destacar:

— La inexistencia de un criterio unificado para el establecimiento de los denominadores de las tasas de incidencia y prevalencia, es decir qué población se considera como de riesgo para desarrollar UPP.

— La inexistencia en la práctica de un criterio común para las UPP de estadio I, lo que se traduce en su infradeclaración por parte de algunos profesionales.

— Así como las propias peculiaridades de cada institución que definen un tipo concreto de población ingresada.

Los problemas anteriores justifican la necesidad de realizar estudios suprainstitucionales con una metodología común que garantice la validez y la comparabilidad de la información para obtener datos sobre grandes realidades poblacionales.

A nivel europeo existen diferentes iniciativas en Bélgica y los Países Bajos (8), encaminadas a la obtención de información epidemiológica sobre las UPP en hospitales a nivel nacional, lo que en el *Grupo Europeo para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión* (European Pressure Ulcer Advisory Panel) ha sido denominado como "national hard data" (9), y que dada su importancia dará lugar a una sesión monográfica en su tercer simposio en 1999.

Teniendo en cuenta los elementos anteriores, y como paso previo a la realización de un estudio nacional sobre la epidemiología de las UPP en España que sirva de punto de partida para el dimensionamiento de dicho problema en nuestro país, desde el GNEAUPP se planteó la necesidad de realizar un estudio epidemiológico a nivel de toda una comunidad autónoma que nos permitiese conseguir un doble objetivo, por una parte validar la metodología para la obtención de datos globales a nivel de grandes realidades poblacionales, y de otra, obtener datos concretos de toda una realidad geográfica.

De acuerdo con los objetivos descritos anteriormente, para realizar este estudio piloto elegimos la Comunidad Autónoma de La Rioja, tanto por su población, 264.941 habitantes (10) como por las facilidades que nos prestaba su Colegio Oficial de Enfermería y todas y cada una de sus instituciones sanitarias de atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria.

No hemos de olvidar que las peculiaridades de los sistemas de salud de cada país imprimen unas características propias a cada uno de sus sistemas de salud, y por tanto de su oferta asistencial; estas circunstancias influyen directamente en el diseño de iniciativas como los estudios epidemiológicos suprainstitucionales sobre UPP, de ahí que a diferencia de las experiencias de otros países de nuestro entorno, en el caso de nuestro estudio piloto hayamos optado por la inclusión de todas las instituciones de salud, tanto de atención primaria, como sociosanitaria y hospitalaria.

Por otra parte, y dado el desarrollo en nuestro país de un modelo de atención comunitaria con una base poblacional determinada por la población censal, hemos optado por seguir la metodología utilizada en un estudio realizado por J.E. Torra en el ámbito de atención primaria del Consorci Sanitari de Terrassa (11), trabajo que permitió establecer por primera vez indicadores epidemiológicos sobre UPP en realidades comunitarias (12).

Debido a la extensión y la cantidad de información que hemos obtenido en nuestro estudio, la comunicación del mismo se ha dividido en dos artículos. En el presente artículo presentamos los datos que hacen referencia al impacto epidemiológico de las UPP en la Rioja, mientras que en un próximo artículo se presentarán los datos que



78 pueden ayudarnos a cuantificar el impacto económico y asistencial de dicho problema.

## PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO

Teniendo en cuenta los elementos y el contexto que hemos definido previamente, se diseñó un trabajo de investigación con el triple objetivo de:

- Dimensionar epidemiológicamente el problema de las UPP en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

- Cuantificar el impacto económico del tratamiento de las UPP en la Rioja<sup>1</sup>.

- Y validar la metodología para desarrollar estudios epidemiológicos a nivel regional o nacional de acuerdo con las peculiaridades del sistema sanitario español.

Para ello se planteó la realización de un estudio de tipo transversal mediante un corte de prevalencia realizado el día 11 de diciembre de 1997.

La población objeto de estudio la constituyeron todos los habitantes de la Comunidad Autónoma (CCAA) de La Rioja.

La CCAA de la Rioja es una comunidad que según la información censal de 1996 contaba con 264.941 (10) habitantes y está situada entre el centro y el nordeste del estado español (Fig. 1).

En el momento de realizar el estudio, el dispositivo asistencial de la Rioja estaba formado por tres hospitales de agudos (Hospital San Pedro, Hospital San Millán y Hospital de la Rioja con un total de 526 camas incluidas en el estudio), siete centros sociosanitarios que atendían a población asistida (Residencia del Insero, R. Ciudad de Arnedo, R. Victoria Myr, R. San Agustín, R. Monte Rincón, R. Espíritu Santo y el Centro Asistencial Reina Sofía (con 929 plazas de asistidos y una ocupación del 86,3%) y 17 Zonas Básicas de Salud (Cervera, Alfaro, Calahorra, Arnedo, Murillo, San Román, Alberite, Torrecilla, Navarrete, Nájera, Santo Domingo, Haro, Logroño-Rodríguez Paterna, Logroño-J. Elizalde, Logroño-General Espartero, Logroño-Labradores y Logroño-Gonzalo de Berceo).

