

Joan Enric Torra-Bou¹
 J. Javier Soldevilla-Agreda²
 Pedro L. Pancorbo-Hidalgo³
 María Dolores López-Franco⁴
 Francisco P. García-Fernández^{5,*}

1. Investigador TR2Lab. IRIS CC. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Vic, Barcelona, España. Comité director del GNEAUPP.
2. Enfermero. Servicio Riojano de Salud. La Rioja, España. Director del GNEAUPP.
3. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén, España. Comité director del GNEAUPP.
4. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén, España. Comité consultivo del GNEAUPP.
5. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén, España. Director de la Cátedra de Manejo Avanzado de Heridas. Comité director del GNEAUPP.

*Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: fpgarcia@ujaen.es (Francisco Pedro García Fernández).

Recibido el 19 de octubre de 2023; aceptado el 19 de octubre de 2023.

Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022

Prevalence of dependence-related skin lesions in nursing home in Spain: Results of the 6th GNEAUPP National Study 2022

RESUMEN

ABSTRACT

Objetivos: Obtener las cifras de prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros residenciales para mayores y centros sociosanitarios españoles. Analizar las características demográficas y clínicas de las personas con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y de las lesiones. **Metodología:** Estudio observacional, transversal, tipo encuesta epidemiológica (6.º Estudio Nacional de Prevalencia), dirigido a todas las residencias y centros sociosanitarios de España. Recogida de datos mediante formulario seguro *online*. **Variables:** características de los hospitales y de las unidades, pacientes ingresados, pacientes con cada tipo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, clasificación de las lesiones. Se estimó la prevalencia cruda global y ajustada por hospitales y por tipo de unidades. **Resultados:** Se han obtenido datos de 74 centros sociosanitarios y residencias de mayores. Solo un 9,5% de los centros declararon no tener ninguna persona con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia atendida en el momento de obtener los datos. La prevalencia global de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia fue del 9,28% (IC95%, 5,45-6,71), un 3% más que en el anterior. Las cifras de prevalencia de cada tipo de lesión fueron: presión, 6,05%; humedad, 2,35%; fricción, 1,35%; desgarros cutáneos, 2,38%, y combinadas, 0,61%. Esto supone un incremento en todas las lesiones menos las combinadas. La prevalencia de todas las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia fue mayor en los centros públicos que en los concertados y privados. En un 85,2%, las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia eran de origen nosocomial (originadas en la residencia u otra institución residencial) y solo un 10,9% se originaron en los domicilios. **Conclusiones:** La prevalencia de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios es de las más elevadas en este tipo de centros en la serie histórica de estudios realizado en España por el GNEAUPP. Esta mayor prevalencia podría explicarse por

Objectives: To obtain the prevalence figures of dependence-related skin lesions (DRSL) in Spanish nursing homes and long term care centres (NH-LTCC). To analyse the demographic and clinical characteristics of people with DRSL and lesions. **Methodology:** Observational, cross-sectional, epidemiological survey-type study (6th National Prevalence Study), aimed at all NHC-LTCC in Spain. Data collection by means of a secure on-line form. **Variables:** characteristics of hospitals and units, patients admitted, patients with each type of DRSL, classification of lesions. Overall and adjusted crude prevalence was estimated by hospital and by type of unit. **Results:** Data were obtained from 74 NHC-LTCC. Only 9.5% of the centres reported not having any person with DRSL in their care at the time of data collection. The overall prevalence of DRSL was 9.28% (95%IC, 5.45-6.71); 3% higher than in the previous study. The prevalence figures for each type of injury were: pressure 6.05%, moisture 2.35%, friction 1.35%, skin tears 2.38%. combined 0.61%. This represents an increase in all but combined injuries. The prevalence of all DRSLs was higher in the public centres than in the state and private centres. The 85.2% of the DRSLs were of nosocomial origin (originating in a nursing home or other residential institution) and only 10.9% originated at home. **Conclusions:** The prevalence of DRSL in nursing homes is among the highest in this type of centre in the historical series of studies carried out in Spain by the GNEAUPP. This higher prevalence could be explained by the situation in which many have been left after the COVID pandemic and a relaxation

las situación en que han quedado muchos centros tras la pandemia por COVID y una relajación en los programas de prevención implementados.

Hay diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en función de la titularidad de los centros, siendo los privados las más bajas, pero su escasa participación puede hacer pensar que solo han participado los centros más motivados y que la situación real pueda ser peor en estos centros.

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

in the prevention programmes implemented. There are statistically significant differences between the prevalence of DRSL depending on the ownership of the centres, the lowest being private, but their low participation could lead us to think that only the most motivated centres have participated and that the real situation may be worse in these centres.

KEYWORDS: Dependence-related skin lesions, pressure injuries, moisture associated skin damage, friction lesions, skin tears, nursing home, long term care, prevalence.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes atendidos en residencias de ancianos y centros sociosanitarios (CSS) son de las poblaciones con un mayor riesgo de padecer lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD). Algunas de ellas, en concreto las lesiones por presión (LPP), se consideran como uno de los eventos adversos más importantes de la seguridad del paciente relacionados con los cuidados, y su prevención es una de las prioridades para el Sistema de Salud^{1,2} y debiera serlo igualmente para los sistemas de servicios sociales responsables de muchos de estos centros.

