

# Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006

*Editores:*

*J. Javier Soldevilla Agreda, Joan-Enric Torra i Bou y José Verdú Soriano.*



---

# Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006.

---

Editado por:



GRUPO NACIONAL PARA EL  
ESTUDIO Y ASESORAMIENTO  
EN ÚLCERAS POR PRESIÓN  
Y HERIDAS CRÓNICAS

Con la colaboración de:





---

# Índice

---

## **Prólogo:**

Alberto Infante Campos. Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. .... 5

## **Capítulo 1**

2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes ..... 7

## **Capítulo 2**

Una aproximación al coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España ..... 33

## **Capítulo 3**

Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión..... 65



## Prólogo

En España, las úlceras por presión constituyen todavía una complicación frecuente en los pacientes inmovilizados tanto en su domicilio o cuando están ingresados en un centro asistencial. Entre 57.000 y 100.000 personas son atendidas diariamente por padecer una úlcera por presión. La mayoría de ellos tienen más de 65 años y el 71% supera los 75.

Este hecho tiene un impacto muy negativo sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Se trata de una situación que afecta seriamente la autoestima de quienes las padecen y de las familias. Las úlceras por presión prolongan la estancia hospitalaria y son responsables de importantes costes sociales y sanitarios.

En éste, como en muchos otros ámbitos de la salud, la actuación de la enfermería es esencial. Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con cuidados de enfermería adecuados, en particular mediante la aplicación de una lista de comprobación para la identificación de pacientes y un protocolo específico de actuación.

En el año 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinador del Sistema Nacional de Salud y con el fin de asegurar una atención sanitaria de calidad y centrada en el paciente, presentó el PLAN DE CALIDAD DEL SNS que consta de 12 Estrategias, 41 objetivos y 184 proyectos de acción.

La estrategia 8 del Plan ("Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud") y dentro del objetivo 8.3 ("Implantar a través de convenios con las comunidades autónomas proyectos que impulsen y evalúe prácticas seguras en 8 áreas específicas") incluye "prevenir las úlceras por presión en pacientes de riesgo".

La aplicación de esta estrategia se ha articulado mediante convenios específicos entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas. En todos ellos, el prevenir las úlceras por presión se incluyó como un indicador básico de la calidad de la atención.

En ese contexto, destaca el trabajo realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), que desde hace tiempo viene abordando el problema de salud pública que supone las úlceras por presión, sea en el ámbito hospitalario o en los centros socio-sanitarios y los domicilios.

Esperamos que este segundo Estudio Nacional de prevalencia de las úlceras por presión sirva para aumentar el compromiso entre las administraciones sanitarias y profesionales para eliminarlas. De este modo estaremos contribuyendo de una forma concreta a hacer efectivo el derecho de todos los ciudadanos a recibir una atención sanitaria segura.

En el Ministerio de sanidad y Consumo estamos convencidos de que los profesionales de enfermería que, como el resto de los profesionales sanitarios se adhirieron al compromiso por la seguridad de los pacientes, pondrán, como es habitual en este colectivo, todo su buen hacer científico, humano y profesional en este empeño común.

**Alberto Infante Campos**  
*Director General de la Agencia de Calidad  
del Sistema Nacional de Salud*





---

## 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes

---

**J. Javier Soldevilla Agreda**, Enfermero, Hospital de la Rioja. Profesor de E. Geriátrica. Escuela U. Enfermería Logroño. Director GNEAUPP

**Joan-Enric Torra i Bou**, Enfermero, Clinical Manager Smith&Nephew. Div. Curación Heridas. Exsubdirector GNEAUPP

**José Verdú Soriano**, Enfermero, Profesor Titular. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Miembro Comité Director GNEAUPP.

**Fernando Martínez Cuervo**, Enfermero, Residencia mixta de Tercera Edad de Gijón, ERA, Asturias. Miembro Comité Director GNEAUPP.

**Pablo López Casanova**, Enfermero, Coordinador Unidad Interdisciplinaria de Heridas Crónicas. Departamento de Salud 20. Agencia Valenciana de Salud.

**Justo Rueda López**, Enfermero, CAP Terrassa Nord, miembro de la Unidad Interdisciplinaria de Heridas Crónicas del Consorci Sanitari de Terrassa. Miembro Comité Director GNEAUPP.

