

# Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017

## Prevalence of pressure injuries and other dependence-related skin lesions in primary healthcare centres in Spain in 2017

Francisco P. García-Fernández<sup>1,\*</sup>  
Joan Enric Torra i Bou<sup>2</sup>  
J. Javier Soldevilla Agreda<sup>3</sup>  
Pedro L. Pancorbo-Hidalgo<sup>4</sup>

1. Profesor del departamento de Enfermería. Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Grupo de investigación "Enfermería e innovación en cuidados de salud". Comité Director del GNEAUPP. Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas GNEAUPP-Universidad de Jaén.
2. Profesor de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida. Consultor en heridas pediátricas, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Comité Director del GNEAUPP. Miembro de los grupos de investigación GRECS, IRB Lleida de la Universitat de Lleida, TR2Lab de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya y de la Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas GNEAUPP-Universidad de Jaén.
3. Enfermero. Servicio Riojano de Salud. Profesor de la Escuela de Enfermería de Logroño. Universidad de La Rioja. Director del GNEAUPP. Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas GNEAUPP-Universidad de Jaén.
4. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Grupo de investigación "Enfermería e innovación en cuidados de salud". Comité Director del GNEAUPP. Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas GNEAUPP-Universidad de Jaén.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pacopedro@gneaupp.org (F.P. García-Fernández).

Recibido el 31 de julio de 2019; aceptado el 19 de agosto de 2019

### RESUMEN

**Objetivos:** Obtener indicadores epidemiológicos actualizados para las lesiones por presión (LPP) y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) en centros de Atención Primaria de Salud (APS) españoles, tanto globales como ajustados. Analizar las características demográficas y clínicas de las personas con LCRD y de las lesiones. **Metodología:** Estudio observacional, transversal, tipo encuesta epidemiológica (5º Estudio Nacional de Prevalencia) (ENP), dirigido a centros de APS. Recogida de datos mediante formulario en línea seguro. Variables: características de los centros, número de pacientes con cada tipo de LCRD, clasificación de cada lesión, tamaño y tiempo de evolución. Se calcularon tres valores de prevalencia: prevalencia cruda poblacional, en mayores de 65 años y en personas en programas de atención domiciliaria. **Resultados:** Se han obtenido datos de una población de casi 763.000 personas atendidas en 98 centros de APS españoles. Un 14,3% de los centros declararon no tener ninguna persona con LCRD atendida en el momento de obtener los datos. En el grupo de personas en programas de atención domiciliaria (ATDOM), la prevalencia de LCRD fue del 6,11%. Según tipo de lesiones fueron: presión, 4,79%; humedad, 1,39%; fricción, 1,81%; combinadas, 1,05%, y desgarros cutáneos, 1,05%. Las lesiones se originaron en el mismo domicilio del paciente en un 83,3% de los casos, y solo un 16,7% eran de origen nosocomial. **Conclusiones:** La prevalencia de LCRD en pacientes atendidos en programas de ATDOM fue del 6,11%, siendo las LPP las lesiones más frecuentes, con un 4,79% de prevalencia (cifras similares a las del 3º ENP y suponen un ligero descenso sobre las encontradas en el 4º ENP). Tanto las LPP como el resto de LCRD son mayoritariamente producidas en el domicilio, a diferencia de la situación en hospitales en los que predominan las de origen nosocomial. La prevención de las LCRD en personas atendidas en ATDOM debe ser una prioridad.

**PALABRAS CLAVE:** Lesiones por presión, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, desgarros cutáneos, lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, atención primaria, prevalencia.

### ABSTRACT

**Aims:** To obtain updated, global and adjusted epidemiological indicators for pressure injuries (PI) and others dependence-related skin lesions (DRSL) in Spanish primary healthcare (PHC) centres. To describe the clinical features of both people with DRSL and the lesions. **Methods:** Observational, cross-sectional study through a survey (5th National Prevalence Study), aimed to PHC in Spain. Data collected through a secure on-line form. Variables: characteristics of the centres, number of patients with each type of DRSL, classification of each lesion, size and time of evolution. Three prevalence values were calculated: crude population prevalence; in people over 65 years of age; and in people in home care programs (HCP). **Results:** Data have been obtained for a population of almost 763,000 people attended at Spanish PHC in 98 centers. 14.3% of the centres stated that they did not have any person with DRSL attended at the time of obtaining the data. In the group of persons in home care programmes, the prevalence of DRSL was 6.11%. According to the type of lesions: pressure 4.79%, moisture-associated lesions (MAL) 1.39%, friction 1.81%, combined 1.05% and skin tears 1.05%. The lesions originated in the patient's own home in 83.3% of cases, and only 16.7% were of nosocomial origin. **Conclusions:** The prevalence of DRSL in patients treated in was 6.11%, with PI being the most frequent lesion. Prevalence value is similar to that found in 2009 and slightly lesser than that of 2014. Both the PI and others DRSL are mostly developed in the home, unlike the situation in hospitals, where hospital-acquired injuries are predominant. So, prevention of DRSL in people in home care programmes should be a priority.

**KEYWORDS:** Pressure injuries, moisture associated skin damage, dependence-related skin lesions, skin tears, primary healthcare, prevalence.

