



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **Relación entre las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y la demencia avanzada. Revisión sistemática integrativa.**

**Relationship between skin lesions related to dependence and advanced dementia. Integrative systematic review.**

**Autor:** Natalia Agulló Castillo

**Tutor:** José Verdú Soriano

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

Curso Académico 2021-2022

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	4
1.1. Generalidades .....	4
1.2. Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia .....	4
1.2.1. Concepto.....	4
1.2.2. Clasificación-categorización .....	4
1.2.3. Epidemiología .....	6
1.3. Lesiones por presión.....	8
1.3.1. Concepto.....	8
1.3.2. Clasificación.....	8
1.3.3. Epidemiología .....	9
1.3.4. Factores de riesgo para el desarrollo de LPP.....	10
1.4. Demencia como factor de riesgo.....	10
1.5. Relaciones entre las LPP y la demencia .....	11
2. OBJETIVOS .....	12
3. METODOLOGÍA .....	12
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	14
4.1. Síntesis narrativa .....	21
5. CONCLUSIONES .....	23
6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN.	
24	
7. BIBLIOGRAFIA.....	24

## RESUMEN

**Introducción:** Las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia son un importante problema de salud pública, y ver la relación que tiene con la demencia nos ayudaría a cambiar la forma en la que se está llevando a cabo actualmente la prevención, el abordaje e incluso el diagnóstico de estos pacientes, ya que serían más susceptibles a las heridas.

**Objetivo:** Averiguar si existe bibliografía sobre la relación que existe entre las personas con demencia avanzada y la aparición de lesiones por presión, así como en lesiones relacionadas con la dependencia.

**Método:** Se ha realizado una revisión sistemática de tipo integrativa, buscando en diferentes bases de datos, desde el inicio de las bases de datos hasta marzo de 2022. Se han utilizado los descriptores “pressure”, “ulcer”, “injur”, “dementia” o “cognitive impairment”, variando la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos: Medline, LILACS, Dialnet, CINHAL y en páginas web especializadas como la del GNEAUPP. Para la selección de estos artículos se ha tenido en cuenta una serie de criterios de exclusión e inclusión. Se ha evaluado su calidad mediante las plantillas correspondientes a cada tipo de estudio encontradas en Equator Network.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 440 artículos de los cuales fueron seleccionados 9, finalmente. Tras la lectura se encontró que tanto la espasticidad como la agregación anormal de fibroblasto, presente en la dermis y epidermis de las personas con demencia, afecta significativamente al riesgo de sufrir úlceras o lesiones por presión. Además, la aparición de úlceras y/o lesiones por presión influye en el tiempo medio de supervivencia, siendo este más corto en personas con demencia.

**Conclusión:** Se han encontrado artículos que evidencian la relación que existe entre las úlceras por presión y la demencia. Sin embargo, no se encontraron artículos que hablaran de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, posiblemente porque este concepto es muy nuevo en la literatura.

**Palabras clave:** lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, demencia, úlceras por presión, lesiones por presión.

## ABSTRACT

**Introduction:** Skin lesions related to dependence are an important public health problem and investigating the relationship it has with dementia would help us to change the way in which prevention, approach and even diagnosis are currently being carried out of these patients, as they would be more susceptible to injury.

**Objective:** To find out if there is a bibliography about the relationship between dependence and pressure injury and dependence-related skin lesions.

**Method:** A systematic review of integrative type has been carried out, searching in different databases, from the beginning of the databases until today. The descriptors "pressure", "ulcer", "injur", "dementia" or "cognitive impairment" have been used, varying the search strategy in the different databases: Medline, LILACS, Dialnet, CINHAL and in specialized web pages like GNEAUPP. For the selection of these articles, a series of exclusion and inclusion criteria have been considered. Its quality has been evaluated using the templates corresponding to each type of study found on the Equator Network.

**Results:** A total of 440 articles were obtained, of which 9 were finally selected. After reading, it was found that spasticity and abnormal fibroblast aggregation, present in the dermis and epidermis of people with dementia, are significantly affect the risk of pressure ulcers or injuries. In addition, the appearance of ulcers and/or pressure injuries influences the average survival time, which is shorter in people with dementia.

**Conclusion:** Articles have been found that show the relationship between pressure ulcers and dementia. However, no articles were found that talked about skin lesions related to dependence.

**Keywords:** lesions related to dependence, dementia, pressure ulcers, pressure injuries.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Generalidades

Las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) y especialmente las úlceras por presión (UPP), también conocidas como lesiones por presión (LPP), son un importante problema de salud pública (1). Las enfermeras a nivel asistencial tienen un papel fundamental en la prevención, el abordaje y el cuidado de los pacientes con LPP, por tanto, el profesional deberá estar capacitado para intervenir desde la prevención, evitando su aparición (1). Atendiendo también al abordaje, es importante el manejo de los distintos factores de riesgo que son predisponentes para dichas heridas. A nivel de investigación, enfermería, ha hecho grandes avances en cuanto a nuevos conceptos como el de LCRD, que ayudarán a su abordaje y evolución (1).

## 1.2. Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

### 1.2.1. Concepto

A lo largo de historia, dentro del concepto de LPP se han incluido lesiones que, por su etiología, seguramente, no lo eran .

Así mismo, el concepto genérico de úlcera es muy amplio y también engloba a diferentes tipos de lesiones cutáneas.