**J. Manuel Mayán Santos**, Médico, Catedrático de Enfermería Geriátrica. Universidad de Santiago de Compostela.

### **Correspondencia**

J. Javier Soldevilla Agreda

Pza. Tomás y Valiente 4-bajo

26004- Logroño (La Rioja)

Tlf. 941-239240 – e.mail: jsoldevilla@gneaupp.org

*Trabajo realizado gracias a una beca de investigación de la División de Curación de Heridas de Smith & Nephew S.A.*

## Resumen

Desde el año 1999 el GNEAUPP, consideró de vital interés para rescatar y mantener el valor real del problema de las úlceras por presión (upp), la constitución de un observatorio permanente de la evolución epidemiológica de estos procesos, cuyo siguiente paso, ha sido el desarrollo de este 2º Estudio Nacional de Prevalencia que presentamos.

Se definieron como objetivos de la investigación obtener indicadores epidemiológicos que permitiesen dimensionar el problema de las upp en España, así como algunos aspectos relacionados con las tendencias de prevención de las mismas en instituciones de atención primaria, atención hospitalaria y asistencia sociosanitaria.

Elaboramos un cuestionario postal para estimar la prevalencia puntual y media de upp a partir de una muestra no aleatoria. En estos cuestionarios se solicitaba a los profesionales de atención primaria que informasen acerca de su lista de usuarios mayores de 14 años (Unidades básicas asistenciales de Medicina General) y a los profesionales de unidades de hospitalización o de centros sociosanitarios que informasen acerca de los pacientes de sus respectivas unidades. Se definió la prevalencia como "prevalencia puntual" (información en un solo momento del tiempo). Se calculó la prevalencia cruda (PC) y media (PM). Los cuestionarios contenían preguntas para obtener datos sobre los pacientes con upp (numerador del indicador), sobre el total de pacientes de esa unidad a estudio (denominador del indicador) sobre las lesiones mismas, así como información de las tendencias de prevención de upp en las instituciones de los receptores de los cuestionarios. Se reportaron 1.791 pacientes con upp (39% en hospital, 27% en atención primaria y 34% en centros sociosanitarios). En atención primaria la PC fue de 3,73% y la PM de 9,11%  $\pm$ 10,9% para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria, en las unidades de hospital, la PC fue de 8,24% y la PM de 8,91%  $\pm$ 12,20% y en los centros sociosanitarios, la PC fue de 6,10% y la PM de 10,9%  $\pm$ 11,9%. En todos los niveles asistenciales, el grupo de población mayoritariamente afecto era el de los mayores de 65 años (84,7 %). Los cuestionarios recibidos proporcionaron información sobre 2.837 lesiones: 23,2% de estadio I, 37,5% de estadio II, 27,0% de estadio III, 11,8% de estadio IV y un 0,5% sin estadiar. La localización más frecuente fue el sacro seguido de los talones, en todos los niveles asistenciales.

Puede concluirse que las upp siguen constituyendo, todavía, un importante problema de salud pública que afecta de manera primordial a personas mayores.

## Palabras Clave

Úlceras por presión. Epidemiología. Prevalencia. España

## 1. Introducción

Aun partiendo de una abundante información sobre las úlceras por presión (upp) en la literatura, hasta hace apenas unos años, en nuestro país no hemos podido disponer de una valoración epidemiológica sobre estas lesiones que trascendieran de realidades locales concretas [1] y, los estudios existentes partían de enfoques metodológicos muy heterogéneos que dificultaban su comparación. Esta ausencia de datos categóricos nos invitaba a utilizar los de otros países para trazar su dimensión hasta que en el año 1999, desde el seno del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) se realizó el primer estudio suprainstitucional en el ámbito de toda una Comunidad Autónoma [2] y tras de este rodaje, un asalto a todo el territorio nacional con la realización del 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión [3] datado en el año 2001.

Ambos trabajos supusieron un ensayo formal del tipo de estudios a reproducir en el tiempo y una rúbrica a la trascendencia del problema, solo por el número de afectados, habilitándonos para hablar a partir de esa fecha de un Problema de Salud Pública, aún más, de un problema epidémico, por cumplir los requisitos exigibles para estas menciones.