## INTRODUCCIÓN

Disponer de datos acerca de la epidemiología de las lesiones por presión (LPP) a nivel nacional aporta información de gran utilidad para poder hacer el dimensionamiento de este importante problema de salud y poder observar tendencias en su evolución.

Aunque la incidencia es un indicador que expresa de una manera más precisa el alcance de las LPP y aporta información acerca de su causalidad y de la calidad de las estrategias y de los cuidados preventivos, esta no se calcula de manera sistematizada en todas las instituciones y existen importantes diferencias en cuanto a la metodología de su cálculo<sup>1</sup>, por lo que en estudios poblacionales de ámbito regional o nacional se recurre a la prevalencia.

En la literatura científica apenas hay estudios de prevalencia a nivel nacional que alcancen a grandes poblaciones y a todos los niveles asistenciales; destacan, en este sentido, la serie de Estudios Nacionales de Prevalencia (ENP) de LPP en España elaborados por parte del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en los años 2003, 2007, 2011 y 2014<sup>2-5</sup> en sus cuatro primeras ediciones, con el precedente del estudio piloto de la Rioja de 1999<sup>6</sup>. En aquel primer estudio ya se pudo constatar que el mayor porcentaje de pacientes con LPP (un 45,8%) estaban siendo atendidos en la atención primaria de salud (APS), un 35% en centros sociosanitarios o residencias y un 19,2% en hospitales.

En cuanto a la epidemiología de las LPP en APS hay que destacar que se halla directamente relacionada con el modelo de APS vigente en cada país. En el caso de España, la progresiva implantación del nuevo modelo de APS significó la asunción de un rol mucho más activo por parte de la enfermera, así como el despliegue y consolidación de los programas de atención domiciliaria (ATDOM), lo que se tradujo en la creciente importancia de la atención a las LPP y a otras heridas crónicas en el primer nivel asistencial, en el inicio de estudios epidemiológicos y en una creciente concienciación sobre las mismas<sup>7-8</sup>.

A partir del estudio piloto de la Rioja<sup>6</sup> y del primer estudio nacional de prevalencia del GNEAUPP<sup>2</sup> ya se empezaron a discutir aspectos metodológicos relacionados con el cálculo de la prevalencia para determinar el denominador poblacional más idóneo (toda la población, mayores de 65 años, población incluida en programa de ATDOM)<sup>2</sup>.

La singularidad de los modelos asistenciales de APS en los diferentes países condiciona la comparabilidad de datos en los trabajos publicados en la literatura, por lo que parece más adecuado comparar resultados de estudios en el mismo ámbito nacional o regional. En este sentido, además de los estudios nacionales del GNEAUPP, diferentes autores han estudiado con diferentes metodologías la prevalencia de las LPP en algunas zonas de APS de España. Nos encontramos con estudios en diferentes zonas o comarcas de salud de Andalucía, Asturias, Baleares, Cataluña o Valencia durante un periodo de publicación que abarca casi como los ENP del GNEAUPP (desde 1999 a 2017)<sup>9-15</sup> y que nos muestran el interés que estas lesiones y su análisis epidemiológico tiene en las enfermeras de APS.

No obstante, este 5° ENP, a diferencia de los anteriores, y de los artículos antes mencionados, viene marcado por el nuevo modelo teórico de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), dentro del que se incluyen las LPP y otros tipos de lesiones de la piel<sup>16-18</sup>. El grupo de lesiones que hasta el año 2013, en el 4° ENP, se agrupaban como LPP, en realidad englobaban varios tipos de lesiones con diferentes mecanismos etiológicos y cuya diferenciación es fundamental de cara a la prevención y abordaje de las mismas. Por primera vez, por tanto, se recogen datos epidemiológicos de forma diferenciada de las distintas LCRD (presión, fricción, humedad, desgarros cutáneos y lesiones combinadas).

Además, este 5° estudio nacional de prevalencia de LCRD realizado a finales de 2017 por el GNEAUPP se ha dirigido a los diferentes entornos asistenciales: hospitales, APS, centros sociosanitarios y residencias de mayores; por ello y debido al gran volumen de datos obtenidos, se hace difícil su publicación conjunta, por lo que los resultados se van a publicar, también por primera vez, de forma separada, para hospitales con población infantil<sup>19</sup>, hospitales con población adulta<sup>20</sup>, APS (el presente artículo) y residencias de mayores o centros sociosanitarios (en un próximo manuscrito).

## OBJETIVOS

Objetivo general:

Obtener indicadores epidemiológicos actualizados sobre las LPP y otras LCRD en centros de APS en España.

Objetivos específicos:

1. Establecer las prevalencias de LCRD ajustadas según características de los centros de APS.
2. Analizar las características demográficas y clínicas de las personas que presentan LPP y otras LCRD en APS.
3. Identificar las características de las lesiones identificadas.

## MÉTODOS

### Diseño

Estudio observacional, epidemiológico, de corte transversal. La participación estuvo abierta a todos los centros de APS en España, con cualquier tipo de gestión: públicos, concertados y privados. Para la participación en esta encuesta epidemiológica se invitó a la participación a profesionales de APS y también se realizó una amplia difusión a través de los canales de comunicación del GNEAUPP y de redes sociales.