Debido a esto, algunos investigadores se comienzan a preguntar si todas las lesiones que se presentan en la práctica clínica tienen el mismo origen. Por ejemplo ¿Si todo son LPP, por qué unas evolucionan bien y son superficiales y otras no y se necrosan y llegan a tejidos profundos? (2)

Así es como nace un nuevo marco teórico, que incluye a diferentes tipos de lesiones o factores etiológicos, un concepto llamado LCRD, que podrían definirse como, “*el daño de la piel y/o tejidos subyacentes que afecta a personas con limitación o perdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial debido a la discapacidad, edad, proceso o enfermedad y que requieren de ayuda para sus actividades básicas*” (2).

### 1.2.2. Clasificación-categorización

Existen, como mínimo, 4 factores etiológicos de LCRD, estos son: la presión, la cizalla, la humedad y la fricción. Todos estos están involucrados en el desarrollo de hasta 7 tipos de lesiones crónicas de causa no sistémica, que puede aparecer en pacientes con algún grado de dependencia, al margen de su edad o estado físico. No obstante, como se ha

mencionado, es un modelo que está en constante evolución y, en el futuro, podría abarcar a otras lesiones (2).

- Lesiones producidas por humedad: La exposición constante o recurrente a la humedad produce un deterioro del tejido, lo que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la piel. Las fuentes de humedad pueden ser varias, y el tipo de lesiones que genera son superficiales.
- Lesiones producidas por roce-fricción: la fricción produce un deterioro tisular directo, generado por fuerzas de rozamiento producidas entre dos planos, en este contexto entendemos como una de ellas el paciente y la otra la superficie en la que esté apoyado. Al ser fuerzas paralelas la lesión resultante es superficial, y puede ser similar a una quemadura.
- Lesiones producidas por presión: en este caso pueden participar dos fuerzas, la presión y el cizallamiento. Clásicamente, siempre se ha enunciado que la disminución de la capacidad de reposicionamiento y de la percepción sensorial hacen que aumente la presión en los tejidos, al ejercer una presión (superior a 20mmHg) durante un tiempo prolongado, los tejidos comienzan a experimentar un proceso de anoxia e isquemia, pudiendo llegar a generar una necrosis en esos tejidos. Hoy en día, sabemos que la presión por si sola necesita de periodos muy largos para producir lesión, de modo que la presión sola ocasiona lesiones superficiales, mientras que la presión en combinación con la cizalla ocasionará lesiones de tejidos profundos.
- Desgarros cutáneos: son lesiones de origen traumático, causadas por fuerzas mecánicas, se dan en pieles extremadamente frágiles por lo que se suele presentar como un colgajo cutáneo, más o menos profundo, aunque no se suele extender más allá de la dermis e hipodermis.
- Lesiones mixtas y combinadas: aunque los factores desencadenantes se enumeren por separado, en el origen de estas lesiones pueden estar involucrados uno, varios o incluso todos ellos, por lo que tienen un abordaje más difícil.

Además de los factores etiológicos mencionados, también cabe destacar la existencia de los factores coadyuvantes. Estos ayudan al desarrollo de la lesión, aunque no son sus causantes directos. Lo que hacen es generar una disminución en la tolerancia de los tejidos y se atribuye a 4 grupos de factores (2):

- Desordenes nutricionales del tejido como alteraciones nutricionales, alimentarias o de hidratación.
- Agresiones externas como la exposición a humedad intermitente, y otro tipo de factores lesivos como drenajes, catéteres, radioterapia, etc.
- Alteraciones en la oxigenación de los tejidos por alteración del estado hemodinámico, de la perfusión tisular periférica, anemia, alteraciones en la respiración, tabaquismo, diabetes, etc.
- Alteraciones de la piel: maceración, sequedad, eritema, etc.

#### 1.2.3. Epidemiología

Según un estudio de Pancorbo-Hidalgo et al (3), en el cual se recogieron datos de diferentes hospitales, la prevalencia de LCRD en los hospitales españoles en 2017, se puede ver en la tabla 1.

*Tabla 1. Prevalencia de LCRD en hospitales.*

<b>Tipo de lesión</b>	<b>Prevalencia</b>
Por presión	7%
Por humedad	1,4%
Por fricción	0,9%
Laceraciones	0,9%
Lesiones combinadas	1,5%
No clasificadas	0,4%
Cualquier otro tipo de LCRD	8,7%

Tabla tomada de (3)

Como vemos aquí, la más prevalente dentro de los tipos de LCRD son las producidas por la presión seguidas de las causadas por la humedad. Debido a la gran variedad, el estudio comparó las LPP y las LCRD, a nivel de tamaño y unidad hospitalaria.

Tabla 2. Prevalencia de LCRD y LPP según el tamaño del hospital

Tamaño del hospital (camas)	LPP	LCRD
	Prevalencia% (IC 95%)	Prevalencia% (IC 95%)
<100 (N=23)	7,8 (5,8-10,3)	9,4 (7,2-12,1)
100 a 199 (N=47)	11,8 (10,2-13,5)	12,0 (10,5-13,8)
200 a 499 (N=187)	6,6 (5,9-7,4)	8,7 (7,9-9,5)
500 a 749 (N=101)	5,6 (4,7-6,5)	7,1 (6,2-8,2)
>750 (N=196)	6,5 (5,9-7,3)	8,7 (8,0-9,6)

Tabla tomada de (3)

Tabla 3. Prevalencia de LCRD y LPP según la unidad hospitalaria

Unidad hospitalaria	Pacientes ingresados	LPP	LCRD
		Prevalencia% (IC 95%)	Prevalencia% (IC 95%)
Hospitalización general	11.425	6,7 (6,3-7,2)	8,6 (8,1-9,1)
UCI	639	14,9 (12,3-17,9)	18,3 (15,5-21,5)
Urgencias	128	5,5 (2,7-10,9)	9,4 (9,9-21,2)
Postquirúrgica y reanimación	150	14,0 (9,3-20,5)	14,7 (9,9-21,2)
Salud mental	480	1,9 (1,0-3,5)	2,5 (1,4- 4,3)
Cuidados paliativos	191	16,7 (12,1-22,7)	16,7 (12,1-22,7)
Hospitalización domiciliaria	204	8,8 (5,6-13,5)	9,3 (6,0-14,1)
Obstetricia	423	0	0,2 (0,1- 1,3)

Tabla tomada de (3)

Como vemos en estas tablas, la LCRD son prevalentes en todas las unidades, independientemente del tamaño del hospital y siguen siendo las LPP las más prevalentes.