Desde el año 1999 el GNEAUPP, consideró de vital interés para rescatar y mantener el valor real del problema la constitución de un observatorio permanente de la evolución epidemiológica de estos procesos, cuyo siguiente paso, ha sido el desarrollo de este 2º Estudio Nacional de Prevalencia que presentamos.

El conocimiento y ulterior difusión de los datos epidemiológicos relacionados con las upp entendemos que es una herramienta básica además de para la adecuación de su impacto, para la ruptura con un pasado tildado de proceso inevitable y secundario pero especialmente banal, como piedra angular para el diseño de políticas sanitarias orientadas a su prevención y adecuada atención.

En sintonía con esa necesidad de calibrar y sostener estudios epidemiológicos y como claro valor añadido, hemos asistido por primera vez en la historia del Sistema Nacional de la Salud de nuestro país a la presentación dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud [4], hecho público el pasado mes de Marzo, prácticamente al cierre de este manuscrito, pendiendo del principio de Fomento de la Excelencia el enunciado de una estrategia tendente a “mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud”, y en concordancia con estrategias y recomendaciones de distintos organismos internacionales y con el objetivo de disminuir los efectos adversos secundarios a la atención prestada, por su elevada morbimortalidad y repercusiones económicas y sociales se alientan proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas entre las que se incluyen la prevención de upp en pacientes en riesgo.

Por primera vez en un Plan de Calidad de carácter nacional, las upp se hacen evidentes como un Problema de Salud, y debutan de la mano de una sonora amenaza: la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios.

Transcurridos cuatro años desde el anterior estudio epidemiológico en España que permitió estimar [5,6] que más de sesenta mil personas padecían upp a diario, unido a los de cálculo del coste generado [5,6], de mortalidad relacionada con las upp [7,8,9,10,11,12], del análisis de las repercusiones legales asociadas [1], generados en nuestro contexto en los últimos años, y este 2º Estudio nacional que esperamos dibuje una población afectada consonantes con los anteriores, creemos firmemente que se abrirá, de una vez por todas, la puerta al reconocimiento de la existencia de estas lesiones y especialmente a intervenciones preventivas de gran alcance y abordajes terapéuticos ajustados a la modernidad y lo que las evidencias científicas dictan.

Aunque diferentes estudios [1,13,14] sitúan la incidencia como mejor indicador epidemiológico que la prevalencia, se eligió el cálculo de la prevalencia de upp por la imposibilidad material de poder realizar un estudio de incidencia a gran escala, lo que por otra parte nos permite valorar la evolución cronológica de las variables estudiadas en el primer estudio nacional.

Se definieron como objetivos de la investigación obtener indicadores epidemiológicos que permitiesen dimensionar el problema de las upp en España, así como algunos aspectos relacionados con las tendencias de prevención de las mismas en instituciones de atención primaria, de atención hospitalaria y de atención sociosanitaria.

## 2. Pacientes, material y métodos

A raíz de la experiencia generada en los estudios epidemiológicos previos del GNEAUPP se elaboró un cuestionario postal cuyo diseño fue validado por parte de un grupo de miembros del GNEAUPP, para estimar la prevalencia puntual y media de upp a partir de una muestra no aleatoria.

En mayo de 2005 se remitieron por correo un total de 2.500 cuestionarios entre todos los miembros del GNEAUPP. Cada cuestionario iba acompañado de un sobre respuesta con franqueo previo. Otros 2.500 cuestionarios fueron repartidos por los delegados de la red comercial de la División de Cuidado de Heridas de Smith&Nephew España.

En estos cuestionarios se solicitaba a los profesionales de atención primaria que informasen acerca de su lista de usuarios mayores de 14 años (Unidades básicas asistenciales de Medicina General) y a los profesionales de unidades de hospitalización o de centros sociosanitarios que informasen acerca de los pacientes de sus respectivas unidades.

Para el cálculo de la epidemiología de las upp se utilizaron las directrices de clasificación [15] e indicadores epidemiológicos [16] del GNEAUPP.