### Población y muestra

La población estudiada fueron las personas adultas atendidas en centros de APS de España. Se usó un muestreo no probabilístico, de conveniencia. La participación en el estudio fue voluntaria, basada en el interés en colaborar de los profesionales de enfermería, los directivos y gestores de los centros.

Se han incluido datos de cualquier centro de APS. No se establecieron criterios de exclusión a priori.

### Variables

Los datos recogidos fueron: tipo de centro según su entorno: urbano (ciudad de más de 10.000 habitantes), rural (menos de 10.000 habitantes) o mixto; tipo de gestión del centro; uso de escalas de valoración del riesgo; uso de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP); población de referencia atendida; población de mayores de 65 años; número de personas incluidas en programas de ATDOM; número de personas con alguna LCRD y tipo de lesión según la causa (presión, humedad, fricción, desgarros cutáneos o lesiones combinadas), edad y sexo de los pacientes. De cada lesión comunicada se registró: tiempo de evolución, tamaño, categoría según el documento de clasificación de las LCRD del GNEAUPP<sup>17,18</sup> y entorno en el que se pro-

dujo. A partir del largo y ancho de la lesión se calculó su área (con el coeficiente corrector de Kunding [ $\times 0,785$ ] para las mayores a 10 cm<sup>2</sup>). Al formulario empleado en la encuesta se añadió un documento explicativo de los diferentes tipos de lesiones, incluyendo imágenes, para facilitar a los profesionales la correcta identificación y clasificación de las lesiones.

### Procedimiento de obtención de datos

Los datos se recogieron mediante un formulario en línea seguro, bien con un acceso general o un acceso específico para aquellos centros que lo solicitaron. El cuestionario de obtención de datos estuvo abierto durante 2 meses (noviembre y diciembre de 2017), y cada centro participante pudo elegir la fecha para recoger y comunicar sus datos.

### Análisis de datos

En primer lugar, se realizó la tabulación, codificación y depuración de los datos. Para el análisis descriptivo se usaron frecuencias y porcentajes o medias y desviación estándar, según el tipo de variable. En variables cuantitativas con mucha asimetría se usó la mediana y los percentiles 25 y 75. La prevalencia cruda se calculó dividiendo el número de personas con cada tipo de lesión entre el número total de personas en la población de referencia, y se expresó como porcentaje. Se calcularon tres prevalencias: poblacional, referida a toda la población atendida; en mayores de 65 años, y en personas en programas de ATDOM. Para estimar el intervalo de confianza del 95% de las prevalencias se utilizó el método de Wilson<sup>21</sup>, ya que proporciona unos valores más fiables con porcentajes pequeños.

### Aspectos éticos

El protocolo general del estudio fue aprobado por el Comité de ética de investigación de Jaén. En algunos casos, se requirió también la aprobación por los comités de ética de investigación de los centros participantes. Los datos fueron anonimizados (sin ningún dato personal identificativo) y se obtuvieron a nivel de centro. La base de datos se ha almacenado cumpliendo los criterios de privacidad establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

## RESULTADOS

En la encuesta se han obtenido datos de 98 centros de APS, con una población total atendida de 762.782 personas, de los cuales 90.991 son población mayor de 65 años y 4.089 personas en programas de ATDOM. En la muestra hay participación de centros de 13 comunidades autónomas españolas (no hubo participación de Baleares, Murcia y las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta).

La información fue proporcionada por: profesionales asistenciales (46,9%), miembros de comisiones de úlceras o de heridas (15,3%), cargos intermedios (12,2%) y directivos (25,5%). Las principales características de los centros participantes se recogen en la tabla 1 y sobre el uso de escalas de valoración del riesgo de LPP (tabla 2).

### Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

De igual forma que en los anteriores estudios de prevalencia realizados en España, se han calculado tres valores de prevalencia para las LCRD en centros de APS: poblacional, en personas mayores de 65 años y personas incluidas en programas ATDOM. La tabla 3 presenta las cifras de prevalencia para cada uno de los tipos de LCRD.

**Tabla 1.** Características de los centros de APS participantes (N = 98)

	Frecuencia (%)
<b>Titularidad del centro</b>	
Público	92 (93,9)
Concesión administrativa	6 (6,1)
<b>Tipo de centro</b>	
Urbano	46 (46,9)
Rural	34 (34,7)
Mixto	18 (18,4)

**Tabla 2.** Valoración del riesgo de lesiones por presión (LPP) en los centros de APS (N = 98)

	Frecuencia (%)
<b>Uso de escalas de valoración del riesgo de LPP</b>	
Sí, uso sistemático	55 (56,1)
Sí, uso ocasional	38 (38,8)
No	2 (2,0)
<b>Escalas de valoración de riesgo usada</b>	
Braden	71 (72,4)
Norton (original)	12 (12,2)
Norton modificada	7 (7,1)
Braden y Norton (original)	3 (3,1)
EMINA	2 (2,0)

Entre los 98 centros de APS participantes, un 14,3% (14 centros) no tenía ninguna persona con alguna LCRD atendida en el momento de obtener los datos; un 43,9% (43 centros) tenía entre 1 y 3 personas con LCRD; un 19,3% (19 centros) tenía entre 4 y 6; un 10,3% (10 centros) tenía entre 7 y 9, y un 12,2% (12 centros) tenía 10 más casos de LCRD.