<sup>1</sup> La cuantificación económica del problema de las UPP se presentará en un próximo artículo.



Fig. 1.

En los hospitales de agudos se excluyeron del estudio a todos los pacientes ingresados en los servicios de obstetricia, pediatría, psiquiatría y unidades de corta estancia, ya que de acuerdo con la bibliografía consultada se considera a esta población como de no riesgo para desarrollar UPP (4). En los centros sociosanitarios se incluyeron a todos los pacientes asistidos, mientras que en la atención primaria se incluyó a toda la población cubierta por cada Zona Básica de Salud de acuerdo con la metodología utilizada en el estudio del Consorci Sanitari de Terrassa (11, 12).

Para el cálculo de los denominadores se utilizó la información facilitada por las direcciones de los centros (hospitales de agudos y centros sociosanitarios) o los datos poblacionales censales (atención comunitaria).

- En relación con el problema a medir, se utilizó la clasificación de UPP del GNEAUPP (13) que establece cuatro estadios<sup>2</sup>:

- Estadio I: eritema cutáneo que no palidece en piel intacta.

- Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido

<sup>2</sup> Esta clasificación también puede consultarse (y ser impresa) desde el sitio web del GNEAUPP: <http://www.readyssoft.es/gneaupp/>.



Tabla 1. Variables estudiadas.

Identificación institución (Institución y servicio)	Identificación paciente	Datos relativos a la lesión
	Datos relativos al paciente: Nombre, edad, sexo, número de lesiones, tratamiento complementario con superficie para el control de la presión (SCP), tipo de SCP y en el caso de pacientes atendidos en la comunidad, nivel de colaboración de la familia en el tratamiento de las UPP.	Localización, origen, estadio, antigüedad, número de curas por semana, tiempo invertido en cada cura.

o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

El estudio se realizó mediante la administración de un cuestionario que fue validado previamente y que es una modificación del que se utilizó originariamente en el estudio epidemiológico del ámbito de atención primaria del Consorci Sanitari de Terrassa (11). Este cuestionario incluía las variables que se enumeran en la tabla 1.

Una vez validado el cuestionario, se realizaron reuniones con las direcciones de enfermería de las instituciones correspondientes, a los tres niveles asistenciales en las que se explicó la metodología de realización del estudio. Las direcciones de enfermería se encargaron de administrar los cuestionarios en sus instituciones. Los profesionales participantes en el estudio recibieron un dossier explicativo del estudio así como una copia del tríptico de clasificación de las UPP del GNEAUPP (13).

Los resultados del trabajo se presentan en medidas de tendencia central (intervalo de confianza del 95% de la media, mediana y valores mínimo y máximo) o en porcentajes.

Para el proceso estadístico de las variables se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 7.5.

## RESULTADOS

Para determinar la prevalencia de las UPP en la Rioja se estudiaron un total de 481 pacientes

en hospitales de agudos sobre las 565 camas disponibles en las unidades incluidas en el estudio (85,13% de ocupación), 802 pacientes ingresados en camas para asistidos en centros sociosanitarios sobre las 929 camas disponibles (86,32% de ocupación) así como a todos los pacientes atendidos por enfermería comunitaria que cumplieran con los criterios de inclusión en el estudio.

Por lo que hace referencia a la prevalencia en los hospitales de agudos, encontramos unos valores totales de prevalencia del 12,26%. En el caso de las unidades médicas, la prevalencia es del 15,6%, mientras que en las unidades quirúrgicas es del 8,9% y en el caso de la única unidad de cuidados intensivos estudiada es del 37,5% (para una ocupación del 66,6%).

En las instituciones de atención sociosanitaria la prevalencia es del 12,84%.

En las instituciones de atención primaria hemos podido determinar una prevalencia del 0,26% en los mayores de 65 años. Si reflejamos la prevalencia por grupos de edad, encontramos unos valores del 0,09% en el grupo de 65 a 74 años, un 0,36% para el de 75 a 84 y un 0,84% para el grupo de 85 y más. En la tabla 2 se presentan resultados sobre prevalencia de acuerdo con el sexo y los diferentes grupos etarios.

Del total de 291 pacientes con UPP en el momento de hacer el corte de prevalencia, 133 pacientes (43%) estaban en la comunidad, 102



80 (34,6%) en centros sociosanitarios y 56 pacientes (19,9%) en hospitales de agudos (Fig. 2).

En la tabla 3 se presenta la distribución por nivel asistencial y sexo. En la tabla 4 se des-

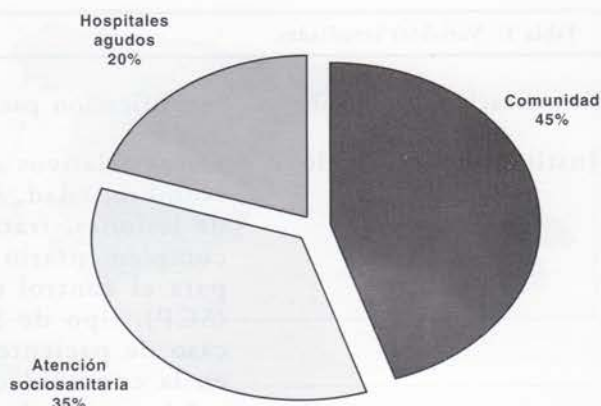


Fig. 2. Distribución de los pacientes con UPP según nivel asistencial.