Definimos la prevalencia como “prevalencia puntual” porque se obtiene información solo en un momento del tiempo, cuando los participantes rellenan el cuestionario y, además, la fecha límite para recibir todos los cuestionarios se estableció en 2 meses. Se calculó la prevalencia puntual en dos sentidos y para cada nivel asistencial, como sigue:

- Prevalencia Cruda (PC) = (Todos los pacientes con upp / total de pacientes estudiados en cada nivel) x 100

- Prevalencia media (PM) = se calcula la prevalencia en cada unidad de análisis de cada cuestionario y posteriormente se calcula la media estadística  $\pm$  la desviación estándar (DE). En otras palabras:

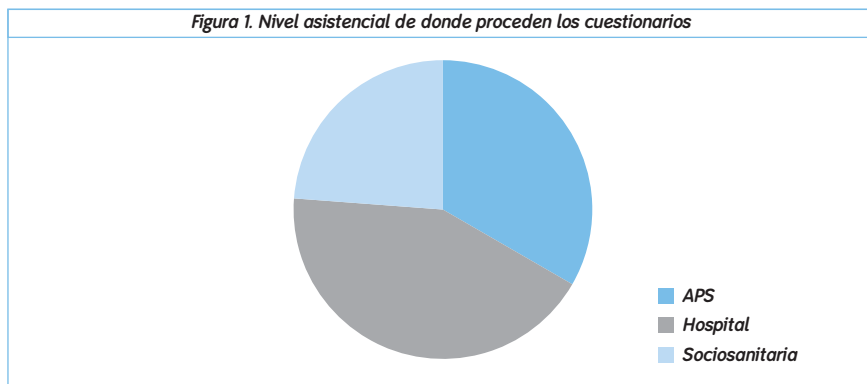
$$PM = (PM1 + PM2 + \dots + PMn / \text{Número total de unidades en cada nivel}) \pm DE$$

Los cuestionarios contenían preguntas para obtener datos sobre los pacientes con upp (numerador del indicador), sobre el total de pacientes de esa unidad a estudio (denominador del indicador) sobre las lesiones mismas, así como información de las tendencias de prevención de upp en las instituciones de los receptores de los cuestionarios.

La información de los cuestionarios fue introducida en una base de datos y analizada mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 por parte del Departamento Clínico de la División de Cuidado de Heridas de Smith & Nephew en colaboración con el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante y la secretaría científica del GNEAUPP.

### 3. Resultados

Dentro del plazo establecido se recibieron un total de 662 cuestionarios, de los que 293 (44,2%) provenían de unidades hospitalarias, 213 (32,2%) de realidades de atención primaria y 156 (23,6%) de unidades de centros sociosanitarios (figura 1). Estos cuestionarios representan una muestra estudiada de aproximadamente 723.041 personas.



En la tabla 1 se describe la procedencia geográfica de los cuestionarios según Comunidad Autónoma.

**Tabla 1. Procedencia de cuestionarios (todos) según Comunidad Autónoma**

	Nº de cuestionarios	Porcentaje sobre el total primaria	Cuestionarios de atención y % dentro del grupo	Cuestionarios de hospitales y % dentro del grupo	Cuestionarios de atención socio-sanitaria y % dentro del grupo
Cataluña	193	29,2	59 (26,9%)	79 (27%)	58 (37,4%)
Andalucía	120	18,1	58 (26,5%)	50 (17,1%)	13 (8,4%)
País Vasco	53	8,0	0 (0,0%)	47 (16,1%)	6 (3,9%)
País Valenciano	52	7,9	23 (10,5%)	16 (5,5%)	14 (9,0%)
Cantabria	38	5,7	2 (0,9%)	34 (11,6%)	2 (1,3%)
Galicia	34	5,1	9 (4,1%)	21 (7,2%)	4 (2,6%)
Madrid	34	5,1	3 (1,4%)	17 (5,8%)	14 (9%)
Castilla-León	29	4,4	15 (6,8%)	3 (1,0%)	12 (7,7%)
Navarra	23	3,5	17 (7,8%)	4 (1,4%)	2 (1,3%)
Aragón	18	2,7	3 (1,4%)	5 (1,7%)	10 (6,5%)
Asturias	16	2,4	1 (0,5%)	3 (1,0%)	12 (7,7%)
Canarias	15	2,3	8 (3,7%)	5 (1,7%)	2 (1,3%)
Castilla la Mancha	12	1,8	5 (2,3%)	1 (0,3%)	6 (3,9%)
La Rioja	11	1,7	5 (2,3%)	6 (2,0%)	0 (0,0%)
Extremadura	5	0,8	5 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Murcia	5	0,8	5 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Baleares	2	0,3	1 (0,5%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)
No consta	2	0,3	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,6%)

Los profesionales que respondieron a los cuestionarios informaron acerca de 1.791 pacientes con upp. 698 de los pacientes procedían de cuestionarios de hospitales (39% del total de pacientes), 483 (27%) de centros de atención primaria y los 610 restantes (34%) de centros sociosanitarios. De estos, 1.517 (84,7%) son pacientes con upp mayores de 65 años de los que 422 (27,8%) son de centros de atención primaria, 537 (35,4%) de hospitales y 558 (36,8%) de centros sociosanitarios.