Por otro lado, un estudio de García et al (4), observa la prevalencia de LPP y LCRD en centros de atención primaria en España en el 2017 y vemos que las LCRD más frecuentes siguen siendo por presión y que, además, dentro de la clasificación del estudio se dan,

mayoritariamente, en pacientes de atención domiciliaria con un 4,79%, a diferencia de la población adulta menor y mayor de 65 años la cual tiene una prevalencia de 0,045% y 0,25 respectivamente.

Por último, en cuanto a las residencias de mayores y centros sociosanitarios hay un estudio de Soldevilla et al (5) en el cual se muestra la prevalencia de estas lesiones en España en 2017, aquí vemos que las más comunes son las LCRD por presión con un 4,03%.

En cuanto a la localización más frecuente de las LCRD es el sacro y, además, las más prevalentes son las causadas por la presión, independientemente del ámbito sanitario (3,4,5).

### 1.3. Lesiones por presión

#### 1.3.1. Concepto

Las LPP según el GNEAUPP son *“una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la combinación de presión con cizalla, en ocasiones también pueden aparecer en tejidos blandos sometidos a presión extrema por diferentes materiales o dispositivos clínicos”* (2), la principal fuerza que produce estas úlceras son las fuerzas de cizalla.

#### 1.3.2. Clasificación

Existen varias fuentes que categorizan las LPP o UPP en función de la gravedad, el estadio o categoría refleja la máxima profundidad del tejido afectado después del desbridamiento, según el GNEAUPP existen varios estadios o categorías (2,6):

- Categoría I: Eritema no blanqueable, aquí la piel se encuentra intacta, pero con enrojecimiento que no blanquea a la presión. El área puede estar indurada, dolorida, más caliente o fría en comparación con los tejidos adyacentes. Este tipo de lesión en personas de piel oscura debe valorarse bajo cambios de temperatura, induración o edema.
- Categoría II: Lesión de espesor parcial, en este estadio ya existe pérdida parcial de la dermis, ya es una úlcera abierta pero poco profunda con lecho rojo-rosado sin esfacelos y con bordes enrojecidos, se puede presentar también como úlceras superficiales brillantes o secas sin hematomas. Además, puede presentarse también flictena intacta o abierta. Nunca debemos utilizar esta categoría para

definir laceraciones, lesiones producidas por el esparadrapo, dermatitis por incontinencia, excoriación o maceración.

- Categoría III: En una UPP de este estadio, se encuentra una pérdida total del espesor del tejido cutáneo (dermis y epidermis), provocando una necrosis o una lesión al tejido subcutáneo, pero sin llegar a estar expuestos huesos tendones o músculo, pueden incluir cavitaciones y tunelizaciones, los esfacelos y el tejido necrótico pueden presentarse pero sin ocultar la profundidad de la lesión, esta profundidad dependerá de la localización anatómica de la herida ya que pueden presentarse en zonas sin tejido subcutáneo (adiposo) como el puente de la nariz, la oreja entre otras; o por el contrario si se presenta en zonas con tejido adiposo pueden llegar a ser extremadamente profundas.
- Categoría IV: Este estadio, presenta una pérdida total de la piel y espesor de los tejidos, encontramos lesión en músculos, con exposición de tendones e incluso huesos. Incluye con frecuencia cavitaciones y tunelizaciones, además de presencia de esfacelos o tejido necrótico en varias partes del lecho de la herida. Existe una destrucción extensa con necrosis de la estructura. Al igual que en las UPP o LPP de grado III la profundidad será variable según la zona.
- Lesión en tejido profundo: Es un área delimitada con una forma irregular, no tan redonda como los estadios anteriores, aquí la piel externa está todavía intacta y generalmente se da con una doble coloración eritematosa (doble eritema), el central es el más profundo de color púrpura o coloración marronácea. Puede presentar dolor en las zonas adyacentes. Al igual que en el estadio I es difícil de valorar en personas de piel oscura por lo que se debe valorar cambios de temperatura, induración y edema

Un aspecto que debemos aclarar es que las UPP o LPP de categoría IV no se transforman en lesiones de categoría III, II o I, hasta la cicatrización completa, estas siguen definiéndose en la categoría máxima alcanzada y describiéndose en la fase de cicatrización que se encuentra (2).

#### 1.3.3. Epidemiología

Los resultados que se obtienen en los últimos estudios nacionales, en la prevalencia de las LPP, pusieron de manifiesto que su prevalencia era un 7-8,5% pacientes adultos

hospitalizados, un 8-9%, pacientes de atención primaria y entre un 12-14% pacientes de centro sociosanitarios. Con el paso del tiempo las cifras de UPP en centros sociosanitarios y sanitarios aumentaron en un 65,6% en el total de úlceras de carácter nosocomial. Además, se sabe que hasta un 95% de esas úlceras podrían haberse evitado, por lo que la prevención de UPP podría ser mejorable (6).