Tabla 2. Prevalencia en la comunidad según grupos etarios y sexo.

Grupo etario	Total	Hombres	Mujeres
De 59 a 64 años	0,027%	0,03%	0,02%
De 65 a 74 años	0,09%	0,11%	0,07%
De 75 a 84 años	0,36%	0,4%	0,3%
85 y más	0,84%	0,51%	1,07%

Tabla 3. Distribución de los pacientes con UPP por nivel asistencial y sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Hospital de agudos	30 (53,6%)	26 (46,4%)	56 (19,2%)
Centro sociosanitario	30 (29,4%)	72 (70,6%)	102 (35%)
Atención primaria	55 (41,3%)	78 (58,7%)	133 (45,8%)
Total	115 (39,5%)	176 (60,5%)	291

Tabla 4. Edad de los pacientes con UPP según nivel asistencial y sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Hospital de agudos	IC 95% media: 71,6%; 81,04 años. Mediana: 77,5 años. Valores extremos: 37-96 años.	IC 95% media: 69; 80,7 años. Mediana: 79,5 años. Valores extremos: 42-94 años.	IC 95% media: 72,1; 79,2 años. Mediana: 79 años. Valores extremos: 37-96 años.
Centro sociosanitario	IC 95% media: 74,8%; 83,2 años. Mediana: 81 años. Valores extremos: 56-99 años.	IC 95% media: 82,2; 86,3 años. Mediana: 85 años. Valores extremos: 57-104 años.	IC 95% media: 80,8; 84,6 años. Mediana: 84 años. Valores extremos: 56-104 años.
Atención primaria	IC 95% media: 72,7%; 78,3 años. Mediana: 78 años. Valores extremos: 45-91 años.	IC 95% media: 77,4; 83,3 años. Mediana: 84 años. Valores extremos: 23-99 años.	IC 95% media: 76,3; 80,5 años. Mediana: 81 años. Valores extremos: 23-99 años.



cribe la edad de los pacientes con UPP por nivel asistencial y sexo. Un análisis del porcentaje de menores de 65 años con UPP según nivel asistencial nos aporta los siguientes resultados:

- Un 15,25% de los pacientes con UPP en los hospitales de agudos tenían menos de 65 años.
- Un 4,8% de los pacientes con UPP ingresados en centros sociosanitarios.
- Y un 7,4% de los pacientes con úlceras en la comunidad.

En la tabla 5 se resumen los resultados correspondientes al número de lesiones por paciente y nivel asistencial.

Por lo que hace referencia a la utilización de superficies especiales para la prevención/tratamiento de UPP, 16 pacientes en los hospitales de agudos (28,6% de los pacientes ulcerados) utilizaban superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP).

Estas superficies se distribuían de la siguiente manera:

- Superficie alternante de aire, 4 (25%).
- Superficie estática de aire, 1 (6,25%).
- Superficie estática fibras silicona, 11 (68,75%).

En los centros sociosanitarios 32 pacientes (19,75% del total de ulcerados) utilizaban una SEMP (un 19,75% de los pacientes), las cuales se distribuyen como sigue:

- Superficie alternante de aire, 21 (65,6%).
- Superficie estática de aire, 7 (21,9%).
- Superficie estática fibras silicona, 4 (1,25%).

En el caso de los pacientes atendidos en la comunidad no se hizo la pregunta sobre la utilización de SEMP, dada su casi nula implantación, preguntando en cambio sobre la participación de las familias en el cuidado de pacientes con UPP. En relación con esta última pregunta, en 87 casos (65,4%) las familias colaboran plenamente en el cuidado de los pacientes con UPP, en 23 (17,3%) lo hacían parcialmente, en 21 casos (15,8%) no colaboraban y en los dos casos restantes (1,5%) no disponemos de esta información.

Si nos centramos en la información referente a las lesiones, en la tabla 6 se presenta la distribución de las UPP según su estadio en los tres niveles asistenciales, en la tabla 7 los valores correspondientes a la antigüedad media de las lesiones y en la tabla 8 la localización de las UPP.

Tabla 5. Número de lesiones por paciente.

