

Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra

Evolution of the prevalence of bedsores in the Hospital of Navarra

C. Silvestre¹, L. Domench², A. Elizondo³, J.I. Erro⁴, C. Esparza⁵, A. Merino⁵, B. Bermejo¹

RESUMEN

Introducción. Las tasas de incidencia y de prevalencia de los pacientes con úlcera en el hospital son indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia en los dos últimos años (1997-1998), comparando los pacientes ulcerados, la valoración de riesgo de desarrollar úlceras y los factores asociados al desarrollo de las mismas.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio transversal, en el que los sujetos de estudio son todos los pacientes ingresados en el Hospital de Navarra el día fijado para el estudio, en el que se han recogido las variables sexo, edad, unidad de ingreso, fecha de ingreso y de estudio, presencia y número de úlceras, desarrollo intra o extrahospitalario, valoración del riesgo al ingreso y valoración de riesgo el día del estudio (según escala de Braden modificada).

Resultados. La prevalencia de pacientes ulcerados fue de 8,9 por cada 100 pacientes ingresados en 1997 y de 5,1 en 1998. La diferencia es estadísticamente significativa con un valor de $p=0,025$. La edad, la clasificación de los pacientes dentro de los de riesgo y el tiempo de estancia en el hospital son factores relacionados con el desarrollo de úlceras.

Conclusiones. Los factores asociados al desarrollo de úlceras detectados en el estudio nos orientan a tener una vigilancia más atenta de los pacientes que los presentan. El seguimiento de la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión en los hospitales es la herramienta que permite seguir mejorando en el conocimiento, la prevención y el tratamiento de dichas lesiones en los pacientes.

Palabras clave: Úlceras por presión. Prevalencia. Factores asociados.

ABSTRACT

Introduction. The rates of incidence and prevalence of patients with sores in hospital are indicators of nursing care quality. The aim of this study is to evaluate such prevalence in the last two years (1997-1998), comparing the patients with sores, the evaluation of the risk of developing sores, and the factors associated with their development.

Material and methods. A transversal study was made, in which the subjects under study were all of the patients hospitalised in the Hospital of Navarra on the day set for the study. The study gathers the variables of sex, age, unit of hospitalisation, date of admission and date of the study, presence and number of sores, their development in or outside the hospital, evaluation of risk on admission and evaluation of risk on the day of the study (according to the modified Braden scale).

Results. The prevalence of patients with sores was 8.9 per 100 patients hospitalised in 1997 and 5.1 in 1998. The difference is statistically significant with a value of $p=0.025$. Age, the classification of patients within those of risk, and the time of hospital stay are factors related to the development of sores.

Conclusions. The factors associated with the development of sores detected in the study lead us to be more attentive in our vigilance of the patients that show them. The follow up of the prevalence and incidence of bedsores in hospitals is an instrument that makes it possible to continue improving understanding, prevention and treatment of such lesions in patients.

Key words: Bedsores. Prevalence. Associated factors.

ANALES Sis San Navarra 1999; 22 (3): 401-405.

1. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de calidad. Hospital de Navarra. Pamplona.
2. Servicio Geriátrica.
3. Servicio Medicina Intensiva.
4. Servicio Cirugía General.
5. Unidad Cirugía Cardiovascular y Torácica.

Aceptado para su publicación el 25 de enero de 1999.

Correspondencia

Carmen Silvestre Busto
Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad
Hospital de Navarra
Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
Tfno. 948 422312
Fax 948 422281
Correo electrónico: msilvesb@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

Se denomina úlcera por decúbito o presión a la lesión producida en la piel y tejidos adyacentes por una presión sostenida sobre los planos óseos.

La aparición de una úlcera depende fundamentalmente de un déficit de movilidad, de déficits nutricionales o de la presencia de incontinencia en la persona que las padece; desencadenados por la edad, estado de conciencia, procesos terminales, intervención quirúrgica, etc...^{1,2}. Las úlceras por presión constituyen un reto para los profesionales de la salud en todos los niveles de la atención sanitaria, debido a que las situaciones de déficit capaces de desencadenar la aparición de una úlcera son susceptibles de prevención, aun cuando la experiencia muestra que no se pueden prevenir siempre.