En el análisis se han calculado las prevalencias de las LPP (como tipo más frecuente) y todas las LCRD (en conjunto) estratificadas según el tipo de centro de APS: urbano, rural o mixto (tabla 4). Para las LPP no hay diferencias significativas entre los tres tipos de centros (ya que los intervalos de confianza del 95% se solapan). Para las LCRD en conjunto, se evidencia un valor de prevalencia en mayores de 65 años ligeramente más alto en centros rurales, mientras que en la prevalencia en personas en programas de atención domiciliaria la prevalencia es significativamente mayor en centros urbanos.

### Descripción de los pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Los centros participantes proporcionaron datos de 377 personas con alguna LCRD. Un 39,8% hombres y un 60,2% mujeres. La edad me-

**Tabla 3.** Prevalencia de diferentes tipos de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria: población general, mayores de 65 años y personas en atención domiciliaria

	Prevalencia (%)	IC 95%
<b>Prevalencia poblacional</b>		
Lesiones por presión	0,045	0,040-0,050
Lesiones por humedad	0,009	0,007-0,012
Lesiones por fricción	0,012	0,009-0,014
Desgarros cutáneos	0,006	0,004-0,008
Lesiones combinadas <sup>a</sup>	0,007	0,006-0,010
No clasificadas	0,002	0,001-0,003
Cualquier tipo de LCRD	0,050	0,045-0,055
<b>Prevalencia en mayores de 65 años</b>		
Lesiones por presión	0,25	0,22-0,28
Lesiones por humedad	0,065	0,050-0,084
Lesiones por fricción	0,075	0,059-0,095
Desgarros cutáneos	0,035	0,025-0,050
Lesiones combinadas <sup>a</sup>	0,037	0,027-0,052
No clasificadas	0,011	0,006-0,020
Cualquier tipo de LCRD	0,27	0,24-0,31
<b>Prevalencia en ATDOM<sup>b</sup></b>		
Lesiones por presión	4,79	4,18-5,49
Lesiones por humedad	1,39	1,08-1,80
Lesiones por fricción	1,81	1,44-2,27
Desgarros cutáneos	1,05	0,78-1,41
Lesiones combinadas <sup>a</sup>	1,05	0,78-1,41
No clasificadas	0,24	0,13-0,45
Cualquier tipo de LCRD	6,11	5,42-6,89

IC: intervalo de confianza; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.  
<sup>a</sup>Lesiones combinadas: dos o más causas (presión, fricción, humedad).  
<sup>b</sup>Programas de atención domiciliaria.

El día fue de 82,7 años (DE = 11,1) con un rango entre 25 y 104 años. También se analizó si presentaban algún tipo de incontinencia: incontinencia urinaria, 25,2%; fecal, 1,6%; mixta, 53,1 %, y en un 20,2% se desconocía.

Otro aspecto considerado de interés fue si las personas con LCRD disponían de una SEMP en su domicilio, para prevenir nuevas lesiones o tratar las existentes. Los datos hallados fueron: SEMP dinámica (incluye tanto colchón como sobrecolchón) un 40,8%; SEMP estática, un 23,1%, y ninguna SEMP, un 22,5%. Para un 13,5% de los casos no se conocía este dato.

En general, la situación más frecuente es que las personas tenían una lesión (tabla 5).

**Tabla 4.** Prevalencias de lesiones por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia según entorno de los centros de APS

	LPP	LCRD
	Prevalencia (%) (IC 95%)	Prevalencia (%) (IC 95%)
<b>Mayores de 65 años</b>		
Urbanos (N = 31)	0,23 (0,19-0,27)	0,24 (0,20-0,28)
Rurales (N = 31)	0,28 (0,21-0,38)	0,37 <sup>a</sup> (0,29-0,49)
Mixtos (N = 12)	0,29 (0,21-0,39)	0,29 (0,22-0,40)
<b>ATDOM</b>		
Urbanos (N = 29)	5,88 (4,9-7,0)	7,84 <sup>a</sup> (6,7-9,1)
Rurales (N = 29)	4,02 (2,9-5,4)	5,36 (4,1-7,0)
Mixtos (N = 13)	3,74 (2,8-4,9)	4,06 (3,1-5,3)

<sup>a</sup>Diferencia significativa (test de diferencia de proporciones independientes de Newcombe).  
 APS: atención primaria de salud; ATDOM: atención domiciliaria; IC: intervalo de confianza; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia; LPP: lesiones por presión.

**Tabla 5.** Número de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) por paciente en centros de APS

Tipo de lesión	Media (DE)	Mediana	Mínimo	Máximo
Presión	1,41 (0,8)	1	1	7
Humedad	1,13 (0,5)	1	1	3
Fricción	1,17 (0,4)	1	1	2
Combinada	1,04 (0,3)	1	1	2
Desgarro cutáneo	1,19 (0,4)	1	1	2
LCRD (cualquier tipo)	1,65 (1,1)	1,1	1	7

### Descripción de las lesiones: causas, dimensiones, duración y localización anatómica

Se han obtenido datos descriptivos de un total de 535 lesiones. Según mecanismos causales serían debidas a: presión (58,6%), humedad (12,3%), fricción (11,5%), lesiones combinadas (11,9%), desgarros cutáneos (4,6%) y no conocida o no informada (1,2%).