Hospitales de agudos	IC 95% media (1,5; 2,1) lesiones por paciente. Mediana: 1	1 lesión: 34 pacientes (60,7%) 2 lesiones: 10 pacientes (17,9%) 3 lesiones: 5 pacientes (8,9%) 4 lesiones: 4 pacientes (7,1%) 5 lesiones: 3 pacientes (5,4%)
Centros sociosanitarios	IC 95% media (1,4; 1,8) lesiones por paciente. Mediana: 1	1 lesión: 66 pacientes (64,7%) 2 lesiones: 23 pacientes (22,5%) 3 lesiones: 8 pacientes (7,8%) 4 lesiones: 2 pacientes (2%) 5 lesiones: 2 pacientes (2%) 7 lesiones: 1 paciente (1%)
Atención primaria	IC 95% media (1,7; 2,2) lesiones por paciente. Mediana: 1	1 lesión: 68 pacientes (51,1%) 2 lesiones: 32 pacientes (24,1%) 3 lesiones: 15 pacientes (11,3%) 4 lesiones: 11 pacientes (8,3%) 5 lesiones: 2 pacientes (1,5%) 6 lesiones: 4 pacientes (3%) 7 lesiones: 1 paciente (0,8%)



Tabla 6. Distribución de lesiones por estadios y nivel asistencial.

Hospitales 101 lesiones (18,7%)	Centros sociosanitarios 164 lesiones (30,3%)	Atención comunitaria 276 lesiones (51%)
Estadio 1: 40 (39,6%)	Estadio 1: 47 (28,7%)	Estadio 1: 34 (12,3%)
Estadio 2: 37 (36,6%)	Estadio 2: 41 (25%)	Estadio 2: 101 (36,6%)
Estadio 3: 11 (10,9%)	Estadio 3: 44 (26,8%)	Estadio 3: 82 (29,7%)
Estadio 4: 13 (12,9%)	Estadio 4: 31 (18,9%)	Estadio 4: 52 (18,8%)
	NS/NC: 1 (0,6%)	NS/NC: 7 (2,5%)

Tabla 7. Antigüedad media de las lesiones.

Hospitales	IC 95% media: 22,3; 46,3 días Mediana: 10 días Recorrido: 1-365 días
Centros sociosanitarios	IC 95% media: 66,6; 107,5 días Mediana: 44 días Recorrido: 2-550 días
Atención comunitaria	IC 95% media: 142,2; 206,7 días Mediana: 60 días Recorrido: 3-2.190 días

En la tabla 9 se reflejan los resultados correspondientes al nivel asistencial en el que se ha originado cada una de las lesiones que presentaban los pacientes estudiados.

En el caso de los pacientes ingresados en hospitales de agudos, el 50,8% de las lesiones se originaron en los servicios donde los pacientes estaban ingresados en el momento de pasar el cuestionario, un 31,14% en otros servicios hospitalarios y en el 18% restante de casos se desconoce el servicio o unidad hospitalaria origen de las UPP.

Tabla 8. Localización de las lesiones.

Hospitales N = 101	Centros sociosanitarios N = 164	Atención comunitaria N = 276
Talón: 34 (33,7%)	Región sacra: 41 (25%)	Talón: 73 (26,4%)
Región sacra: 32 (31,7%)	Trocanter: 36 (22%)	Región sacra: 67 (24,3%)
Trocanter: 6 (5,9%)	Región isquiática: 19 (11,6%)	Trocanter: 43 (15,6%)
Acromion: 6 (5,9%)	Talón: 17 (10,4%)	Región isquiática: 24 (8,7%)
Maléolo externo: 6 (5,9%)	Dedos pie: 11 (6,7%)	Maléolo externo: 24 (8,7%)
Cóndilo interno rodilla: 3 (2%)	Pierna: 5 (3%)	Maléolo interno: 9 (3,3%)
Espalda: 3 (2%)	Pie: 5 (3%)	Pierna: 8 (2,9%)
Región isquiática: 3 (2%)	Maléolo externo: 7 (5%)	Acromion: 7 (2,5%)
Maléolo interno: 2 (2%)	Espalda: 4 (2,4%)	Codo: 5 (1,8%)
Pierna: 2 (2%)	Maleolo interno: 3 (1,8%)	Cóndilo externo rodilla: 4 (1,4%)
Codo: 2 (2%)	Genitales varón: 3 (1,8%)	Cóndilo interno rodilla: 4 (1,4%)
Nariz: 1 (1%)	Senos: 3 (1,8%)	Dedos pie: 3 (1,1%)
Cóndilo externo Rodilla: 1 (6%)	Acromion: 3 (1,8%)	Oreja: 2 (0,7%)
	Codo: 3 (1,8%)	Espalda: 1 (0,4%)
	Cóndilo externo rodilla: 2 (1,2%)	Dedos mano: 1 (0,4%)
	Cóndilo interno rodilla: 1 (0,6%)	NS/NC: 1 (0,4%)
	Parrilla costal: 1 (0,6%)	
	Nariz: 1 (0,9%)	
	NS NC: 1 (0,6%)	





Tabla 9. Lugar donde se han originado las lesiones.

Hospitales de agudos	Centros sociosanitarios	Comunidad
Hospital agudos: 70,3%	Centro sociosanitario: 67,1%	Domicilio: 63%
Centro sociosanitario: 10,9%	Hospital agudos: 7,9%	Hospital agudos: 22,1%
Domicilio: 15%	Domicilio: 11,6%	Centro sociosanitario: 5,4%
NS/NC: 3,8%	NS/NC: 13,4%	NS/NC: 9%

## DISCUSIÓN

La información que nos aporta el presente estudio nos permite caracterizar a las UPP como un importante problema para todo el Sistema de Salud, tanto a nivel de hospitales de agudos, como a nivel de centros sociosanitarios y de atención comunitaria.