Disponer de datos de epidemiología sobre LPP y otras LCRD, como las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) y los desgarros cutáneos, a nivel regional o nacional, es de gran importancia para dimensionar estos problemas de salud y poder constatar tendencias que nos indican su evolución de dichos problemas.

Es por ello, que desde el año 1999 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) español tiene una línea de investigación sobre este tema. El primer estudio piloto sobre epidemiología de las LPP (anteriormente denominadas úlceras por presión) en la Comunidad de La Rioja (España), realizado por el GNEAUPP en 1999³, supuso el punto de partida para los siguientes estudios de ámbito nacional. Desde 2001, con el primer Estudio Nacional de Prevalencia (ENP) y los siguientes en los años 2005, 2009, 2013 y 2017⁴⁻¹⁰, hasta el presente 6.º ENP, desarrollado a finales de 2022, se ha obtenido una importante fuente de datos sobre su evolución durante un período de más de 20 años, con información diferenciada y específica sobre la atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. No existe en la literatura ninguna serie epidemiológica nacional que cubra un período tan largo.

El 6.º ENP consolida en su marco de referencia el modelo de LCRD que ya se incluyó en el 5.º ENP del año 2017 a raíz de la publicación del nuevo modelo teórico de las LCRD^{11,12}. Por ello, además de datos sobre LPP, también se consideran otros tipos de lesiones con diferentes mecanismos etiológicos (fricción, humedad, desgarros cutáneos y lesiones combinadas), cuya identificación y diferenciación es fundamental de cara, no solo a su correcta prevención y tratamiento, sino también a la hora de permitir la comparación de los datos, favorecer la validez de los indicadores epidemiológicos y mejorar la utilización de los recursos.

Lesiones por presión

Con respecto a la epidemiología de las LPP y otras LCRD en residencias de mayores y CSS en España, con excepción de los ENP ya citados, son

escasos los estudios publicados con posterioridad al 5.º ENP. En dicho estudio se describió una prevalencia global de LCRD del 6,24% (IC95%, 5,51-7,07%), y la de cada tipo de lesión: presión, 4,03%; humedad, 2,19%; fricción, 0,80%; combinadas, 1,01%, y desgarros cutáneos, 1,31%. Para las LPP, la prevalencia fue mayor en centros concertados (8,12%) y privados (4,40%) que en los centros públicos (2,96%). No se constataron diferencias entre tipos de centros para las otras lesiones. Las LCRD fueron de origen nosocomial (originadas en instituciones residenciales u hospitalarias) en el 92,4% de los casos, y solo un 7,6% se originaron en los domicilios¹⁰.

En relación con las LPP, Martínez-Esparza et al.¹³ publicaron en 2021 los resultados de un estudio de prevalencia que realizaron en 2016 con 168 residencias del área metropolitana de Barcelona. En dicho estudio describieron una prevalencia de LPP (lesiones a partir de categoría II) del 3,5%, siendo la prevalencia (combinada de LPP y úlceras de piernas) mayor en las residencias más pequeñas debido a su escasez de enfermeras.

Dermatitis asociada a la incontinencia

En lo que correspondería a este tipo de LESCAH, Alexandre-Lozano et al.¹⁴ publicaron en 2021 una prevalencia del 21,87% de dermatitis asociada a la incontinencia en una muestra de 171 personas mayores de 65 años de 5 residencias de Lleida.

Desgarros cutáneos

No existen datos publicados sobre la epidemiología de los desgarros cutáneos en entornos sociosanitarios en España.

OBJETIVOS

- *Objetivo principal.* Obtener las cifras de prevalencia de las LPP y otras LCRD en CSS y residencias de mayores de España.
- *Objetivos específicos.*
 - Determinar la prevalencia de las LCRD (globalmente y según tipos) según características de los centros residenciales.
 - Establecer qué porcentaje de las LCRD se ha desarrollado dentro de la institución en la que están (lesiones nosocomiales).
 - Identificar las medidas preventivas que utilizan los centros para prevenir las LCRD.
 - Determinar el tipo de LCRD que presentan los centros y la media de lesiones por paciente.