Según el entorno en que se desarrollaron las lesiones, diferenciado entre producidas dentro de un hospital o instituciones (nosocomiales) y fuera de una institución (en domicilio), se observa que la mayoría de las lesiones se habían producido en el propio domicilio (tabla 6). Si se

**Tabla 6.** Frecuencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en APS según el entorno en el que se originaron

Tipo de lesión	Nosocomiales <sup>a</sup>	En el domicilio	No conocido
	Frecuencia (%)		
Presión (N = 315)	60 (19,0)	250 (79,4)	5 (1,6)
Humedad (N = 66)	8 (12,1)	58 (87,9)	
Fricción (N = 62)	3 (4,8)	59 (95,2)	
Combinada (N = 64)	12 (18,8)	49 (76,6)	3 (4,7)
Desgarro cutáneo (N = 25)		25 (100)	

<sup>a</sup>Nosocomial: lesiones producidas durante el ingreso en una institución, como hospital, residencia o centro socio-sanitario.

consideran todas las LCRD en conjunto, un 83,3% se originaron en el domicilio y un 16,7% eran nosocomiales.

Para la clasificación de las lesiones se usó el esquema propuesto por el GNEAUPP<sup>6</sup>. La tabla 7 presenta los datos del porcentaje de lesiones en cada una de las categorías consideradas.

Otras características de las lesiones analizadas fueron su antigüedad (días desde su inicio) y su área (en cm<sup>2</sup>). La tabla 8 muestra los valores para cada tipo de lesión; se presentan como mediana y percentiles 25 y 75 debido a su alta asimetría.

Finalmente, se describe la localización anatómica de los diferentes tipos de lesiones, según su tipo (tabla 9).

## DISCUSIÓN

### Alcance y perfil de los centros participantes en el estudio

Este 5° ENP ha supuesto un cambio importante en el sistema de recolección de la información con la digitalización de la recogida (en ocasiones adaptada a centros específicamente) y con un incremento importante en la participación de los directivos en la recogida de datos, lo que hace que en comparación con los cuatro estudios previos<sup>2-5</sup> sea el estudio con el menor número de centros participantes (n = 98), y sin embargo, el que abarca a mayor población (casi 763.000 personas), lo que indica quizá las ventajas del sistema digitalizado que permite incluir datos de distintas zonas básicas de salud (centros de salud, consultorios, puntos de atención domiciliaria rural) en un solo centro, algo que hasta este estudio había que hacer por separado. También es el primer estudio en el que podemos constatar la participación de centros de APS de gestión privada con concesión administrativa.

Respecto al perfil de los centros participantes en el estudio, se mantiene la tónica del 4° ENP<sup>5</sup> en cuanto a la proporción de centros urbanos-rurales en la que se notaba un descenso importante de los centros urbanos con respecto a los estudios anteriores<sup>2-4</sup>, lo cual entendemos puede deberse al sistema de recogida antes mencionado y que permite englobar los datos de un mismo centro de salud incorporando los consultorios dependientes de él.

**Tabla 7.** Clasificación de las lesiones según el sistema de categorización de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia del GNEAUPP

Tipo lesión	Porcentajes
<b>Presión (N = 315)</b>	
Categoría 1	11,1
Categoría 2	41,3
Categoría 3	13,3
Categoría 4	11,4
LTP	1,0
No estadificable	0,6
No conocida/no informada	9,2
<b>Humedad (N = 66)</b>	
Categoría IA	36,4
Categoría IB	19,7
Categoría IIA	21,2
Categoría IIB	3,0
No conocida/no informada	19,7
<b>Fricción (N = 62)</b>	
Categoría I	32,3
Categoría II	37,1
Categoría III	12,9
No conocida/no informada	17,8
<b>Combinadas (N = 64)</b>	
Categoría 1	14,1
Categoría 2	50,0
Categoría 3	1,6
Categoría 4	14,1
LTP	1,6
No conocida/no informada	18,8
<b>Desgarros cutáneos (N = 25)</b>	
Superficial	92,0
No conocida/no informada	8,0

LTP: lesión de tejidos profundos.

### Sobre el uso de las escalas de valoración del riesgo

Una de las novedades de este estudio es la recogida de información sobre el uso de escalas de valoración del riesgo y el tipo de escala utilizado. Es difícil comparar estos datos con estudios previos y solo otro estudio de ámbito nacional propiciado por el GNEAUPP en 2008<sup>22</sup> permite valo-

**Tabla 8.** Dimensiones y antigüedad de las lesiones

Lesiones	Área (cm <sup>2</sup> )		Antigüedad (días)	
	Mediana	p25-p75	Mediana	p25-p75
Presión	6,0	2,0-11,8	69,5	25,5-180
Humedad	6,0	3,0-17,6	22	8,5-205
Fricción	4,5	2,1-6,1	24	10-62,2
Combinadas	6,7	3,7-11,7	97	30-700
Desgarros cutáneos	2,3	1,0-5,5	20	13-65

p25: percentil 25; p75: percentil 75.

rar la evolución de la situación y nos sitúa en cifras muy similares donde solo el 2% (frente al 5% anterior)<sup>22</sup> de los profesionales refiere no valorar nunca el riesgo, lo que es una señal de que los profesionales están concienciados con la importancia de esta intervención enfermera. Respecto a las escalas más usadas, sí encontramos diferencias importantes, ya que tras las evidencias disponibles<sup>22-24</sup> la mayoría de centros han optado por asumir Braden (que prácticamente duplica su uso) en detrimento de otras escalas, pero fundamentalmente de la de Norton<sup>22</sup> que va quedando poco a poco en desuso.