La metodología utilizada ha demostrado ser útil para una realidad poblacional amplia aunque ha implicado una gran cantidad de tiempo para el proceso y análisis de toda la información generada. La dinámica del estudio nos ha aportado información muy útil ante el posible planteamiento de un estudio a nivel nacional. La existencia de preguntas "testigo" en el cuestionario ha permitido la validación interna de los resultados.

En relación con la utilización de la prevalencia como indicador para medir el impacto de las UPP, reconocemos las limitaciones de este tipo de indicador ante otros más descriptivos como la incidencia, aunque tanto la fecha de realización del estudio, cómo los niveles de ocupación en hospitales de agudos y centros sociosanitarios nos orientan hacia un período bastante representativo de un problema como las UPP para el que el número de personas mayores ingresadas tiene una gran influencia.

Si nos centramos en los datos relativos a la prevalencia de UPP, los resultados de nuestro trabajo son coincidentes con los descritos en la literatura a nivel internacional, entre un 5 y un 15% para los hospitales de agudos (5, 14-16). Destacan las mayores cifras de prevalencia de las unidades médicas respecto a las quirúrgicas. Las cifras de prevalencia en la UCI nos indican que las UPP son un importante problema para este tipo de unidades.

La prevalencia encontrada en las instituciones sociosanitarias estudiadas concuerda con los niveles más bajos de la literatura estudiada que cifran la prevalencia en éste tipo de centros entre un 15 y un 35% (18-23). El hecho que en la Rioja prácticamente no exista oferta de pequeñas residencias de ancianos con ánimo de lucro podría condicionar estas bajas cifras de prevalencia.

En relación con la prevalencia de pacientes con UPP en atención primaria, las cifras del presente estudio son ligeramente superiores a las del estudio del Consorci Sanitari de Terrassa (11), aunque nos encontramos también con una población más envejecida que la del mencionado estudio. En lo que hace referencia a la prevalencia por grupos de edad en la comunidad, podemos destacar dos elementos, el incremento de la prevalencia según la edad de los pacientes, así como la importancia de tener en cuenta a otros grupos de edad menores a 65 años en los que las UPP empiezan a ser un problema debido al peso que tienen en la atención en la comunidad problemas de salud invalidantes como las demencias y los accidentes cerebrovasculares en pacientes cada vez más jóvenes.

De manera general podemos destacar que las edades medias de los pacientes con UPP nos orientan hacia un problema relacionado directamente con la edad, aunque no hemos de olvidar la importancia que tienen las UPP en personas menores de 60 años en todos los niveles asistenciales.

La distribución por sexos de los pacientes con UPP es en su conjunto concordante con lo que hemos encontrado en la literatura, tanto en hospitales de agudos (14, 15), como en los sociosanitarios (18-23) y en la comunidad (11).

La determinación del número de pacientes con UPP según nivel asistencial nos ha permitido dar



84 respuesta a lo que hasta el momento de realizar el estudio era una intuición: que la comunidad, seguida de la atención sociosanitaria, es donde están la mayoría de pacientes con UPP, y por tanto, también serían los niveles asistenciales en donde existe un mayor número de pacientes en riesgo de desarrollarla.

El que el mayor número de pacientes con UPP se encuentre en la comunidad es un exponente de la extensión y la consolidación del modelo de atención primaria imperante en España, que en los últimos años ha propiciado la extensión de las actividades de atención domiciliaria que se traducen en la importancia de la prevención y el tratamiento de las UPP en los domicilios de los pacientes (23). Esta circunstancia se ve corroborada por los elevados niveles de participación de los entornos familiares en el cuidado domiciliario de los pacientes con UPP tal como se pudo comprobar en el estudio sobre el ámbito de atención primaria del Consorci Sanitari de Terrassa (11).

Apenas hemos encontrado referencias bibliográficas sobre el peso de los niveles asistenciales en la distribución de pacientes con UPP, sólo un trabajo de Eckman KL publicado en 1989 (24) en el que a través de un análisis realizado mediante la revisión en funerarias de úlceras dérmicas en personas fallecidas encontraron que un 44,3% de los casos provenían de hospitales de agudos, un 37,8% de centros sociosanitarios y un 14,2% de sus domicilios.

Tanto el número de lesiones por paciente, como su distribución por estadios y la antigüedad media de las mismas orientan hacia la circunstancia de que las lesiones más graves se encuentran o en la comunidad o en las instituciones sociosanitarias.

Las localizaciones de las lesiones también son concordantes con los datos que hemos encontrado en la literatura. Los talones, zonas sacras y trocánteres aparecen en los primeros lugares de los tres niveles asistenciales estudiados.