La prevalencia y la tasa de incidencia de los pacientes con úlcera en el hospital son indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería.

Para prevenir las úlceras por presión deben ser identificadas las personas con riesgo de padecerlas. Para determinar la magnitud de ese riesgo se pueden cuantificar, mediante escalas de valoración¹, el grado de movilidad, el estado nutricional, la incontinencia, el estado de conciencia, la sensibilidad cutánea o incluso un número más elevado de variables.

Las escalas de valoración de riesgo de úlceras más utilizadas en nuestro medio son las de Norton y Braden^{3,4}; en algunos casos es necesario introducir modificaciones para adaptarlas a un medio sanitario concreto. En los últimos años se están realizando en algunos hospitales estudios para valorar la especificidad y sensibilidad de dichas escalas para la detección de riesgo de úlceras⁵.

En este contexto, en 1996, como parte del proyecto europeo BIOMED⁶, el Hospital de Navarra elaboró un protocolo de prevención y tratamiento de úlceras con el fin de administrar a los pacientes cuidados personalizados, evitando la variabilidad que conlleva la asistencia no protocolizada y garantizando una asistencia de mayor calidad. Dicho protocolo estaba basado en guías de práctica clínica contrastadas con protocolos de otros hospitales y en la experiencia de las enfermeras del hospital^{1,5,7}.

El presente estudio pretende evaluar la prevalencia en los dos últimos años (1997-1998) comparando: la prevalencia de pacientes ulcerados, la valoración de riesgo de desarrollar úlceras y los factores asociados al desarrollo de úlceras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio transversal, en el que los sujetos de estudio fueron todos los pacientes ingresados en el Hospital de Navarra el día fijado para el estudio (18 de junio de 1997 y 25 de junio de 1998).

De cada uno de los pacientes se recogieron las siguientes variables: nombre, número de historia clínica, unidad de enfermería, número de cama, edad, sexo, fecha de ingreso y fecha de estudio, presencia y número de úlceras, desarrollo intra o extrahospitalario de las mismas, valoración del riesgo al ingreso y valoración del riesgo el día del estudio según escala de Braden modificada (descrita en la tabla 1), presencia de úlceras, número y origen. Se considera úlcera extrahospitalaria, la que el paciente tiene a su ingreso en el hospital y úlcera intrahospitalaria la que desarrolla durante su ingreso.

Tabla 1. Escala de valoración del riesgo de ulceración de Braden (modificada).

Valor	Estado Mental	Incontinencia	Actividad	Movilidad	Nutrición	Sensibilidad cutánea
0	Alerta	No o SV**	Normal	Completa	Buena	Presente
1	Desorientado	Ocasional	Camina con ayuda	Limitación ligera	Regular	Disminuída
2	Letárgico	Urinaria o fecal	Se sienta con ayuda	Limitación importante	Mala	Presente en extremidades
3	Comatoso	Urinaria y fecal	Postrado en cama	Inmóvil	NP*o Caquéctico	Ausente

* NP: Nutrición Parental

** SV: Sodaje Vesical

La valoración de los distintos aspectos que contempla la escala es la siguiente: se puntúa cada una de las variables de 0 a 3 otorgando un valor doble a la puntuación obtenida en las variables incontinencia, actividad y movilidad, por considerarlas factores de mayor riesgo. Se considera que el paciente presenta elevado riesgo de ulceración si la puntuación es superior a 9.

El tiempo de estancia se calculó como la diferencia entre la fecha del estudio y la fecha del ingreso (estancia de prevalencia).

Para la recogida de datos se diseñó una ficha que se cumplimentó con los datos de cada paciente recogidos de la historia clínica y de la consulta con la enfermera responsable de cada uno.

Metodología estadística

Los datos se analizaron con el paquete de programas estadísticos BMDP.

Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación estándar (o mediana, mínimo y máximo si no siguen una distribución normal) y las cualitativas con el porcentaje de distribución de cada una de las categorías. El estudio de la asociación entre dos variables cualitativas se

ha realizado mediante la prueba de la chi al cuadrado.