METODOLOGÍA

- **Diseño.** Estudio observacional, epidemiológico, de corte transversal. La participación estuvo abierta a todos los CSS y residencias de mayores en España, con cualquier tipo de gestión: públicos, concertados y privados. Para la participación en esta encuesta epidemiológica se invitó a participar a profesionales de los centros residenciales, 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 residentes en centros residenciales para mayores y CSS de España. Se usó un muestreo no probabilístico, de conveniencia. La participación en el estudio fue voluntaria, sobre la base del interés en colaborar de los profesionales de enfermería, los directivos y los gestores de los centros. Criterios de inclusión y exclusión: se han incluido datos de cualquier centro residencial. No se establecieron criterios de exclusión *a priori*.
- **Variables.**
 - Variables descriptivas del centro: titularidad del centro y comunidad autónoma; tipo de centro residencial (residencia de mayores, CSS o centros para personas con discapacidad); tipo de gestión del centro (público, privado-concertado, privado); tipo de residentes (válidos-independientes, asistidos o ambos).
 - Variables clínicas: riesgo de desarrollar LPP y otras LCRD medido mediante una escala, presencia de incontinencia urinaria, fecal o doble incontinencia, uso de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP), de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), de películas barrera o pomadas de óxido de zinc o de cremas emolientes o hidratantes.
 - Variables relacionadas con las lesiones: número de casos con alguna LCRD, globales y según tipos: LPP; lesiones por humedad, lesiones por fricción, desgarros cutáneos y lesiones combinadas. Categoría de cada lesión según el documento de clasificación de las LCRD del GNEAUPP¹¹. Número de lesiones por paciente; contexto donde se han originado. 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 online seguro, bien con un acceso general o bien con un acceso específico para los hospitales que lo solicitaron. El cuestionario de obtención de datos estuvo abierto desde mitad de octubre hasta mitad de diciembre de 2022, y cada hospital 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. La prevalencia cruda se calculó dividiendo el número de pacientes con cada tipo de lesión entre el número total de pacientes ingresados en cada unidad en ese día, y se expresó como porcentaje. Para estimar el intervalo de confianza del 95% de las prevalencias se utilizó el método de Wilson con la revisión de Newcombe¹⁵, 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 hospitales participantes. Los datos fueron anonimizados (sin ningún dato personal identificativo) y se obtuvieron a nivel de unidad. La base de datos se ha almacenado cumpliendo los criterios de privacidad establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tabla 1. Características de las residencias de mayores y centros sociosanitarios participantes (n = 74)

		Frecuencia (%)
Titularidad del centro	Público	35 (47,3)
	Privado concertado ^a	35 (47,3)
	Privado	4 (5,4)
Tipo de centro	Centro sociosanitario	33 (44,6)
	Residencia de mayores	36 (48,6)
	Otros ^b	5 (6,8)
Tamaño (número de plazas)	Hasta 50	27 (36,5)
	51 a 100	24 (32,4)
	101 a 150	16 (21,6)
	151 a 200	4 (5,4)
	> 200	3 (4,1)

^aPrivado concertado: centro privado con un acuerdo de utilización por el sector público o centro público con gestión privada.

^bOtros: personas con discapacidad o cuidados paliativos.

RESULTADOS

Un total de 74 residencias de mayores y CSS proporcionaron datos para el estudio. Estos centros estaban ubicados en 9 comunidades autónomas españolas (Andalucía, Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, La Rioja y el País Vasco). En este 6.º ENP, la representación geográfica ha sido mayor que en estudios previos, lo que supone una mejora en su representatividad, incluyendo una población de 6.640 personas residentes en estos centros.

La información para este estudio de prevalencia fue proporcionada por enfermeras con cargos intermedios o de supervisión (44,6%), enfermeras asistenciales (29,7%), miembros de comisiones de úlceras o de heridas (18,9%) y directivos (6,8%).

Las principales características de los centros participantes se recogen en la tabla 1.

La información sobre el empleo de escalas de valoración del riesgo de LPP se recoge en la tabla 2. La proporción de residentes con riesgo de LPP, en el conjunto de residencias, fue del 41,9% (IC95%, 40,6-43,2%).

Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

La prevalencia de LCRD, en conjunto y de cada tipo, se muestra en la tabla 3. Las lesiones causadas por presión son las más frecuentes, seguidas por las causadas por la humedad. La prevalencia global de LCRD, 9,28% (es el valor que se puede comparar con la prevalencia de UPP en estudios anteriores (ya que bajo esta denominación se incluían anteriormente a todos los tipos de lesiones).

La tabla 3 muestra la prevalencia de LCRD (global y por tipos) en las residencias de mayores según el tipo de gestión: públicas, concertadas y privadas.

El análisis de estos valores indica que hay diferencias importantes en el caso de las todas las LCRD y las LPP según la titularidad del centro. Así, en el conjunto de lesiones, los centros públicos duplican a los centros privados y superan en un 3% a los concertados, mientras que en el caso

Tabla 2. Valoración del riesgo de LPP en las residencias de mayores y CSS (n = 74)

		Frecuencia (%)
Uso de escalas de valoración del riesgo de LPP	Sí, uso sistemático	66 (89,2)
	Sí, uso ocasional	7 (9,5)
	No	1 (1,4)
Escalas de valoración de riesgo usada	Braden	35 (47,3)
	EMINA	1 (1,4)
	Norton (original)	17 (23,0)
	Norton modificada	6 (8,1)
	Braden + Norton original	4 (5,3)
	Braden + Norton modificada	8 (10,7)
	EMINA + Norton original	1 (1,4)
	EMINA + Norton modificada	1 (1,4)
	Braden + EMINA + Norton modificada	1 (1,4)

CSS: centros sociosanitarios; LPP: lesiones por presión.

de las LPP, los centros públicos triplican a los privados y superan en casi un 2% en la prevalencia de lesiones de los concertados. No obstante, queremos volver a incidir en la baja participación de los centros privados.