### Evolución de la prevalencia en APS

Respecto a las prevalencias poblacionales, de mayores de 65 años y de ATDOM y salvando las diferencias metodológicas (es la primera vez que se valoran LCRD cuando antes se valoraban LPP, aunque asumimos que estaban todas englobadas en este paraguas, mientras que ahora se han desglosado en lesiones por humedad, fricción, desgarros cutáneos y lesiones combinadas) nos va a permitir en estudios sucesivos matizar de forma más específica la evolución de las lesiones.

Las cifras de prevalencia que hemos encontrado son prácticamente similares a las del 3<sup>er</sup> ENP<sup>4</sup> e inferiores a las de los otros ENP y muy especialmente a las del 4<sup>o</sup> ENP<sup>5</sup>, que fue realizado en la fase más aguda de la crisis económica, y por tanto de la menor inversión en recursos de prevención, y que ya nos hizo pensar que era la causa principal del ascenso de las cifras de prevalencia y que vendría a confirmarse con el hecho de que esta mejora de la situación económica haya supuesto una vuelta a cifras anteriores a las de la crisis, lo que muestra la importante repercusión en salud que los recortes económicos tuvieron en nuestros conciudadanos.

Como ya hemos dicho en la introducción, es difícil comparar nuestros datos por el cambio de modelo de las LCRD, pero asumiendo que los estudios publicados hasta la fecha engloban bajo el término LPP a todas las LCRD, podemos encontrar algunos estudios con los que comparar.

Si nos basamos en datos de prevalencia poblacional, en nuestro país solo el estudio de De-Con y Martínez Cuervo publicado en su estudio de la Zona Básica de Salud de Pílon en Asturias, en 2009<sup>12</sup>, presenta datos del 0,39%, muy superior a la encontrada en este estudio (0,05%) quizás porque es una zona muy envejecida con una media de edad de más de 88 años, lo que hace difícil la comparación.

En cuanto a la prevalencia en mayores de 65 años, solo dos estudios la han calculado, el anterior de De-Con<sup>12</sup> y el de Heras-Fortuny et al.<sup>10</sup>, publicado en 2006, con cifras entre el 1,22% del primero y el 0,42%

**Tabla 9.** Localización anatómica de los diferentes tipos de lesiones

	Porcentajes				
	Presión N = 315	Humedad N = 66	Fricción N = 62	Combinadas N = 64	Desgarros cutáneos N = 25
Sacro, coxis	31,7	25,8	17,7	45,3	
Trocánter, isquion	19,4	1,5	9,6	6,3	
Glúteos	7,3	19,7	8,1	17,2	8,0
Piernas	1,6	0,6	1,6	4,7	40,0
Maléolos	5,4		3,2	10,9	4,0
Talón	27,6		43,5	4,7	4,0
Pie (dorso o dedos)	2,2	3,0	4,8	3,1	
Zona dorsal (espalda)	2,3		4,8	3,2	
Brazos y codos	0,9		3,2		28,0
Manos			1,6		12,0
Occipital					
Orejas	0,3				
Boca, cara					
Nariz					
Tórax anterior y submamaria					
Abdomen					
Zona genital y perineo	0,9	45,4	3,2	3,1	4,0

del segundo, que también son muy superiores al 0,27% de este 5<sup>o</sup> ENP, lo que hablaría de la implicación en la prevención que se ha venido realizando en los últimos años.

Finalmente, la comparación de las cifras de pacientes en programas de ATDOM ha sido recogida por más estudios; aparte de los anteriormente citados<sup>10,12</sup>, los estudios de Ferrer-Sola et al.<sup>11</sup> y Nieto-García et al.<sup>14</sup>, con cifras de prevalencia que oscilan entre el 7,3% y el 12,78% de los pacientes en todos los casos, cifras también muy superiores al 6,11% de prevalencia de LCRD encontradas en este estudio.

En el contexto internacional solo tres estudios analizan la prevalencia en ATDOM y lo hacen de forma indirecta. Cobert et al., en 2017<sup>25</sup> realizaron una investigación en Estados Unidos sobre los pacientes que ingresaban al hospital con una LPP (y por tanto tenían un origen domiciliario) encontrando una prevalencia del 7,4%, cifras similares a las de Fortunyo<sup>10</sup> y algo superiores a las de nuestro estudio. Vieira et al.<sup>26</sup>, en un estudio realizado

en Brasil en 2016 sobre 339 ancianos que viven en su domicilio, situaron la prevalencia de LPP en el 5,0%, el umbral más bajo de los tres estudios, mientras que Ahmajärvi et al.<sup>27</sup>, en un estudio realizado en el área metropolitana de Helsinki (Finlandia) en 2016, en pacientes en tratamiento por algún tipo de herida, identificaron una prevalencia de LPP del 26%.