Se reportó información acerca de un total de 2.837 lesiones, 782 upp en atención primaria (un 27,6% del total), 1.134 upp en hospitales (un 40%) y 921 en atención sociosanitaria (un 32,5%).

### 3.1 Prevalencia de upp en Atención primaria de Salud

En el caso de la atención primaria se analizan 219 cuestionarios procedentes de 16 comunidades autónomas, los cuales aportan información relativa a 704.572 personas mayores de 14 años atendidas desde centros de salud (un 1,86% de los mayores de 14 años según la estadística de población de las provincias y CCAA de España a 1 de Enero de 2005<sup>2</sup>). En la tabla 1 se presenta la información relativa a la población estudiada según Comunidad Autónoma.

De los 704.572 usuarios mayores de 14 años estudiados, 147.614 son mayores de 65 años (un 20,95% de los usuarios mayores de 14 años estudiados) y 12.937 recibían atención domiciliaria (1,83% de los usuarios mayores de 14 años estudiados).

616 pacientes presentaban upp. Por tanto, podemos estimar una prevalencia cruda según sigue:

- PC en pacientes mayores de 14 años:  
o  $PC = (483 / 704.572) \times 100 = 0,07\%$  (IC95 = [0,06-0,08])
- PC en pacientes mayores de 65 años:  
o  $PC = (483 / 147.614) \times 100 = 0,33\%$  (IC95 = [0,30-0,36])
- PC en atención domiciliaria:  
o  $PC = (483 / 12.937) \times 100 = 3,73\%$  (IC95 = [3,42-4,07])

En la tabla 2 se presentan los resultados de prevalencia media (PM) en atención primaria según grupos/tipos de población.

<i>Tabla 2. Prevalencia media en atención primaria según grupos/tipos de población</i>			
	PM ±DE	IC 95	Mínimo-máximo
Población mayor de 14 años	0,2 ±0,5	0,1 - 0,2	0 - 6,67
Población mayor o igual a 65 años	0,7 ±0,9	0,6 - 0,8	0 - 7,6
Población incluida en programa de AT DOM	9,11 ±10,9	7,6 - 10,6	0 - 100,0*

\* En un caso en el que sólo había un paciente en AT DOM y este presentaba upp)

<sup>2</sup> Fuente: Revisión del Padrón municipal 2005. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población por edad (grupos quinquenales) y sexo. Instituto Nacional de Estadística. [www.ine.es/inebase/cgi/axi](http://www.ine.es/inebase/cgi/axi) (consultado el 27-06-2006)

En la tabla 3 se describen las cifras de prevalencia de acuerdo con la tipología de los centros de salud.

**Tabla 3. Prevalencia media de upp en atención primaria por tipos de centro**

	Urbanos	Mixtos	Rurales:
	N: 91 listas 410.261 usuarios mayores de 14 años, 82.371 mayores de 65 años 8.667 incluidos en AT DOM	N: 75 listas 197.556 usuarios mayores de 14 años 38.002 mayores de 65 años 2.529 incluidos en AT DOM	N: 47 listas 96.745 usuarios mayores de 14 años 27.241 mayores de 65 años 1.741 incluidos en AT DOM
PM en usuarios	7,86 ± 11,8	10,42 ± 9,59	9,36 ± 11,02
AT DOM	IC <sub>95</sub> : 5,38 - 10, 34	IC <sub>95</sub> : 8,2 - 12,6	IC <sub>95</sub> : 6,12 - 12,6

Se dispone de información ampliada de 483 pacientes de atención primaria con upp de los que 310 (64,2 %) son mujeres, 172 (35,6%) son hombres y en 1 caso (0,2%) no consta el sexo. En la tabla 4 se resume la información relativa a la edad media, número de upp por paciente y distribución por intervalos de edad en los pacientes de atención primaria con upp.