En la figura 1 se presenta el número de residentes con lesiones que tiene cada centro participante. Como podemos observar, solo el 9,5% de los centros no tiene ninguna LCRD, un 17,6% tiene entre 7 y 9 residentes con lesiones y un 21,6% tiene a 10 o más personas con alguna LCRD.

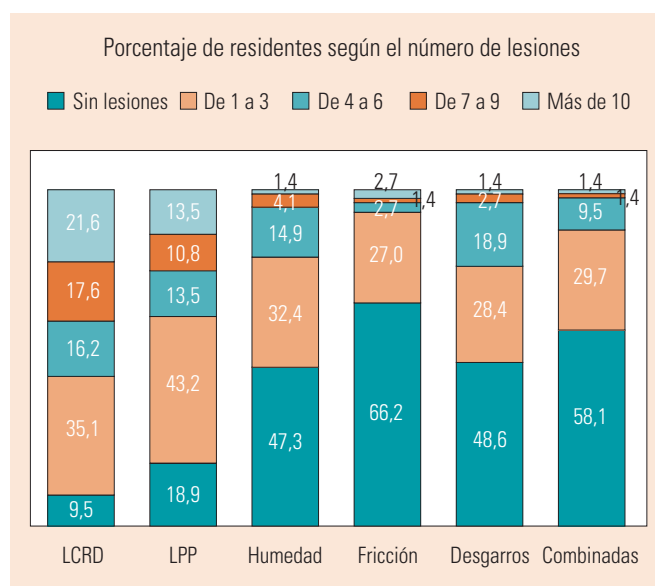


Figura 1. Número de residentes con alguna LCRD en los centros participantes.

LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia; LPP: lesiones por presión.

Descripción de los pacientes con lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Se obtuvieron datos de 328 personas residentes que presentaban alguna LCRD. Su edad media fue de 86,2 años (IC95%, 80,8-91,4) y la mediana de 86 años. Según sexo, el 28,4% eran hombres y el 71,6% mujeres. Respecto al tipo de incontinencia que presentaban, esta fue urinaria en

Tabla 3. Prevalencia (con su IC95%) de los diferentes tipos de LCRD en residencias de mayores y CSS. Datos globales y segregados según tipo de gestión del centro

Global y tipo de centro		Global (n = 74)	Públicos (n = 35)	Concertados (n = 35)	Privados (n = 4)
		Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)	Prevalencia (IC95%)
Tipo de lesión	LPP	6,05% (5,45-6,71)	6,90% (6,09-7,81)	5,22% (4,31-6,33)	2,13% (1,04-4,34)
	Lesiones por humedad	2,35% (1,98-2,78)	2,91% (2,39-3,54)	1,44% (0,99-2,09)	1,83% (0,84-3,93)
	Lesiones por fricción	1,35% (1,08-1,69)	1,71% (1,32-2,21)	0,69% (0,41-1,18)	1,52% (0,65-3,52)
	Desgarros cutáneos	2,38% (2,01-2,82)	2,55% (2,07-3,14)	2,24% (1,66-3,01)	1,52% (0,65-3,52)
	Lesiones combinadas*	1,52% (1,23-1,87)	1,86% (1,45-2,38)	0,91% (0,57-1,45)	1,52% (0,65-3,52)
	Lesiones no clasificadas	0,61% (0,44-0,86)	0,48% (0,30-0,78)	0,80% (0,49-1,32)	0,91% (0,31-2,65)
	Cualquier tipo de LCRD	9,28% (8,55-10,08)	10,68% (9,68-11,78)	7,62% (6,51-8,91%)	4,57% (2,79-7,41)

CSS: centros sociosanitarios; IC95%: intervalo de confianza del 95%; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia; LPP: lesiones por presión.

*Lesiones combinadas: 2 o más causas (presión, fricción, humedad).

Tabla 4. Número de LCRD por residente en residencias de mayores y CSS

Tipo de lesión	Media (DE)	Mediana	Máximo
Presión	1,15 (0,6)	1	4
Humedad	1,06 (0,9)	1	5
Fricción	1,07 (0,8)	1	3
Desgarro cutáneo	1,01 (0,6)	1	3
Combinada	1,27 (0,9)	1	4

CSS: centros sociosanitarios; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Tabla 5. Frecuencia de las LCRD en residencias de mayores y CSS según el entorno en el que se originaron

	En esta residencia o CSS	En otra residencia u hospital	En el domicilio	No conocido o especificado
Cualquier LCRD, n = 464	69,4%	15,8%	10,9%	3,9%
Presión, n = 227	63,9%	19,4%	14,5%	2,2%
Humedad, n = 136	72,1%	13,2%	11,0%	3,7%
Fricción, n = 67	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Desgarro, n = 69	98,6%	0,0%	0,0%	1,4%
Combinada, n = 41	55,2%	27,6%	6,9%	10,3%

CSS: centros sociosanitarios; LCRD: lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

un 10,9%, fecal en un 0,8%, mixta en un 68,9%, no constaba en un 8,1% y no presentaban en un 11,2%.