#### 1.3.4. Factores de riesgo para el desarrollo de LPP

Existen múltiples factores para la aparición de este tipo de lesiones como (2,7):

- La edad: a mayor edad, en la piel se producen una serie de cambios muy significativos como, adelgazamiento de la dermis y epidermis con lo que esta es más frágil y soporta menos presión. Este efecto es causado por la disminución en la mitosis celular (replicación celular) de los queratinocitos, de la desorganización celular y de su vida media, con lo que, además, se produce sequedad de la piel.
- La nutrición: Tiene un papel muy importante ya que, si se tiene una dieta equilibrada y rica en proteínas además de un peso saludable, habrá menos riesgo en la aparición de la lesión, y en el caso de que esta ya haya aparecido, una buena dieta produce una buena cicatrización. Del mismo modo, la hidratación es fundamental.
- Medicación: Hay diversos fármacos que comprometen al paciente en un mayor riesgo de lesión, es decir a la aparición de úlceras, como, por ejemplo, los simpaticomiméticos y fármacos vasoactivos, esteroides, citotóxicos y neurolépticos. Esto es debido a que, por un lado, ponen en compromiso el estado de alerta y movilidad y, por otro, pueden afectar a la tolerancia de los tejidos por su efecto sobre el sistema vascular.
- Patologías asociadas a cáncer, alteraciones vasculares, diabetes o demencias.

#### 1.4. Demencia como factor de riesgo

La demencia senil, es la perdida de células nerviosas y sus conexiones cerebrales, las cuales crean un deterioro que disminuye las capacidades cognitivas, con lo cual hace que el paciente sufra un entorpecimiento en las actividades básicas de la vida cotidiana, que va progresando en el transcurso del tiempo, llega a notarse una disminución en la memoria, que es el principal síntoma que ocurre en estados tempranos de la enfermedad

(8). Durante su transcurso el paciente va sufriendo modificaciones en su personalidad, sentimientos e incluso en el lenguaje. Es un problema social para bastantes familias e inclusive para los sistemas nacionales de salud, sobre todo en países desarrollados (8).

El principal impacto que esta enfermedad acarrea es la falta de tratamiento curativo y la carga que sufre la familia en cuanto a las necesidades que el paciente requiere, e incluso en los cuidados y en la prevención de las UPP (8).

### 1.5. Relaciones entre las LPP y la demencia

Jaul y Meiron (neurocientíficos cognitivos que dirigen el Laboratorio de Electrofisiología y Neuro cognición del Centro de Investigación Clínica para las Ciencias del Cerebro del Hospital Herzog) a principios de 2017, revelaron los resultados de una investigación en la que detallan su teoría sobre por qué la demencia y las úlceras, que aparentemente no tienen nada en común, están relacionadas (9).

Según esta investigación, esto es debido a que los cambios que sufre el cerebro al tener demencia no se dan solo en las células del mismo, o sea, no están localizados en un único lugar, sino que también se dan en otros sistemas del cuerpo como, por ejemplo, la piel. Así, los tejidos de la piel y del cerebro derivan de las mismas células madre embrionarias y pueden sufrir el mismo tipo de degeneración. Debido a este descubrimiento se está desarrollando una prueba, mediante la cual se identificará un biomarcador para la densidad celular anormal en la piel en pacientes con demencia, puesto que se pone de manifiesto que son más susceptibles a las heridas (9).

Además de esta posible relación entre la demencia avanzada y las LPP, una manifestación común en estos pacientes es la espasticidad (10,11). Así, se encuentra que la principal causa de LPP en localizaciones atípicas es la espasticidad, seguida de los dispositivos médicos (10,11).

Por todo lo mencionado, sería interesante, desde esta perspectiva indagar cuál la evidencia sobre esta posible relación y si existe literatura en el mismo sentido sobre LCRD y la demencia.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo principal es identificar la relación que existe entre las personas con demencia avanzada y la aparición de LPP, así como en LCRD.

Los objetivos secundarios son, observar cómo afecta a su morbilidad y mortalidad, y describir la importancia de la educación para la salud en la prevención de LCRD en pacientes con demencia avanzada.

## 3. METODOLOGÍA

Para este trabajo se utiliza un diseño de revisión sistemática de la literatura de tipo integrativa, que según Knafl (12) es una revisión general de la literatura existente con un proceso sistemático en la que se integran tanto estudios de diseño cuantitativo como diseños cualitativos. Para ello se ha buscado, evaluado y seleccionado información relevante sobre este tema publicada desde el inicio de las bases de datos hasta el marzo 2022. Se han utilizado las siguientes bases de datos: MEDLINE (a través de PubMed), LILACS, Dialnet, CINHAL y en páginas web especializadas como la del GNEAUPP.

Para determinar la estrategia de búsqueda, se ha utilizado un lenguaje controlado mediante descriptores como “pressure”, “ulcer”, “injur”, “dementia” o “cognitive impairment” y los operadores booleanos: AND, NOT y OR. Así como términos de truncamiento \*. Las fórmulas de búsqueda fueron:

- Para MEDLINE (a través de PubMed):
  - (Pressure [Title/Abstract] AND (ulcer\*[Title/Abstract] OR injur\*[Title/Abstract])) AND dementia [Title/Abstract]
  - ((Pressure [Title] AND (ulcer\*[Title] OR injur\*[Title])) AND (dementia [Title] OR cognitive impairment [Title])) NOT (Corneal ulcer\* OR peptic ulcer\* OR fall\* OR Domestic Violence\* OR blood\*)
- Para Dialnet:
  - (Presión AND ulcer OR lesión) AND (demencia OR Alzheimer OR deterioro cognitivo)
- Para Lilacs se buscaron las palabras por separado, la fórmula de búsqueda fue:
  - Pressure AND dementia
- Para CINAHL:

- ti:(pressure ulcer OR injury) AND (dementia OR cognitive impairment)

Se han tenido en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión para determinar aquellos documentos susceptibles de ser incluidos en este trabajo.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos publicados tanto en inglés como en español.
- Estudios realizados en seres humanos.
- Población femenina y masculina.
- Artículos publicados sobre la relación que existe entre las LPP y/o LCRD y la demencia en estado avanzado.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos que no permitan acceder al texto completo.
- Artículos con población no adulta.