La comparación de medias se ha realizado mediante las pruebas t de student (previa comprobación de la homogeneidad de las varianzas con la prueba de Levene) o U de Mann Withney según las variables siguiesen o no una distribución normal. El nivel de significación estadística aceptado ha sido del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Han sido estudiados 826 pacientes (416 en 1997 y 410 en 1998). En 1997 el 62,7% eran hombres y en 1998 el 61%, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Tampoco existen diferencias respecto a la edad (media = 60,5 y DE = 18,9 en 1997, y en 1998 la media = 61,18 y DE = 18,6).

La prevalencia de pacientes ulcerados fue de 8,9% en 1997 y del 5,1% en 1998. Los datos del análisis comparativo de la evolución en los dos años se muestran en la tabla 2.

No se observa asociación del sexo al desarrollo de úlceras, en cambio la edad, es significativamente más elevada en los pacientes ulcerados (media=65,8; DE=19,3) que en los no ulcerados (media=60,5; DE=18,7) con un valor de $p=0,017$.

Tabla 2. Evolución de la prevalencia de úlceras.

Variable	1997 n	1998 n	p
Número de pacientes ingresados	416	410	
Sexo: hombre/mujer	261/155	250/160	
Edad: media (desvío estándar)	60 (18,6)	61 (18,6)	
Número de pacientes valorados al ingreso *	111 (26,7%)	224 (54,6%)	$p < 0,001$
Pacientes clasificados de riesgo al ingreso*	89 (21,4%)	114 (27,8%)	$p < 0,05$
Pacientes con riesgo de lesión el día del estudio*	213 (51,2%)	128 (31,2%)	$p < 0,001$
Pacientes con úlcera el día del estudio*	38 (9,1%)	21 (5,1%)	$p < 0,05$
Pacientes con úlcera intrahospitalaria*	26 (6,3%)	10 (2,4%)	$p < 0,05$
Nº de úlceras intrahospitalarias/extrahospitalarias	39/12	19/14	
Mediana de estancia global (mín-máx)	7 (0-124)	6 (0-382)	$p = 0,26$
Mediana de estancia de pacientes ulcerados*(mín-máx)	10,5 (1-53)	19 (1-237)	$p < 0,05$

* Diferencias estadísticamente significativas

Al analizar la valoración del riesgo de presentar úlcera, los pacientes de riesgo tienen una probabilidad significativamente mayor de desarrollar úlcera que los de no riesgo con una OR=1,93; IC 95% de 1,07 a 3,46.

El tiempo de estancia de los pacientes en el hospital también aparece asociado a la aparición de úlceras con un valor de $p=0,07$.

DISCUSIÓN

Los estudios de prevalencia vienen a ser una fotografía de cuál es la situación del problema estudiado en un momento y lugar determinado. Dado que los estudios de incidencia son mucho más costosos, los de prevalencia sirven para tener información puntual y ver su evolución en el tiempo de cara a detectar desviaciones que puedan corregirse. Por tanto los resultados de un estudio de prevalencia deben interpretarse con precaución y no deberían tomarse como una medida directa de la calidad de los cuidados⁸.

Los estudios sobre escalas de valoración de riesgo no aportan, por el momento, más información sobre una mejor capacidad predictiva de una escala sobre otra, ni sobre las modificaciones de que han sido objeto⁸, por tanto, se ha seguido utilizando la escala de Braden modificada, que creemos que recoge bien las distintas situaciones de riesgo de los pacientes. A la espera de resultados de proyectos en curso⁹, profundizando en la adecuación y validez de dichas escalas, no se debe infravalorar la eficacia de "el ojo de la enfermera" (experiencia y conocimiento) para detectar el riesgo de los pacientes.

Las características de la población estudiada no muestran cambios significativos con respecto a otros años; tampoco se han realizado cambios en las fechas del estudio - que coinciden con altos índices de ocupación -, ni en la escala de medida.

El sexo no aparece como factor asociado al desarrollo de una úlcera. Una mayor edad y ser considerado un paciente de riesgo, sí son factores asociados al desarrollo de una úlcera.

En 1998, aumenta el número de pacientes de riesgo en el momento del ingreso, hecho que puede estar explicado porque también se dobla el número de pacientes valorados al ingreso.