**Tabla 4. Edad media y número de upp por paciente en pacientes de atención primaria**

Edad*	Media ±DE	IC <sub>95</sub>	Mínimo	Máximo
Ambos sexos	79,8 ±12,3	78,7 - 80,9	7	103
Mujeres	81,5 ±10,5	80,3 - 82,7	8	103
Hombres	76,5 ±14,5	74,3 - 78,8	7	99
<b>Numero de UPP por paciente**</b>				
Ambos sexos	1,6 ±1,1	1,5 - 1,7	1	8
Mujeres	1,6 ±1,0	1,5 - 1,7	1	8
Hombres	1,7 ±1,2	1,5 - 1,9	1	8

Significación estadística: \*p ≤0,001. \*\*N.S.

Por grupos de edad, los pacientes portadores de upp se distribuyen de la siguiente manera: 10 pacientes (un 2,1% del total) corresponden al grupo de edad de 0 a 45 años, 31 (un 6,4%) al grupo de 46 a 64 años y 422 (87,4%) tienen una edad igual o superior a 65 años. En 20 casos (4,1%) no consta la edad del paciente.

En cuanto a la gravedad de las lesiones, en la tabla 5 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad que presentan los pacientes portadores de upp en atención primaria.



**Tabla 5. Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad)**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,6%	0,0%	1,0%
Estadio I	14,9%	12,8%	16,1%
Estadio II	34,2%	37,8%	32,3%
Estadio III	36,6%	39,0%	35,2%
Estadio IV	13,7%	10,5%	15,5%

**Tabla 6. Incontinencia en los pacientes con UPP atendidos desde atención primaria**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No	22,4%	26,7%	20,0%
Urinaria	14,7%	14,5%	14,8%
Fecal	1,9%	0,0%	2,9%
Mixta	56,5%	52,9%	58,7%
No consta	4,6%	5,8%	3,5%

Respecto a la incontinencia, como factor de riesgo de desarrollo de upp, en la tabla 6 se presenta información relativa a la presencia de incontinencia en los pacientes con upp, atendidos en atención primaria.

### 3.2 Prevalencia de upp en Hospitales

En el caso de los profesionales que trabajan en hospitales se analizan 293 cuestionarios procedentes de 30 provincias y 15 comunidades autónomas.

Los 293 cuestionarios recibidos de unidades de hospital retratan un total de 9.194 camas de agudos, un 6,61% de las 128.082 camas de hospitalización de agudos en España, según datos de propia elaboración<sup>3</sup> a partir de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2003 (actualizado a 31/XII/2003)<sup>4</sup>. En el momento del estudio estaban ocupadas por 8.475 pacientes (92,17% de ocupación). En la tabla 1 se presenta la información relativa a la población hospitalaria estudiada según Comunidad Autónoma.

120 unidades (41,0% del total) eran de tipo médico, 49 (16,7%) unidades de cuidados intensivos o de reanimación (43 de adultos y 6 pediátricas), 47 unidades (16,0%) eran mixtas (con pacientes médicos y quirúrgicos), 40 unidades (13,7%) fueron consideradas como de especialidades quirúrgicas, 29 (9,9%) como de unidades quirúrgicas generales, 3 (1%) unidades de hospitalización a domicilio y unidades de lesionados medulares y las dos restantes (0,7%) unidades pediátricas. 285 de las unidades (un 97,3%) con 8.425 pacientes atendían a usuarios adultos y 8 unidades (2,7%) con un total de 50 pacientes ingresados atendían a población pediátrica.

En relación con la complejidad de los centros hospitalarios, 135 unidades con 4.067 pacientes correspondían a hospitales generales, 108 unidades con 3.095 pacientes a hospitales de alta complejidad, 48 unidades con 1.337 a hospitales comarcales y 2 unidades con 10 pacientes a centros monográficos.

<sup>3</sup> Se han restado del total de camas de los establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2003, las camas correspondientes a centros psiquiátricos y de larga estancia.