En cuanto a la extracción y síntesis de los datos de la evidencia seleccionada se realizó una tabla “ad hoc” con las siguientes variables: autor, año, diseño, número total de participantes, intervención, resultados y calidad de la evidencia. Y posteriormente, se procede a una síntesis narrativa de los resultados obtenidos

Para la organización de las referencias bibliográficas se ha utilizado el gestor de referencias bibliográficas RefWorks.

Con respecto a cómo se ha evaluado la calidad de los estudios seleccionados, se utilizaron las diferentes recomendaciones para los diferentes tipos de estudio, obtenidas a través de la web “Equator Network” (13) que indican, a través de checklist, qué elementos debe contener un estudio en su publicación para que los lectores puedan interpretarlo adecuadamente. En función del número de ítems que cumplía cada artículo con respecto al total del checklist se estableció que si obtenía un porcentaje comprendido:

- Entre 100-76%, alta calidad
- Entre 75-55%, calidad media
- Entre 54-35%, calidad baja
- Menor a 34% se considera calidad muy baja.

#### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la base de datos Medline el número total de artículos que se obtuvo fue de 312. Tras hacer una lectura de título y resumen de esos artículos para ir seleccionando y descartando y aplicando para ello los criterios de exclusión explicados anteriormente y eliminando los duplicados, fueron de mi interés para lectura en texto completo 16. En la base de datos LILACS, se obtuvieron 5 artículos, de los que no se selecciona ningún artículo. En la base de datos Cinhal, se obtuvo un total de 111 artículos y se seleccionó 1. Por último, se buscaron artículos relacionados en la sede web de GNEAUPP, obteniendo como resultados de interés 3 artículos. Los artículos incluidos, a través del título y abstract, fueron 20, finalmente, tras lectura a texto completo y descartando por: muy baja calidad de la evidencia (evaluada mediante las recomendaciones STROBE (14) y PRISMA (15)), no acceso al texto completo o por no cumplir con los criterios de elegibilidad, se seleccionaron 9 artículos. La estrategia de búsqueda de la literatura se puede observar en la Figura 1.

Las características principales de los estudios individuales incluidos en esta revisión se encuentran en la tabla 4. Dado que se trata de una revisión integrativa y con el fin de no ser repetitivos, a continuación se presenta una síntesis narrativa que incluye los resultados y la discusión de la evidencia.