Por lo que hace referencia al lugar donde se han originado las lesiones, los resultados de nuestro estudio nos orientan hacia una realidad que hasta el momento no habíamos podido constatar de manera objetiva y que es un tema de frecuente controversia. Prácticamente un 70% de

las UPP se han originado en el propio nivel asistencial en el que está el paciente, por lo que la práctica habitual de atribuir las UPP a otros niveles asistenciales no se corresponde con la realidad que nos permite evidenciar la epidemiología.

Los resultados relativos a la utilización de superficies para el manejo de la presión (SEMP) nos indican el bajo nivel de utilización de las mismas en los pacientes con UPP que de acuerdo con las evidencias científicas disponibles hoy en día, deberían contar dentro de su plan de tratamiento con una SCP (25-32).

Esta situación es común al resto del estado español y debería hacernos reflexionar sobre algunos importantes aspectos:

– Si sólo un 28,6% de los pacientes ulcerados en hospitales de agudos y un 19,75% de los que lo están en centros sociosanitarios utilizan alguna SCP, ¿qué debe suceder con los pacientes que están en riesgo de desarrollar UPP?

– Bajo una óptica más cualitativa, el que sólo un 59,4% de los pacientes con UPP de grado 3 o grado 4 estuviesen utilizando SEMP de aire alternante nos indica un uso no óptimo de los sistemas de prevención actualmente disponibles.

– No deja de ser un contrasentido que en la comunidad, el lugar donde existe un mayor número de pacientes con UPP, y en donde están los más graves, no se disponga de parques de SEMP, y que éstas tengan que ser adquiridas directamente por las familias de los pacientes.

Este hecho debería hacer replantear el diseño de políticas activas de prevención de las UPP con la dotación de recursos específicos para TODOS los niveles asistenciales en contraposición con la situación actual en la que los escasos medios de prevención de los que hoy en día se dispone, tal como se puede evidenciar en los resultados relativos a los dispositivos para el manejo de la presión, están centrados casi exclusivamente en los hospitales de agudos.

A raíz de los resultados del presente estudio, y a modo de conclusión, nos gustaría destacar algunos elementos:

– La realidad que hemos podido constatar de manera objetiva en La Rioja es muy similar a la que podemos constatar en el resto del estado español.



– Las UPP son un importante problema de salud para TODOS los niveles asistenciales en La Rioja y en España.

– Las UPP son un problema que afecta de manera muy directa a los pacientes y sus entornos familiares, así como a los profesionales de la salud, especialmente a enfermería, ante un problema que en muchos casos podría ser evitable mediante la provisión de unos óptimos cuidados de prevención y tratamiento junto a la utilización de material específico para el manejo de la presión.

– Los estudios epidemiológicos de ámbito regional o nacional aportan información de gran utilidad para dimensionar el problema de las UPP.

– En el caso de la atención comunitaria, las UPP son un importante problema que está condicionado por la gravedad de las lesiones, las importantes cargas de trabajo que representa para los profesionales así como el peso que tienen las lesiones originadas en otros niveles asistenciales.

– Un abordaje del problema de las UPP pasa NECESARIAMENTE por la utilización de las evidencias científicas disponibles en cuanto a su prevención y tratamiento.

– La escasa disponibilidad de sistemas para la prevención de UPP nos obliga necesariamente a reflexionar sobre la necesidad de dotar a todas las instituciones de material con capacidad de aliviar y/o reducir la presión para la prevención y el tratamiento de los pacientes con, o en riesgo de desarrollar, UPP.

– Tiene una gran importancia que en los diferentes planes de salud de las comunidades autónomas se defina a las UPP como un problema de salud, y se definan por tanto marcos que faciliten su dimensionamiento y el diseño de políticas encaminadas hacia su prevención y tratamiento basadas en las evidencias científicas disponibles.

#### NOTA

Las personas que estén interesadas en obtener el soporte del Grupo Nacional para el Estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP) para utilizar la misma metodología en la realización de estudios epide-

miológicos sobre UPP pueden contactar con el GNEAUPP en la siguiente dirección: 85

#### Secretaría Científica GNEAUPP:

Hospital de la Rioja

Avda. de Viana, 1

26001 Logroño, La Rioja

Fax: 941 23 93 47

E-mail: gneaupp@arrakis.es; jtorra@readysoft.es;  
jtorra@cstdt.es.

#### AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de enfermería de la Rioja quienes desde las diferentes instituciones y niveles han aportado datos para la realización de este primer estudio de ámbito regional y en especial a: Dña. Blanca M<sup>a</sup> Fernández Pérez, Directora de Enfermería, Dña. Marisol Martínez Sáenz y Dña. Rosa Gil Aragaiz, Dña. Yolanda Pérez Hernández, D. Juan Pellejero Sabando, Dña. Lourdes Pérez Caro, Dña. Soledad Sáez Acedo, Dña. Concepción Martín Martín, Dña. M<sup>a</sup> Angeles Martínez de Quel, Dña. Maite Sotes Rodríguez, Dña. M<sup>a</sup> Asun Arzoz Martínez, Dña. Nani Suibero Lafuente, Dña. Maribel Magaña Maiso, Dña. Elena Estecha Fernández, Dña. Pilar Espinosa Mendaza, Dña. Rosa González Crespo, Dña. Carmen Tré Medina, Dña. Pilar Marín Palacios, Dña. Nati Fernández Pascual, D. Manuel Olivares Cobo, supervisores de formación continuada, Unidad de calidad, y hospitalización del Complejo Hospitalario "San Millán-San Pedro", a Dña. Gloria Llaría Rubio, Directora de Enfermería de Atención Primaria de La Rioja, a Dña. Ana Isabel Campo Camero, D. Roberto Alonso Marín, D. Miguel Manjón, Dña. Elvira Velaz Velaz, D. Carlos Martínez Manzanares, Dña. Aurelia Solé Ceniceros, D. Francisco Javier Crespo Agustín, Dña. Isabel Martínez Pascual, D. Jose Domingo León Lucas, Dña. Pilar Faro Carballa, Dña. Ana Crespo Del Pozo, Dña. Esperanza Herrero del Pozo, Dña. Silvia Soler Puig, Dña. Concha Pérez Martínez y Dña. Pilar Escalona Fernández, responsables de enfermería y a todos los enfermeros comunitarios de La Rioja, a Dña. Carmen Quiñones Rubio, Jefe de Enfermería, Dña. Lucía Barrio Pérez, supervisora,



86 Dña. Pilar Ramírez García, Dña. Marisa Ortega Blasco, Dña. Inmaculada Maiso López, Dña. Carmen Uruñuela San Martín, Sor Victoria Rodríguez García, enfermeras del Hospital de La Rioja, Dña. Yolanda Caro Berguillas, Jefe de Enfermería y Dña. Paloma González Pérez, enfermera, del Centro Asistencial "Reina Sofía", Dña. Remedios Álvarez Terán enfermera de la Residencia de Ancianos de Lardero (IMSERSO), Dña. Esther Pinillos Chicote, Dña. Eva Monterde Calonge, Dña. Cristina Pascual Navajas y Dña. Aránzazu Sáenz Blasco de la Residencia Victoria

MYR, Dña. Eva M<sup>a</sup> Galilea San Miguel y Dña. Teresa García Bretón de la Residencia "San Agustín", Dña. Pilar Suárez y D. Javier Cenicerós de la Residencia "Monte Rincón", Dña. Marisol Quiñones de la Residencia "Ciudad de Arnedo", y al servicio de enfermería de la Residencia "Espíritu Santo" de Calahorra.

Del mismo modo al Colegio de Enfermería de La Rioja en las personas de D. Pedro Vidal Hernández, su Presidente, Dña. Sagrario García Ramos y Dña. Isabel Fernández Hueto por su apoyo y excelente soporte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barker DJP, Rose GA. Epidemiología en la práctica médica. Barcelona: Salvat; 1993.
2. 1<sup>er</sup> Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión (Libro de actas). Logroño: Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja; 1996.
3. 1<sup>er</sup> Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica (Libro de actas). Barcelona: ConvaTec; 1997.
4. Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva Torre de Babel. *Rev Rol Enf* 1998; 238:75-88.
5. Meehan M. Multi-site pressure ulcer prevalence survey. *Decubitus* 1990;3(4):14-7.
6. Meehan M. National pressure ulcer prevalence survey. *Adv Wound Care* 1994;7(3):27-38.
7. Barczak Ch, Barnett RI, BRI, Jarczynski Childs E, Bosley LM. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. *Adv Wound Care* 1997;10(4):18-26.
8. Bours GJJW, Halfens RJG, Buss IC. The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure sores. First European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting (Libro de actas). Oxford, 21-23 September; 1997.
9. Haalboom J. Influencing european governmental policy on pressure ulcers. Second European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting (Libro de actas). Oxford, 20-22 September 1998.
10. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población. 1996.
11. Torra i Bou JE. Epidemiología y coste de la atención a pacientes con úlceras por presión atendidos por enfermería en el ámbito de atención primaria del Consorci Sanitari de Terrassa. En: VII Premio a la investigación en enfermería. Madrid: Laboratorios Knoll; 1997.
12. Torra i Bou JE. Incidence, prevalence, main characteristics and cost of pressure ulcers cared by nurses in primary health care facilities of the "Consorci Sanitari de Terrassa", Terrassa, Barcelona, Spain. First European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting (Libro de actas). Oxford, 21-23 September 1997.
13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Clasificación de las Úlceras por Presión (Estadistaje). *Gerokomos-Helcos* 1997;VII(22):III.
14. Gawron CL. Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized patients. *J WOCN* 1994;21(6): 232-40.
15. O'Brien SP, Wind S, van Rijswijk L, Kerstein MD. Sequential biannual prevalence studies of pressure ulcers at the Allegheny-Hahnemann University Hospital. *Ostomy Wound Management* 1998;44(A Supl):78S-89S.
16. Barczak CH A, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. *Adv Wound Care* 1997;10(4):18-26.
17. Dealay C. The size of the pressure-soer problem in a teaching hospital. *J Adv Nurs* 1991;16:663-70.
18. Brandeis GH, Morris JN, Nash DJ, Lipstz LA. The epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home residents. *JAMA* 1990;264(22):2905-9.
19. Leshem OA, Skelskey C. Pressure ulcers: Quality management, prevalence, and severity in a long-term care setting. *Adv Wound Care* 1994;7(2):50-4.
20. Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *JAGS* 1992;40:747-58.