Como vemos, pocos estudios con metodologías muy variadas que hacen poco comparables los resultados entre sí y más a partir del cambio de modelo.

En cuanto a los desgarros cutáneos, no incluidos hasta ahora como LCRD, los pocos estudios que hemos encontrado realizados en APS sitúan la prevalencia en torno al 20%<sup>28,29</sup>, cifras muy alejadas de los datos encontrados en este estudio, donde sin duda hay un infraregistro aún, pero que entendemos se aleja mucho de nuestra realidad.

## Magnitud y severidad por tipo de lesión

Si analizamos detalladamente y por separado cada una de las lesiones, podemos observar que las LPP siguen siendo las más numerosas dentro del estudio epidemiológico, suponiendo el 60% del total de las lesiones (sin contar las combinadas o multicausales), mientras que el resto de lesiones clásicas (humedad, fricción o combinadas) se sitúa entre el 11% y el 12%. Aparecen por primera vez en este estudio los desgarros cutáneos como LCRD tipificándolas como tales, y se ha encontrado que casi el 5% del total de LCRD son estas lesiones hasta este momento no consideradas en los estudios epidemiológicos, lo que nos impide establecer comparaciones con los resultados de otros estudios de investigación.

Respecto a la severidad de las lesiones podemos decir que entre el 50% y el 70% (según tipo de lesión) son lesiones de baja severidad (categorías I y II o IA y IB), lo que indica que son abordadas en fases iniciales por las enfermeras que cada vez tiene más fácil la identificación y categorización de las mismas.

Otro hecho diferenciador es el de la extensión y antigüedad de las lesiones. Las lesiones combinadas son, sin duda, las de mayor extensión (casi 7 cm<sup>2</sup> de área y casi 100 días de antigüedad), lo que confirma que son las lesiones más difíciles de cicatrizar, y que ese componente etiológico combinado hace que su abordaje sea complejo.

Tras ellas, las lesiones por presión y humedad tienen una extensión similar, pero con una importante diferencia en cuanto a días de antigüedad. Si las primeras superan ampliamente los 2 meses, las segundas no llegan más allá del mes, de forma general.

Son las lesiones por fricción y los desgarros cutáneos las menos severas en cuanto a tamaño y antigüedad, algo que coincide con lo que la práctica nos dice a diario.

## Sobre las localizaciones

Las LPP se localizan fundamentalmente en sacro, talón y trocánteres por este orden y en más del 80% de los casos. Siguen siendo las localizacio-

nes más frecuentes de las LPP, lo que coincide con los ENP anteriores<sup>2-5</sup> y con lo encontrado en los datos de hospitales<sup>20</sup>, mientras que la zona genital y perineal es la principal localización de las lesiones por humedad, seguida de la sacroglútea, abarcando entre ambas zonas más del 90% del total de las lesiones de este tipo, lo que también coincide con lo encontrado en hospitales<sup>20</sup>.

Sobre los talones se asientan casi la mitad de las lesiones por fricción, seguido muy de lejos por la zona sacrocoxígea, mientras que, en los desgarros cutáneos, medidos por primera vez, las piernas y brazos-manos asumen más del 80% de las mismas, lo que también coincide con lo publicado por otros autores<sup>30,31</sup>.

## CONCLUSIONES

- Se extiende entre los profesionales de APS el uso sistemático de la valoración del riesgo de desarrollar LPP, siendo la escala de Braden la más utilizada por casi 3 de cada 4 profesionales.
- La prevalencia de LCRD en pacientes atendidos en programas de ATDOM fue del 6,11%, siendo las LPP las más frecuentes, con un 4,79% de prevalencia.
- Estas cifras son similares a las del 3<sup>er</sup> ENP y suponen un ligero descenso sobre las encontradas en el 4<sup>o</sup> ENP.
- Por primera vez se han obtenido valores de prevalencia de otros tipos de LCRD que permiten orientar la epidemiología, prevención y tratamiento de estas lesiones.
- La mayoría de las LCRD que presentaban las personas en APS se habían producido en los propios domicilios, y solo un pequeño porcentaje eran de origen nosocomial. Este hecho es una importante diferencia respecto al origen de las LCRD en pacientes hospitalizados, que son mayoritariamente de origen nosocomial.
- Por tanto, resulta justificado (desde un punto de visto clínico y también de coste-efectividad) que los profesionales de APS dispongan de recursos de prevención de las LCRD para poder utilizarlas en los domicilios.
- Estos resultados ponen de manifiesto que es necesario mantener y reforzar los programas de prevención, los conocimientos y motivación de los profesionales y los recursos puestos a su disposición ■

### Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses en la realización de este estudio.