<sup>4</sup> Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2003. 10/Mayo/2006. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, [www.msc.es/edtaEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/home.htm](http://www.msc.es/edtaEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/home.htm) (consultado el 27-06-2006)

Teniendo en cuenta que las unidades de hospital reportaron un total de 698 pacientes con upp, la prevalencia en las unidades hospitalarias se determinó como sigue:

- PC en hospitales:

$$\text{o PC} = (698 / 8.475) \times 100 = 8,24\% \text{ (IC}_{95} = [7,67-8,85])$$

- La prevalencia media (PM) de upp según los datos reportados por las 293 unidades de enfermería hospitalarias es de 8,91  $\pm$ 12,20 (IC<sub>95</sub>: [7,5 - 10,3]), con un valor mínimo del 0,0% y un valor máximo del 100,0%.

En la tabla 7 se resumen datos relativos a la prevalencia media de upp en unidades hospitalarias según tipología. En la tabla 8 se compara la prevalencia media de unidades hospitalarias según la complejidad de los centros y el tipo de unidad.

En relación con las unidades que reportan una prevalencia de 0,0%, encontramos a 30 unidades médicas (un 25% de las unidades médicas), 14 unidades quirúrgicas generales (un 48,3% de las unidades quirúrgicas generales), 13 unidades quirúrgicas de especialidades (un 32,5% de las unidades quirúrgicas de especialidades), 21 unidades mixtas (un 44,7% de las unidades mixtas) y 13 unidades de cuidados intensivos (un 26,5% de las UCI).

**Tabla 7. Prevalencia de upp en hospitales según tipo de unidad y de hospital.**

Tipo de unidad	Media $\pm$ DE	IC <sub>95</sub>	Mínimo	Máximo
Médica	8,23 $\pm$ 8,84	6,63 - 9,82	0	44,44
Quirúrgica general	3,00 $\pm$ 3,68	1,60 - 4,40	0	13,33
Quirúrgica especialidades	5,32 $\pm$ 5,73	3,48 - 7,15	0	20,83
Mixta	3,48 $\pm$ 4,18	2,25 - 4,71	0	20,00
Cuidados Intensivos	22,07 $\pm$ 20,36	16,22 - 27,92	0	100,00
<b>Tipo de población</b>				
Cuidados intensivos adultos	22,67 $\pm$ 20,29	16,43 - 28,92	0	100,00
Cuidados intensivos pediátricos	17,77 $\pm$ 22,27	5,61 - 41,15	0	50,00
<b>Tipo de hospital</b>				
Alta complejidad	7,94 $\pm$ 11,37	5,77-10,11	0	60,00
General	9,36 $\pm$ 13,11	7,13 - 11,59	0	100,00
Comarcal	9,35 $\pm$ 11,53	6,01 - 12,7	0	60,00

**Tabla 8. Prevalencia según el tipo de unidad hospitalaria y la complejidad de los centros.**

Tipo de unidad	Alta complejidad	General	Comarcal
	N: Media $\pm$ DE	N: Media $\pm$ DE	N: Media $\pm$ DE
Médica	N: 44 6,33 $\pm$ 6,42	N: 49 9,28 $\pm$ 10,73	N: 26 8,99 $\pm$ 8,08
Quirúrgica general	N: 5 2,14 $\pm$ 3,02	N: 16 2,17 $\pm$ 2,62	N: 8 5,19 $\pm$ 5,17
Quirúrgica especialidades	N: 15 5,32 $\pm$ 5,73	N: 19 6,96 $\pm$ 6,99	N: 6 3,89 $\pm$ 3,37
Mixta	N: 21 3,12 $\pm$ 2,88	N: 24 3,94 $\pm$ 5,18	N: 2 1,72 $\pm$ 2,43
Cuidados Intensivos	N: 19 22,67 $\pm$ 18,78	N: 23 21,05 $\pm$ 22,29	N: 6 24,48 $\pm$ 22,6

A partir de los cuestionarios, se dispone de información acerca de 698 pacientes hospitalarios con upp, de los que 350 (50,1%) son mujeres, 346 (49,6%) hombres y en 2 casos (0,3%) no consta el sexo. En la tabla 9 se presenta información relativa a los pacientes hospitalarios con upp.