ORIGINALES

21. Sternberg J, Spector WD, Krapp MC, et al. Decubitus ulcers on admission to nursing homes: prevalence and residents' characteristics. *Decubitus* 1988;1:14-20.
22. Shaughnessy P, Cramer A. Increase needs of patients in nursing homes and patients receiving home health care. *N Engl J Med* 1990;322:21-7.
23. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria, organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.
24. Eckman KL. The prevalence of dermal ulcers among persons in the US who have died. *Decubitus* 1989;2(2):36-40.
25. Bergstrom N, Allman R, Carlson CE. Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Rockville, Maryland: U.S. Agency for Health Care Policy Research; 1992.
26. Bergstrom N, Allman R, Alvarez O, et al. Guía de práctica clínica. Tratamiento de las úlceras por presión. Madrid: Drug Farma; 1996.
27. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Directrices generales para la prevención de las úlceras por presión. Castelldefels: GNEAUPP; 1996.
28. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Directrices generales para la prevención de las úlceras por presión. Gerokomos/Helcos 1998;IX(2):3-12.
29. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer prevention guidelines. *EPUAP Review* 1998;1(1):7-8.
30. The prevention and treatment of pressure sores. *Effective Health Care* 1995;2(1):1-16.
31. Evidence based practice sheets for health professionals. Pressure sores Part I: Prevention of pressure related damage. *Best Practice* 1997;1(1):1-6.
32. Evidence based practice sheets for health professionals. Pressure sores Part II: Management of pressure related tissue damage. *Best Practice* 1997;1(2):1-6.

novedad



Un tomo (14 x 22 cm) con 728 páginas ilustrado con figuras y tablas. Encuadernado en espiral. ISBN: 84-458-0538-X. © 1997

Con datos de laboratorio sobre más de 400 enfermedades.

De utilidad clínica inmediata: Téngala siempre a mano a la hora de SOLICITAR e INTERPRETAR ANÁLISIS.

# La Clínica y el Laboratorio

Interpretación de análisis y pruebas funcionales  
Exploración de los síndromes  
Cuadro biológico de las enfermedades

A. Balcells

17ª edición

- Nueva edición de este clásico libro para la práctica clínica, un auténtico vademécum que orienta al médico a la hora de solicitar un examen complementario y le ayuda en la lectura e interpretación de los resultados del laboratorio.
- En esta 17ª edición, el autor ha efectuado una revisión y actualización completa, incorporando más de 200 modificaciones del texto para aclarar los conceptos y mejorar la información.
- Entre los muchos aspectos relevantes que ofrece la nueva edición merece destacarse:
  - Inclusión de la semiología de laboratorio en una serie de nuevos procesos.
  - Los hallazgos de laboratorio y su significación clínica se han completado con la inclusión de nuevos temas.
  - En las tablas de valores se ha separado el grupo de exámenes inmunológicos del resto de análisis séricos.
  - Comenta la biología molecular y la genética en el grado que puede interesar al clínico.

ÍNDICE DE CAPÍTULOS (extracto):

I. Hallazgos de laboratorio (Capítulos 1 a 14)	1
II. Pruebas funcionales (Capítulos 15 a 21)	295
III. Exploración de los síndromes con el laboratorio (Capítulo 22)	377
IV. El laboratorio en las enfermedades (Capítulos 23 a 34)	425
V. Sumario de constantes biológicas. Tablas de valores normales	661
Índice alfabético de materias	674

## TARJETA DE PEDIDO

Sí, deseo remitir a mi nombre esta obra:  
BALCELLS: *La Clínica y el Laboratorio* 17ª ed. (cód. 0538)  
PVP: 7.050 Ptas. con IVA y 6.779 sin IVA

FORMA DE PAGO:

Contra reembolso, sin cargo alguno.

Tarjeta VISA, MASTERCARD ó AMEX Nº \_\_\_\_\_  
Caducidad \_\_\_\_\_

Contra domiciliación bancaria: Código Cuenta Cliente (CCC):  
Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ D.C. \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

FORMA DE ENVÍO: Si no se indica otra, se realizará por correo.  
 Por agencia: Se cargarán sólo 600 Ptas. por SERVICIO RÁPIDO.

Nombre \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_ Año nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
FIRMA y fecha \_\_\_\_\_

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido a:

**MASSON, S.A.**  
Rda. General Mitre, 149  
08022 BARCELONA (España)  
Tel. 93 253 01 53  
Fax 93 253 05 15  
e-mail: pedidos@masson.es

Nota LOPDAD: Si usted no desea recibir información comercial de otras empresas, por favor, indíquenselo.