En lo que hace referencia a las medidas de prevención de LPP, se recogió información sobre el uso de SEMP, tanto estáticas como dinámicas, y de cualquier tipo como colchón, sobrecolchón y cojín. Un 48,1% de los residentes con LCRD disponían de una SEMP dinámica, un 22,8% de una estática y un 19,4% no disponían de ninguna SEMP. En un 9,6% de casos se desconocía este dato.

En relación con la utilización de productos tópicos, al 82,1% de los residentes se les aplicaban AGHO y a un 7,6% otros aceites. Las películas barrera solo se aplicaron al 29,2% de los pacientes y las cremas barrera a un 70,3%. Además, se aplicaron cremas emolientes al 60,5% de los residentes.

En la tabla 4 se muestra el número de lesiones por residente, según los distintos tipos.

Descripción de las lesiones

Se obtuvo información de un total de 526 lesiones. Según su causa, eran debidas a presión (48,5%), humedad (17,5%), fricción (12,9%), desgarros cutáneos (14,2%), lesiones combinadas (3%), y no conocida o no informada (3,9%).

También se analizó el entorno en que se desarrollaron las lesiones, diferenciado entre producidas dentro de un hospital o institución residencial (nosocomiales), y fuera de una institución (en domicilio). En la tabla 5 se muestran los porcentajes de cada tipo de lesión que se había producido en la propia residencia, en otro centro o institución, y en domicilio.

Para todos los tipos de lesiones, se puede observar que la situación más frecuente es que la lesión se originara en la misma residencia u otro CSS en la que se encontraba la persona institucionalizada. La frecuencia de lesiones de origen nosocomial (originadas en la misma residencia o CSS o en otra residencia CSS u hospital) es elevada: presión (83,3%),

humedad (85,3%), fricción (100%), combinadas (82,8%) y desgarros cutáneos (98,6%). Si se consideran todas las LCRD en conjunto, un 85,2% eran consideradas como nosocomiales y solo un 10,9% se originaron en el domicilio.

La tabla 6 presenta los datos del porcentaje de lesiones en cada una de las categorías consideradas, según el esquema de clasificación de LCRD propuesto por el GNEAUPP¹¹. En las LPP y combinadas, las más frecuentes son de categoría 2, aunque se encuentra un porcentaje importante de categorías más graves. Para las lesiones por humedad predominan las de categoría I (A y B). En las lesiones por fricción predomina la categoría 1.

En la tabla 7 se describe la localización anatómica de los diferentes tipos de lesiones, según su tipo.

DISCUSIÓN

El presente ENP es el primero que se ha realizado después de la reciente pandemia de COVID y permite constatar un incremento de la prevalencia de las LPP y de otras LCRD.

Tal como sucedió en los 5 estudios anteriores, la fuente de información, profesionales motivados en el tema de las LCRD, representa un primer posible sesgo a la baja, ya que *a priori* disponemos de información sobre centros situados en la banda más proclive a la prevención de estas lesiones. Por otra parte, hay muchas residencias con muy escasa o nula dotación de enfermería cualificada, lo que explicaría el bajo número de residencias de las que se obtiene información. Otro elemento a tener en cuenta es la “sensibilidad” de los datos acerca de las LCRD en relación con la imagen y la calidad de los centros, lo que sin lugar a dudas condiciona a algunos profesionales a que no se les autorice a dar información acerca de sus centros.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados anteriormente, nos encontramos ante una estimación a la baja de la dimensión real del problema de la epidemiología de las LCRD, estimación que, por otra parte,

Tabla 6. Clasificación de las lesiones según el sistema de categorización de LCRD del GNEAUPP

Tipo de lesión		Porcentajes
Presión, n = 225	Categoría 1	23,3
	Categoría 2	39,2
	Categoría 3	12,3
	Categoría 4	7,5
	LTP	1,3
	No estadiable	2,6
	No conocida/no informada	13,7
Humedad, n = 136	Categoría IA	25,7
	Categoría IB	12,5
	Categoría IIA	7,4
	Categoría IIB	1,5
	No conocida/no informada	52,9
Fricción, n = 67	Categoría I	40,3
	Categoría II	16,4
	Categoría III	10,4
	No conocida/no informada	32,8
Desgarros cutáneos, n = 69	Superficial	98,6
	No conocida/no informada	1,4
Combinadas, n = 29	Categoría 1	27,6
	Categoría 2	55,2
	Categoría 3	0,0
	Categoría 4	3,4
	LTP	3,4
	No estadiable	0,0
	No conocida/no informada	10,3

LTP: lesión de tejidos profundos.

al proceder de datos proporcionados por los profesionales y no por las instituciones, probablemente aporte información más cercana a la realidad acerca de un problema del que muchas instituciones, al igual que sucede con otros eventos adversos de la seguridad del paciente y de calidad asistencial, no gustan mostrar en su dimensión real.