Los resultados muestran en el día del estudio, una disminución de los pacientes de riesgo y de la prevalencia de úlceras en 1998 respecto al año anterior. Esta disminución podría ser debida a una detección más precoz del riesgo, que hubiera dado lugar a la instauración inmediata de cuidados preventivos en los pacientes de mayor riesgo. Esta deducción está basada en el hecho de que todos los pacientes ulcerados (excepto uno) en 1998 habían sido considerados de riesgo y recibido cuidados preventivos desde su ingreso. Este dato no fue recogido en 1997.

La prevalencia de úlceras de nuestro estudio está dentro de los mismos parámetros de otros estudios de revisión que muestran prevalencias entre un 7 y un 9% en un caso⁹ y del 8,6% en un estudio epidemiológico nacional en Francia¹⁰. El Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido¹¹, después de distintas encuestas fijaba como objetivo para 1994 reducir la prevalencia por debajo del 5%, para lo que elaboró una guía de actuación. En todos los estudios referenciados la edad aparecía como factor asociado a su aparición. El dato español más reciente se refiere al estudio piloto para validar un estudio epidemiológico a nivel estatal¹², la tasa de prevalencia fue de 12,2%, con independencia de la edad, el sexo y el motivo del ingreso.

En nuestro estudio, la estancia es el factor más fuertemente asociado al desarrollo de úlceras durante el ingreso hospitalario de los pacientes que las sufren. Es más alta en los ulcerados que en los no ulcerados y más alta todavía en los ulcerados en 1998 que en el año anterior. En 1998, según los resultados, sólo se ulceran los pacientes de mayor riesgo, con estancias inusualmente largas y edad avanzada, en los que las medidas preventivas pueden no ser tan eficaces, lo que también puede contribuir a explicar la disminución de la prevalencia en 1998.

Para concluir debemos insistir en la importancia de la valoración inicial de los pacientes, que conste el estado que el paciente presenta a su ingreso, si es autónomo para todas las actividades o necesita ayuda para algunas de ellas, a fin de poder asegurar que hemos evitado un empeoramiento y hemos satisfecho sus necesidades durante su estancia en el hospital.

Los factores asociados al desarrollo de úlceras detectados en el estudio nos orientan a tener una vigilancia más atenta de los pacientes que los presentan.

El seguimiento de la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión en los hospitales es la herramienta que permite seguir mejorando en el conocimiento, la prevención y el tratamiento de dichas lesiones en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Department of Health and Human Services. Clinical Practice Guideline, Number 3. "Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention". AHCPR Publication No. 92-0047, Rockville, Mariland, May 1992.
2. ORTEGA PÉREZ A. Factores de riesgo y actividades para prevenir las úlceras por presión. *Enfermería Científica* 1996; 176-177: 5-7.
3. BRADEN BJ, BRYANT R. Innovations to prevent and treat pressure ulcers. *Geriatr Nurs (New York)* 1990; 11: 182-186.
4. NORTON D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989; 2: 24-31.
5. Grupo de Enfermería del Institut Catalá de la Salut. Úlceras por presión: método de consenso como estrategia de mejora de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica* 1998; 8:110-116.
6. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals II, Prevention of Bedsores as a Topic for a Quality Assurance Study, Package 5. BIOMED/HSR CBO, September 1994.
7. SHAW CHD, COSTAIN DW. Guidelines for Medical Audit: Seven Principles. *Br Med J* 1989; 299: 498-499.
8. NHS Centre For Reviwers and Dissemination, University of York. The Prevention and Treatment of Pressure Sores. *Effective Health Care bulletins*, October 1995; Vol. 2; nº 1.
9. RIZO A, TORRA I BOU JE, ARIAS J, MARTINEZ JJ. La informática en las úlceras por presión. *Revista ROL de Enfermería* 1996; 210: 19-22.
10. COLIN D, BARROIS B, ALLAERT FA, BONTOUX L. Análisis epidemiológico y costo de las úlceras por presión. *Gerokomos* 1997; vol. VIII: IV-VII.
11. NHS Management Executive. Priorities and Planning Guidance 1994-95. Leeds: Department of Health. (EL (93) 54).
12. SOLDEVILLA JJ, TORRA JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10:75-87.