Figura 1: Estrategia de búsqueda

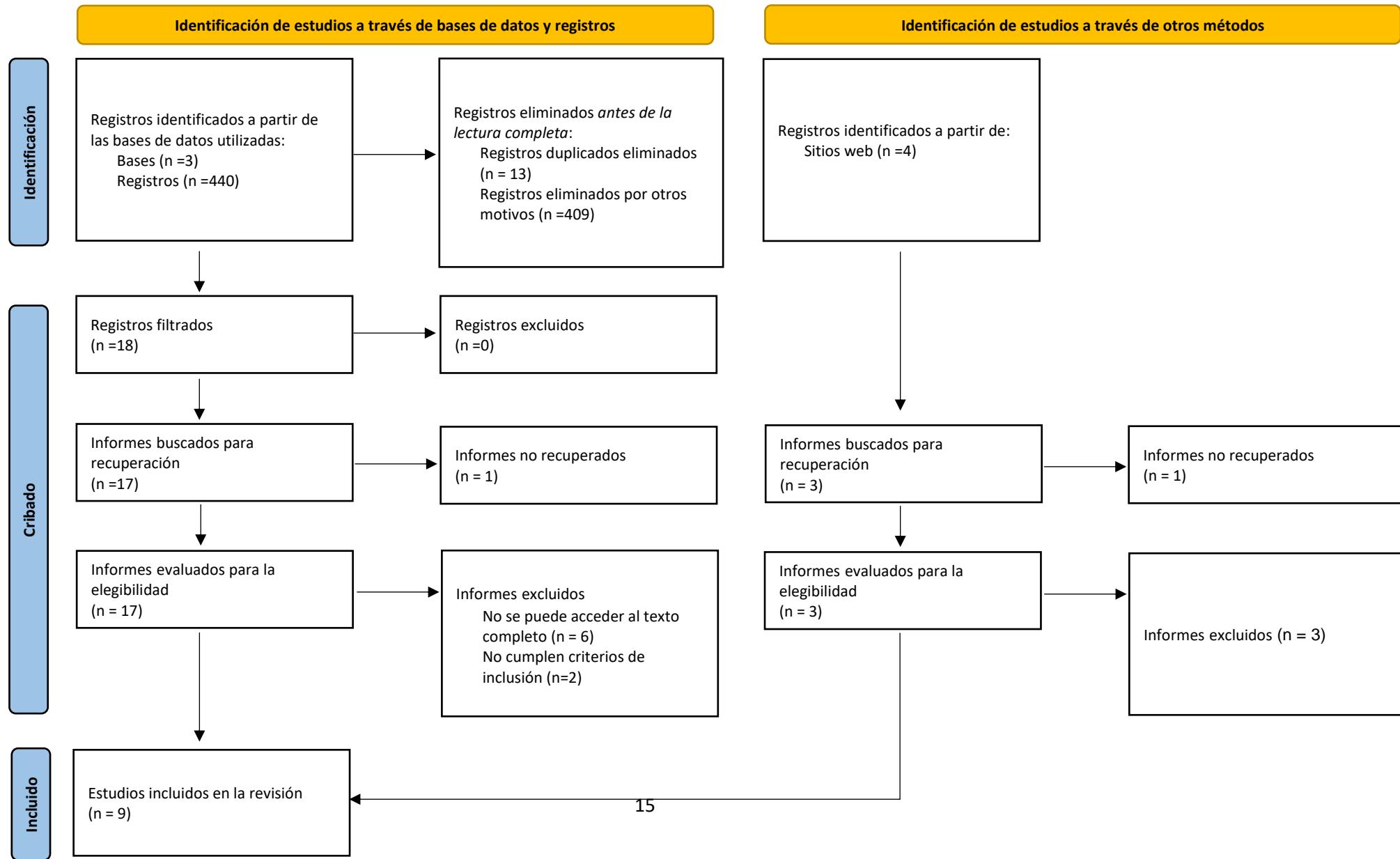


Tabla 4: Resumen de los resultados obtenidos

Autor/ Año	Objetivo	Diseño	Población/ Muestra	Intervención	Resultados	Evidencia
Giovanni Gambassi, Francesco et al, 1999	Identificar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con enfermedad de Alzheimer	Estudio longitudinal	9264 pacientes de 65 años o más con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.	No se especifica	Las UPP obtuvieron un RR de 1,24 en personas con demencia, por lo que afectan significativamente en la mortalidad del paciente	STROBE (11/22) 50% (calidad baja)
Jay Magaziner, PhD et al, 2005	Evaluar la asociación entre la demencia y la mortalidad de los residentes de hogares de ancianos	Estudio transversal	Muestra aleatoria estratificada de 59 pacientes	Se midió la mortalidad, la infección, la fiebre, las UPP, las fracturas y las altas domiciliarias	Los residentes con demencia tienen las tasas de UPP y fiebres más altas.	STROBE (13/22) 59,09% (calidad media)

Efraim Jaul et al, 2013	Identificar factores sistémicos específicos, como la demencia avanzada, asociados a la existencia de UPP y el efecto de la supervivencia desde el momento del ingreso	Estudio longitudinal	147 pacientes ingresados de los cuales 107 ya tenían UPP y 67 no	Se evaluaron los principales factores sistémicos para cada paciente en el momento del ingreso y realizaron evaluaciones periódicas de seguimiento semanalmente	Se vio que la demencia avanzada contribuye a la formación de UPP	STROBE (15/22) 68,18% (calidad media)
Kasia Bail et al, 2013	Identificar la tasa de enfermedades potencialmente prevenibles como las UPP para los pacientes con demencia en	Estudio de cohorte retrospectivo	426.276 pacientes hospitalizados de 50 años en adelante	Se realizo una tabla con 12 complicaciones para la comparación.	En comparación, los pacientes con demencia tienen las tasas de complicaciones potencialmente	STROBE (15/22) 68,18% (calidad media)

	comparación con pacientes sin demencia				prevenibles como las UPP	
Efraim Jaul et al, 2016	Estudiar si existe una interrelación fisiopatológica entre la demencia y las ulceras por presión	Revisión sistemática	No están descritos		Las UPP son un síntoma sistémico a asociado al curso clínico de la demencia avanzada y mortalidad.	PRISMA (13/27) 48,14% (calidad baja)
Efraim Jaul et al, 2016	Ver el efecto que tienen las UPP en la supervivencia de los pacientes con demencia avanzada y comorbilidades	Estudio transversal	Archivos de 147 pacientes hospitalizados	Se utilizo el modelo de riesgos proporcionales de Cox y el modelo Kaplan-Meier	La media de supervivencia de los pacientes con demencia avanzada y UPP fue 96 días, mientras que en los pacientes que no tenían UPP fue de 863 días	STROBE (18/22) 81,81% (calidad alta)

Efraim Jaul et al, 2017	Ver cuál es la tasa de supervivencia y prevalencia de UPP en pacientes con y sin demencia	Estudio retrospectivo transversal	192 pacientes con una edad media de 77,4 años, con ulceras profundas de grado 3-4 una mitad eran pacientes con demencia y la otra sin demencia	Se analizó la prevalencia de UPP y las tasas de supervivencia y comparado en ambos grupos, pacientes con y sin demencia.	La tasa de supervivencia media fue de 63 días para los pacientes con demencia y con UPP, y de 117 días para los pacientes sin demencia con UPP	STROBE (17/22) 77,27% (calidad alta)
Efraim Jaul et al, 2019	Ver si existe una relación entre la espasticidad y la aparición de UPP	Estudio transversal	40 pacientes con una media de edad de 73,5 años	Se dividieron 2 grupos, uno de personas no dementes y otro con demencia	El 74,1% de los pacientes con demencia avanzada presentaron espasticidad, mientras que los no dementes presentaron un 25%.	STROBE (18/22) 81,81% (calidad alta)

Christina N. Parker et al, 2020	Determinar la prevalencia de los tipos de heridas y las estrategias actuales del cuidado de heridas para personas con demencia en cuidados a largo plazo	Revisión de la literatura	Estudios observacionales transversales y auditoria de gráficos de residentes en centros específicos para la demencia en cuidados a largo plazo		Se necesitan estudios adicionales significativos para las futuras guías sobre la prevención y el tratamiento de heridas específicas de la demencia	PRISMA (20/27) 74,07% (calidad media)
---------------------------------	--	---------------------------	--	--	--	---