Los datos referentes al número de residencias y CSS, número de residentes estudiados, como el de comunidades autónomas de donde proceden dichos centros, son superiores a la población estudiada en el 5.º ENP¹⁰ y aporta una visión más global que dicho estudio, con una muestra mayor de centros, pacientes y comunidades autónomas.

La titularidad de la gestión del centro corresponde prácticamente a la mitad de centros públicos, y la otra mitad a centros concertados con gestión privada o de gestión privada. Se constata una disminución de la participación de centros totalmente privados, ello se podría deber a una cierta resistencia u opacidad en cuanto a aportar información relativa a la calidad de estos o a la escasa cantidad de personal de enfermería cualificada en ellos, como hemos comentado, siendo los que han participado

los más motivados y con mayores recursos, de ahí sus datos, que pueden ser muy diferentes a los de la realidad.

En cuanto al tipo de centro, en el presente estudio se ha producido un incremento del número de CSS en detrimento del de residencias con relación al 5.º ENP. También aumentan las cifras de la utilización sistemática de escalas de valoración de riesgo y, entre ellas, de la escala de Braden.

En lo que hace referencia a las cifras de prevalencia de LPP, se constata, con relación al 5.º ENP, donde se encontraron unas cifras del 4,03%, muy bajas y con escasa muestra de centros, lo que condicionaría su validez, un incremento de un 49% de la prevalencia de todas las LCRD, que según el tipo de lesión es del 50% en las LPP, del 7% en las LESCAH, del 69% en las lesiones por fricción, del 77% en los desgarros cutáneos, del 41% en las lesiones combinadas y del 74% en las lesiones no clasificadas.

Este incremento de la prevalencia corrobora la sensación de que tras la pandemia se ha incrementado el número de pacientes con LCRD en general y de LPP en particular. El incremento de los otros tipos de LCRD también podría verse influido por la mejora del conocimiento de los profesionales acerca de las diferentes entidades patológicas agrupadas bajo el marco conceptual de las LCRD.

Especialmente importante nos parecen los datos presentados en la figura 1 y que ya hemos comentado. Que casi el 40% de los centros participantes tenían 7 o más residentes con alguna lesión, nos debería hacer reflexionar sobre la calidad de los cuidados que le estamos dando a nuestros mayores, en los recursos humanos y materiales de que disponen, y en la preparación y formación de estos.

Respecto a lo más comparable con otros contextos, en la tabla 8¹⁶⁻³⁰ se compara la prevalencia de las LPP de España con la de otros países.

En lo que hace referencia a las lesiones por humedad, la prevalencia encontrada en nuestro estudio, un 2,38%, aún y a sabiendas de su posible infravaloración dentro del marco de las LCRD, estaría en concordancia con los valores en pacientes de residencias en Alemania, con un 5,2%, y de entre el 3,1 y el 6,5% definidos por Van Dame et al.³¹⁻³⁴

En cuanto a la prevalencia de desgarros cutáneos, un 2,38% en los pacientes de residencias en España, es cercana a los valores del 3% de prevalencia en personas atendidas en residencias en Bélgica³⁵ y del 4,6% en Dimamarca³⁶.

Si nos centramos en el número de pacientes con información acerca de sus lesiones, se constata un incremento del 22% con relación a los datos del 5.º ENP.

El número de lesiones por paciente, disminuye en el caso de las LPP, LESCAH y desgarros cutáneos, se mantiene igual en las lesiones por fricción y aumenta en las lesiones combinadas.

En lo que hace referencia a la utilización de medidas preventivas, en los pacientes con LPP y otras LCRD, que mayoritariamente deberían, de acuerdo con la evidencia disponible, utilizar SEMP, se constata una disminución de la utilización del 21% de las SEMP dinámicas, un incremento del 6,8% de las estáticas y un incremento del 6% de pacientes que no utilizaban SEMP. Esta circunstancia podría explicar, en parte, el incremento de la prevalencia de LPP.

Se dispone de información de un 50% más de lesiones que en el 5.º ENP. En cuanto a su incidencia, se aprecia un incremento del 22% en las LPP, del 50% en las lesiones por fricción, mientras que las lesiones combinadas y los desgarros cutáneos se mantienen iguales, y hay una disminución del 10% de las LESCAH.

En cuanto a la gravedad de las lesiones, en el 6.º ENP hay un incremento de las LPP de categoría I, las de categoría II sufren un ligero incremento del 13% y hay una disminución del 92,1% de las lesiones más graves (categorías 3, 4 y LTP).

Sacro, talones, trocánteres e isquiones siguen siendo las localizaciones más importantes en cuanto a las LPP.