### Agradecimientos

A todos los y las profesionales de enfermería de centros de atención primaria que han colaborado en la recogida de datos para este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Torra i Bou JE. Incidencia de las úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Revisión sistemática con Meta-análisis. Tesis doctoral. Universidad de Alicante 2016. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303018179\\_Incidencia\\_de\\_ulceras\\_por\\_presion\\_en\\_unidades\\_de\\_cuidados\\_intensivos\\_Revision\\_sistemática\\_con\\_Meta-analisis\\_Incidencia\\_of\\_pressure\\_ulcers\\_in\\_intensive\\_care\\_units\\_Systematic\\_review\\_and\\_Meta-analysis](https://www.researchgate.net/publication/303018179_Incidencia_de_ulceras_por_presion_en_unidades_de_cuidados_intensivos_Revision_sistemática_con_Meta-analisis_Incidencia_of_pressure_ulcers_in_intensive_care_units_Systematic_review_and_Meta-analysis). Fecha consulta: 6-8-2019.
2. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes*. Gerokomos. 2003;14(1):37-47.
3. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. Segundo estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2006;17(3):154-72.
4. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2011;22(2):77-90.
5. Pancorbo Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra o Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Ágreda J. *Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4<sup>o</sup> Estudio Nacional de Prevalencia*. Gerokomos. 2014;25(4):162-70.
6. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. *Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja*. Gerokomos. 1999;10(2):75-87.
7. 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 (1996). Madrid: Knoll 1997.
8. Torra i Bou JE. *Algunas consideraciones al abordaje de las úlceras por presión desde la atención primaria*. (carta al director). *Aten Primaria*. 1997;20(5):269-70.
9. Gálvez-Romero C, Mayorga Ramos B, Gormemann-Schafer I, González-Valentín MA, Corbacho del Real JL, Jiménez Berbel M. *Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión*. *Aten Primaria* 2002;30(6):357-62.

10. Heras-Fortuny R, Morrós-Torné C, Álvarez Carrera A, Moix-Manubens I, Sabría-Martínez I, Santaaulàlia-Potrony L. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. *Enferm Clin.* 2006;16(1):35-8.
11. Ferrer-Solà M, Chirveches-Pérez E, Molist-Señé G, Molas-Puigvila M, Besolí-Codina A, Jaumira-Areñas E, et al. Prevalencia de la heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. *Enferm Clin.* 2009;19(1):4-10.
12. De Con-Redondo J, Martínez Cuervo F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. *Gerokomos.* 2009;20(2):92-7.
13. Tomás-Vidal A, Hernández-Yeste M, García-Raya M, Marín-Fernández R, Cardona-Rosello J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clin.* 2011;21(4):202-9.
14. Nieto-García JA, Revuelta-Agudo JA, Crespo-Castro J, Marín-Segura R, Puya Barroso M. Prevalencia de las úlceras por presión en una zona rural de la provincia de Cádiz. *SEMERGEN.* 2011;37(6):275-9.
15. Martínez-Valle L. Prevalencia de úlceras por presión en la población mayor de 75 años de Fuenterrobles. *Enferm Dermatol.* 2017;11(31):26-35.
16. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdu J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. *J Nurs Scholarsh.* 2014;46(1):28-38.
17. García Fernández FP, Soldevilla Agreda 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. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
18. Garcia-Fernandez FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdu-Soriano J, Lopez Casanova P, Rodriguez-Palma M. Classification of dependence-related skin lesions: a new proposal. *J Wound Care.* 2016;25(1):26, 8-32.
19. Pancorbo Hidalgo PL, Torra Bou JE, García Fernández FP, Soldevilla Agreda J. Prevalence of pressure injuries and other dependence-related skin lesions among paediatric patients in hospitals in Spain. *EWMA Journal.* 2018;19(2):29-37.
20. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla Ágreda J. 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.
21. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Stat Med.* 1998;17:857-72.
22. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Martínez-Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. *Gerokomos.* 2008;19(2):84-98.
23. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernandez FP, Lopez Medina IM, Alvarez Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcers prevention: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2006;54(1):94-110.
24. García-Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgment for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014;41(1):24-34.
25. Corbett LQ, Funk M, Fortunato G, O'Sullivan DM. Pressure Injury in a Community Population: A Descriptive Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(3):221-7.
26. Vieira CPB, Araújo TME. Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03415.
27. Ahmajärvi KM, Isoherranen KM, Mäkelä A, Venermo M. A change in the prevalence and the etiological factors of chronic wounds in Helsinki metropolitan area during 2008-2016. *Int Wound J.* 2019;16(2):522-6.
28. Mulligan S, Prentice J, Scott L. Wounds West Wound Prevalence Survey State-wide Overview Report. [online] 2011; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/284078661\\_WoundsWest\\_Wound\\_Prevalence\\_Survey\\_2009\\_State-wide\\_Report\\_Ambulatory\\_Care\\_Services\\_Department\\_of\\_Health\\_2009\\_Perth\\_Western\\_Australia](https://www.researchgate.net/publication/284078661_WoundsWest_Wound_Prevalence_Survey_2009_State-wide_Report_Ambulatory_Care_Services_Department_of_Health_2009_Perth_Western_Australia) (acceso 6 de agosto de 2019).
29. LeBlanc K, Christensen D, Orsted HL, Keast DH. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada.* 2008;6(1):14-32.
30. Woo K, LeBlanc K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. *Int J Palliat Nurs.* 2018;24(6):288-94.
31. LeBlanc K, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. *Wounds International* 2018. Disponible en: <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/57c1a5cc8a4771a696b4c17b9e2ae6f1.pdf> (acceso 6 de agosto de 2019).