Elaboración propia

#### 4.1. Síntesis narrativa

A medida que la piel envejece, la reducción de humedad y la perdida de elasticidad hacen que las personas mayores, sin tener patologías de base, sean más propensas a sufrir heridas en la piel, desgarros o LPP (16). Un estudio de Jaul (11) demostró que la demencia, la espasticidad y la prevalencia de desarrollar una UPP estaban relacionadas. La espasticidad, es un trastorno clínico del movimiento que se observa con frecuencia en pacientes encamados que permanecen inmóviles durante mucho tiempo, se demuestra principalmente por un aumento del tono muscular (hipertonia), debido a un reflejo de estiramiento hiperactivo, lo que significa que se produce un exceso de contracción muscular (11). En este estudio se vio que tanto la espasticidad como la demencia avanzada afectan significativamente a la prevalencia de UPP en pacientes ancianos postrados en cama. Aunque la espasticidad se encontró como el factor de riesgo más importante para la aparición de UPP, la demencia tuvo un efecto significativo en la prevalencia de UPP y espasticidad, de forma independiente. Por lo tanto, la demencia avanzada lleva al desarrollo de espasticidad y esta, indirectamente, aumenta el riesgo de desarrollar una UPP. Este hallazgo es clínicamente importante, ya que dirige la atención de los sanitarios a reconocer el inicio de la espasticidad, o los cambios en el comportamiento demente de los pacientes postrados en cama, y podría conducir a la implementación de terapias preventivas tempranas, (antes de las etapas avanzadas de demencia) para evitar o retrasar la aparición de UPP (11).

Otro estudio, realizado por el mismo autor (9), demostró que las tasas anormales de agregación de fibroblastos en la piel se pueden considerar como un nuevo biomarcador periférico que claramente discrimina a los pacientes con demencia de los sanos. La alta densidad de células de fibroblastos en pacientes sanos hace que aumente la interacción célula-célula y por lo tanto acelera la cicatrización de la piel, a diferencia de la densidad celular anormal en pacientes con demencia, donde se retrasa la cicatrización o podría llevar al desarrollo de nuevas lesiones.

Tras la revisión, se encontró que varios estudios afirman que existe una clara relación entre la prevalencia de UPP y la demencia avanzada (11, 17, 18, 19), además, se encontró que el tiempo medio de supervivencia en personas con una UPP es significativamente más corto cuando los pacientes presentan una demencia que cuando no la presentan. En un artículo se vio que, en aquellos pacientes que tenían LPP, la diferencia era de 63 días en pacientes con demencia y 117 días en pacientes sin demencia (20). En otro estudio la

supervivencia fue de 96 días en pacientes con demencia frente a 863 en pacientes que no tenían dicha enfermedad (21), por este motivo refieren, que las UPP debería constar en los registros dentro de los factores de riesgo de mortalidad y deben ser consideradas en el marco clínico y ético. La diferencia significativa en el tiempo de supervivencia podría facilitar los enfoques de tratamiento para reducir o retrasar la comorbilidad de las UPP (20,21). Según Jaul et al (21), sería más éticamente correcto que los pacientes con UPP y demencia avanzada tuvieran preferencia de tratamiento, ya que requieren cuidados paliativos. Al contrario que, en pacientes con demencia avanzada sin UPP, donde el inicio de tratamientos curativos es clínicamente más razonable, pues es probable que el tiempo de supervivencia sea más prolongado (21). Por ello, es importante que los estudios clínicos futuros se centren en estrategias de tratamiento preventivo longitudinal, como la evaluación de los factores de riesgo patológicos que se sabe que contribuyen a la aparición de UPP en etapas anteriores de la demencia (21). Por ejemplo, la intervención temprana con dispositivos de alivio de presión como los colchones dinámicos, la detección temprana del deterioro cognitivo en pacientes con demencia.

Para algunos autores, las UPP son parte del curso clínico de la demencia avanzada y por tanto son inevitables (21, 21), sin embargo, hoy en día sabemos que las UPP son evitables en su gran mayoría (como mínimo el 95%). Que un paciente tenga demencia implicaría que tiene un mayor riesgo de desarrollo de LPP, pero no que las deba tener (22), Así la implementación de terapias preventivas tempranas y adecuadas para evitar o retrasar la aparición de UPP, ayudaría a mejorar tanto a la morbilidad como a la mortalidad de esos pacientes, así como su calidad de vida. Además, está demostrado que los pacientes con demencia tienen tasas más altas de complicaciones prevenibles, entre las que se encuentran las UPP. Estas complicaciones se han asociado con aspectos de enfermería, sobre todo con el personal y las medidas de carga de trabajo, como el agotamiento y la presión. Por tanto, modificar el entorno de trabajo puede reducir o prevenir estas complicaciones (22).

Todos los estudios que revisados se centran en UPP o LPP, sin embargo, dentro del concepto de LCRD existen otras lesiones que también podrían relacionarse con la demencia, como, por ejemplo, los desgarros cutáneos o las lesiones por humedad debido a la incontinencia, pero no se han localizado artículos que traten estas relaciones. La falta de documentación de este tipo de lesiones en los registros sanitarios puede deberse a que este concepto de LCRD es nuevo. Sin embargo, es necesario para la evaluación integral

que existan guías que expliquen las estrategias y prevención que se deben implementar (16). Si bien existen pautas sobre el manejo de heridas basado en la evidencia y existe evidencia para apoyar la necesidad de investigación sobre diferentes tipos de heridas, ninguna de estas pautas aborda problemas asociados a la demencia o el deterioro cognitivo, además, se sabe que los pacientes con demencia y sin demencia tienen un perfil distinto en cuanto a su salud, y por tanto tienen diferentes necesidades de atención y tratamiento (19).