Joan Enric Torra-Bou, J. Javier Soldevilla-Agreda, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, María Dolores López-Franco y Francisco P. García-Fernández
Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022

Tabla 7. Localización anatómica de los diferentes tipos de lesiones

	Presión (%) n = 225	Humedad (%) n = 136	Fricción (%) n = 67	Desgarros (%) n = 69	Combinadas (%) n = 29
Sacro, coxis	29,5	18,4	10,4		37,9
Talón	20,4		31,3		13,9
Trocánter, isquion	11,1	8,1	17,9		17,2
Glúteos	3,6	9,5	7,5		13,8
Piernas	1,3		9,0	52,2	
Rodilla	1,9		1,5	1,4	
Maléolos	8,0		8,9	1,4	
Pie (dorso o dedos)	8,4		4,5	7,3	
Zona dorsal (espalda)	4,4				3,4
Brazos y codos	1,3	4,4	6,0	31,0	
Manos				2,4	
Zona interglútea	0,4	0,7	1,5		
Occipital	0,4				6,9
Orejas					
Boca, cara					
Nariz					
Tórax anterior y submamaria		11,8			
Abdomen					
Cuello					
Zona genital y perineo	2,2	31,7	1,5		
Otras	7,1	15,4	9,0	4,3	6,9

Tabla 8. Prevalencia de LPP en residencias o centros sociosanitarios según la literatura científica

Tipo de centro	Prevalencia de LPP		
Residencias y CSS	9,28% ^a	España, 6.º ENP	
Centros de cuidados crónicos	1-46%	Revisión sistemática	Hahnel et al. ¹⁶
Residencias	Del 3,4 al 32,4%	Revisión narrativa	Anthony et al. ¹⁷
Residencias	3,9-6,9%	Alemania	Klingelh et al. ¹⁸ , Kroger et al. ¹⁹ , Kottner et al. ²⁰
Residencias	4% (IC95%: 3,5;4,4)	Alemania	Raeder et al. ²¹
Residencias	Del 4,5 al 27%	Italia, Irlanda, Reino Unido, EE. UU. y Canadá	Kwong et al. ²²
Residencias	4,8%	China	Wei et al. ²³
Residencias	5,5%	Suiza	Courvoisier et al. ²⁴
Residencias privadas	Del 7,1 al 25%	Hong Kong	Kwong et al. ²²
Residencias privadas	8%	Nueva Zelanda	Carrier et al. ²⁵
Residencias	9-31%	Australia	Santamaria et al. ²⁶ , Banks et al. ²⁷ , Courtney et al. ²⁸
Residencias	8,4%	Bélgica	Anrys et al. ²⁹
Centros de cuidados crónicos	Prevalencia mensual 9,6%	Japón	Igarashi et al. ³⁰

IC95%: intervalo de confianza del 95%; CSS: centros sociosanitarios; LPP: lesiones por presión.

^aPrevalencia de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

^bA partir de categoría II.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en el 6.º ENP de LCRD permiten constatar un incremento de su prevalencia. Entre las causas de este incremento, sin lugar a dudas, la escasa dotación de personal de enfermería cualificado en residencias y CSS es uno de los factores clave, tal como afirma Tuinman et al.³⁷. Dichos autores se centraron en los resultados de calidad, y obtuvieron resultados significativos con relación al menor número de enfermeras cualificadas y peores resultados en LPP en 7 de los trabajos incluidos en su revisión sistemática acerca de la asociación entre dotación de enfermería y resultados sensibles de enfermería en centros de larga estancia³⁸⁻⁴⁴.

A ello hay que añadirle tanto la disminución de la utilización del material de prevención, tal como hemos podido constatar en nuestro estudio, como la indefinición del problema de las LPP como problema

de seguridad del paciente en los diferentes sistemas regionales de salud en España².