## 5. CONCLUSIONES

Se ha establecido que existe una relación entre demencia y UPP, aunque esta relación se debería seguir investigando para establecer, claramente, la cadena causal. Conocer si realmente hay un mecanismo patofisiológico común o si se debe al deterioro de la persona que afecta a su movilidad, espasticidad, etc., debe seguir investigándose.

Sin embargo, hay un déficit de literatura que relacione las LRCD con la demencia. Se necesitan estudios de investigación significativos para informar a las guías futuras sobre la prevención y el tratamiento de heridas específicas de la demencia, también se necesita investigación para identificar barreras y facilitadores para mantener la integridad de la piel con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con demencia.

Así pues:

- Se ha visto que las UPP en personas con demencia impactan negativamente en la supervivencia del paciente
- Algunos artículos consideran a las UPP como parte del curso clínico de la demencia, lo que impacta directamente en la importancia que se le da al problema y que ayuda a su invisibilidad.
- Como se sabe, la mayoría de las UPP se pueden prevenir, por lo que implementar terapias preventivas tempranas y adecuadas ayudarían a evitar o retrasar la aparición de estas UPP y por tanto la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes.

## 6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN.

- Aquellos profesionales que trabajen con población anciana que presenta demencia avanzada deberían tener en cuenta que estos pacientes tienen mayor riesgo de LPP y su morbilidad y mortalidad se verá afectada.
- Aquellos pacientes que presentan espasticidad tienen mayor riesgo de LCRD, seguramente LPP y/o por fricción.
- Se recomienda que se aumente la investigación para establecer las relaciones entre la demencia avanzada y las LCRD.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- (1) Lima Serrano M, González Méndez MI, Carrasco Cebollero FM, Lima Rodríguez JS. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. Medicina intensiva. 2017; 41(6): 327-390. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-factores-riesgo-asociados-al-desarrolloarticulo-S021056911630188>
- (2) García Fernández F, Soldevilla Ágreda JJ, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, Pancorbo Hidalgo PL, et al. Clasificacion-categorizacion de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II 3<sup>a</sup> Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2021.
- (3) Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda 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
- (4) 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. 2017;30(3):134-41
- (5) Soldevilla Agreda JJ, García Fernandez FP, Rodriguez Palma M, Torra I Bou, J. E, Pancorbo Hidalgo PL. Prevalencia de lesiones cutáneas y otras lesiones

cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España en 2017. Gerokomos. 2017.

- (6) Paniagua Asensio ML. LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: PREVENCIÓN, CLASIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN. 2020:117.
- (7) García-Fernández FP, 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 Jan;46(1):28-38. doi: 10.1111/jnu.12051. Epub 2013 Oct 11. PMID: 24118691.
- (8) Marín Carmona JM. Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 2009; 44:9-14.
- (9) Jaul, Efraim; Meiron, Oded. Dementia and Pressure Ulcers: Is There a Close Pathophysiological Interrelation? *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017; 56(3), 861–866. doi:10.3233/JAD-161134
- (10) Jaul E (2014) Cohort study of atypical pressure ulcers development. *Int Wound J* 11, 696-700. 412.
- (11) Jaul E, Factor H, Karni S, Schiffmiller T, Meiron O. Spasticity and dementia increase the risk of pressure ulcers. *Int Wound J*. 2019;16:847–851. <https://doi.org/10.1111/iwj.13110>
- (12) Whittemore R, Knafl K. La revisión integradora: metodología actualizada *J Adv Nursing* 2005, 52(5): 546-53
- (13) The Equator Network, UoO. Enhancing the Quality and Transparency Of health Research. Disponible en: <http://www.equator-network.org>
- (14) von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotzsche PC, Vandebroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies.
- (15) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews

- (16) Parker CN, Finlayson KJ, Edwards HE, MacAndrew M. Exploring the prevalence and management of wounds for people with dementia in long-term care. *Int Wound J.* 2020; 17:650–659. <https://doi.org/10.1111/iwj.13325>
- (17) Jaul E, Calderon-Margalit R. Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. *Int Wound J* 2015; 12:254–259
- (18) Giovanni Gambassi, Francesco Landi, Kate L Lapane, Antonio Sgadari, Vincent Mor, Roberto Bernabei. Predictors of mortality in patients with Alzheimer's disease living in nursing homes. 1999; 67:59–65). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1736445/>
- (19) Jay Magaziner, PhD, Sheryl Zimmerman, PhD,z Ann L. Gruber-Baldini, PhD et al. Mortality and Adverse Health Events in Newly Admitted Nursing Home Residents with and without Dementia. 2005; DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53551.x
- (20) Jaul, E.; Rosenzweig, J.P.; Meiron, O. Survival rate and pressure ulcer prevalence in patients with and without dementia: a retrospective study. 2017; *Journal of Wound Care*, 26(7), 400–403. doi:10.12968/jowc.2017.26.7.400
- (21) Efraim Jaul, Oded Meiron & Jacob Menczel (2016) The Effect of Pressure Ulcers on the Survival in Patients With Advanced Dementia and Comorbidities, *Experimental Aging Research*, 42:4, 382-389, DOI: 10.1080/0361073X.2016.1191863
- (22) Bail K, Berry H, Greasham L, et al. Potentially preventable complications of urinary tract infections, pressure areas, pneumonia, and delirium in hospitalised dementia patients: retrospective cohort study. *BMJ Open* 2013;3:e002770. doi:10.1136/bmjopen-2013-002770.