El progresivo incremento de la edad de la población en nuestro país, pa-rejo a un incremento en el nivel de dependencia y a una infradotación de recursos humanos adecuadamente formados para poder prestar cuidados de enfermería de calidad en las residencias y en los CSS, nos dibujan un enorme reto para los sistemas de salud y de atención social en España ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las enfermeras y responsables de las residencias y los centros sociosanitarios que han colaborado en la recogida de datos para este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016;27:161-7.
- Movilla-Jiménez C, Torra-Bou JE, García-Fernández FP. Políticas sobre seguridad del paciente y lesiones por presión: información publicada en las páginas web institucionales en España. *Gerokomos*. 2023;34:61-7.
- 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;10:75-87.
- 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;14:37-47.
- Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, Lopez Casanova P, Rueda Lopez 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;17:154-72.
- Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Lopez 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;22:77-90.
- 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;25:162-70.
- 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;30:76-86.
- García-Fernández FP, Torra-Bou JE, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. *Gerokomos*. 2019;30:134-41.
- Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP, Rodríguez Palma M, Torra-Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2017. *Gerokomos*. 2019;30:192-9.
- García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Torra-Bou JE, et al. Clasificación categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. 3ª ed. Logroño: GNEAUPP; 2016.
- García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46:28-38.
- Hernández-Martínez-Esparza E, Santemas-Masana R, Román E, Abades Porcel M, Torner Busquet A, Berenguer Pérez M, et al. Prevalence and characteristics of older people with pressure ulcers and legs ulcers, in nursing homes in Barcelona. *J Tissue Viability*. 2021;30:108-15.
- Alexandre-Lozano S, Barallat-Gimeno E, Torra-Bou JE, García-Martínez E, Blanco-Blanco J. Adaptación transcultural y validación psicométrica en lengua española de la escala Perineal Assessment Tool para la evaluación de la dermatitis por incontinencia. *Gerokomos*. 2020;31:241-7.
- Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Stat Med*. 1998;17:857-72.
- Hahnel E, Lichterfeld A, Blume-Peytavi U, Kottner J. The epidemiology of skin conditions in the aged: a systematic review. *J Tissue Viability*. 2017;26:20-8.
- Anthony D, Alosoumi D, Safari R. Prevalence of pressure ulcers in long-term care: a global review. *J Wound Care*. 2019;28:702-09.
- Klinghöfer-Noe J, Dassen T, Lahmann N. Nursing homes versus assisted living facilities: outcome quality regarding pressure ulcers, falls and malnutrition. *Z Gerontol Geriatr*. 2015;48:263-9.
- Kroger K, Jöster M. Prevalence of chronic wounds in different modalities of care in Germany. *EWMMA Journal*. 2018;19:45-9.
- Kottner J, Dassen T, Lahmann NA. Pressure ulcers in German nursing homes: frequencies, grades, and origins. *Z Gerontol Geriatr*. 2011;44:318-22.
- Raeder K, Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Prevalence and risk factors of chronic wounds in nursing homes in Germany: A Cross-Sectional Study. *Int Wound J*. 2020;17:1128-34.
- Kwong EW, Hung MS, Woo K. Improvement of pressure ulcer prevention care in private for-profit residential care homes: an action research study. *BMC Geriatr*. 2016;16:192.
- Wei M, Yang D, Chen L, Wu L, Jiang Q, Niu N, et al. The prevalence and prevention of pressure ulcers: A multicenter study of nine nursing homes in eastern China. *J Tissue Viability*. 2021;30:133-6.
- Courvoisier DS, Righi L, Béné N, Rae AC, Chopard P. Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: a multicenter study. *Appl Nurs Res*. 2018;42:45-50.
- Carryer J, Weststrate J, Yeung P, Rodgers V, Towers A, Jones M. Prevalence of key care indicators of pressure injuries, incontinence, malnutrition, and falls among older adults living in nursing homes in New Zealand. *Res Nurs Health*. 2017;40:555-63.
- Santamaría N, Carville K, Prentice J, Ellis I, Ellis T, Lewin G, et al. Reducing pressure ulcer prevalence in residential aged care: results from phase II of the PRIME trial. *Wound Pract Res*. 2009;17:12-22.
- Banks M, Bauer J, Graves N, Ash S. Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities. *Nutrition*. 2010;26:896-901.
- Courtney M, O'Reilly MT, Edwards H, Hassall S. Benchmarking clinical indicators of quality for Australian residential aged care facilities. *Aust Health Rev*. 2010;34:93-100.
- Anys C, Van Tiggelein H, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D. Independent risk factors for pressure ulcer development in a high-risk nursing home population receiving evidence-based pressure ulcer prevention: Results from a study in 26 nursing homes in Belgium. *Int Wound J*. 2019;16:325-33.
- Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56:220-6.
- Boronat-Garrido X, Kottner J, Schmitz G, Lahmann N. Incontinence-Associated Dermatitis in Nursing Homes: Prevalence, Severity, and Risk Factors in Residents With Urinary and/or Fecal Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;4:630-5.
- Van Damme N, Van den Bussche K, De Meyer D, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents: results from a multivariate binary regression analysis. *Int Wound J*. 2017;14:801-10.
- Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res*. 2006;55:243-51.
- Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:1373-80.
- Van Tiggelein H, Van Damme N, Theys S, Vanheyste E, Verhaeghe S, LeBlanc K, et al. The prevalence and associated factors of skin tears in Belgian nursing homes: A cross-sectional observational study. *J Tissue Viability*. 2019;28:100-6.
- Skiveren J, Wahlers B, Bermark S. Prevalence of skin tears in the extremities among elderly residents at a nursing home in Denmark. *J Wound Care*. 2017;26(Sup2):S32-6.
- Tuinman A, De Greef MHG, Finnema EJ, Roodbol PF. A systematic review of the association between nursing staff and nursing-sensitive outcomes in long-term institutional care. *J Adv Nurs*. 2021;77:3303-16.
- Backhaus R, Van Rossum E, Verbeek H, Halfens RJ, Tan FE, Capezuti E, et al. Relationship between the presence of baccalaureate-educated RNs and quality of care: a cross-sectional study in Dutch long-term care facilities. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:53.
- Castle NG. Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: A literature review. *J Appl Gerontol*. 2008;27:375-405.
- Konetzka RT, Stearns SC, Park Y. The staffing-outcomes relationship in nursing homes. *Health Serv Res*. 2008;43:1025-42.
- Lee HY, Bleggen MA, Harrington C. The effects of RN staffing hours on nursing home quality: A two-stage model. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:409-17.
- Lin H. Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. *J Health Econ*. 2014;37:13-24.
- Shin JH, Hyun TK. Nurse staffing and quality of care of nursing home residents in Korea. *J Nurs Scholarship*. 2015;47:555-64.
- Weech-Maldonado R, Meret-Hanke L, Neff MC, Mor V. Nurse staffing patterns and quality of care in nursing homes. *Health Care Management Review*. 2004;29:107-16.