Edad	Media $\pm$ DE	IC <sub>95</sub>	Mínimo	Máximo
Ambos sexos	72,5 $\pm$ 17,03 (ds) años	(71,2; 73,8)	1	97
Mujeres	75,2 $\pm$ 15,1 (ds) años	(73,6; 76,8)	1	96
Hombres	69,7 $\pm$ 18,4 (ds) años	(67,8; 71,7)	1	97
Significación diferencia	P<0,001			
<b>Numero de UPP por paciente</b>				
Ambos sexos	1,7 $\pm$ 1,1 (ds) UPP	(1,6; 1,7)	1	13
Mujeres	1,6 $\pm$ 1,1 (ds) UPP	(1,5; 1,7)	1	13
Hombres	1,7 $\pm$ 1 (ds) UPP	(1,6; 1,8)	1	6
Significación diferencia	P:0,363			

Si analizamos la edad de los pacientes hospitalarios portadores de UPP por grupos de edad: 51 pacientes (un 7% del total) corresponden al grupo de edad de 0 a 45 años, 103 (un 14,1%) al grupo de 46 a 64 años y 537 (73,3%) tienen una edad igual o superior a 65 años. En 7 casos (1%) no consta la edad del paciente.

En la tabla 10 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad y en la tabla 11 se presenta información relativa a la presencia de incontinencia en los pacientes con upp en atención hospitalaria.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,1%	0,3%	0,0%
Estadio I	27,4%	25,7%	28,6%
Estadio II	38,5%	39,0%	38,3%
Estadio III	23,5%	23,4%	23,7%
Estadio IV	10,5%	11,6%	9,4%

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No	17,0%	19,1%	15,1%
Urinaria	13,5%	12,1%	14,9%
Fecal	13,0%	14,7%	11,1%
Mixta	53,0%	50,3%	55,7%
No consta	3,4%	3,8%	3,1%

### 3.3 Prevalencia de UPP en Centros sociosanitarios

En referencia a las unidades correspondientes a centros sociosanitarios, se analizan 156 cuestionarios procedentes de 32 provincias y 13 comunidades autónomas.

Se han estudiado un total de 10.784 camas procedentes de 156 unidades en enfermería en las que en el momento de pasar la encuesta había 9.994 pacientes (92,67% de ocupación). Estas camas representan un 4,05% de las 265.712 camas de tipo sociosanitario existentes en España según datos de 2004 publicados en el libro Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (Libro Blanco. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005). En la tabla 1 se presenta la información relativa a la población sociosanitaria estudiada según Comunidad Autónoma.

113 Unidades (71,5% del total) eran de tipo geriátrico y atendían un total de 8.377 usuarios, 16 (10,1%) unidades de crónicos con 751 usuarios, 15 (9,5%) unidades de media estancia con 395 usuarios, 8 (5,1%) unidades de convalecencia con 383 usuarios, 4 (2,6%) unidades de paliativos con un total de 88 usuarios atendidos y en dos casos no constaba el tipo de unidad.

Teniendo en cuenta que las unidades de centros sociosanitarios reportaron un total de 610 pacientes con upp, la prevalencia en las unidades sociosanitarias se determinó como sigue:

- PC en centros sociosanitarios:

$$o \text{ PC} = (610 / 9.994) \times 100 = 6,10\% \text{ (IC}_{95} = [5,64-6,59])$$

- La prevalencia media de upp según los datos reportadas por las 113 unidades de enfermería sociosanitaria es del 10,9 ±11,9 (IC<sub>95</sub>: [9,0 - 12,8]), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 73,7%.

En la tabla 12 se resumen datos relativos a la prevalencia de upp en unidades sociosanitarias según el tipo de unidad y en la tabla 13 según su titularidad.

**Tabla 12. Prevalencia de UPP en centros sociosanitarios según tipo de unidad.**

Edad*	Media ±DE	IC <sub>95</sub>	Mínimo	Máximo
Geriátrica	7,8 ±7,7	6,4 - 9,3	0,0	47,4
Crónicos	21,3 ±21,2	10 - 32,6	0,0	13,3
Media estancia	15,8 ±11,3	6,3 - 25,3	0,0	73,7
Convalecencia	20,4 ±15,3	11,9 - 28,8	0,0	47,6
Cuidados paliativos	11,5 ±5,9	2 - 21	6,1	20,0

**Tabla 13. Prevalencia según el tipo de unidad socio-sanitaria y la titularidad de los centros**

Tipo de unidad/Titularidad	Público	Concertado	Privado
	N: Media ± DE	N: Media ± DE	N: Media ± DE
Geriátrica	N: 46 7,9 ± 9,0 %	N: 4 16,0 ± 12,2	N: 61 7,2 ± 6,2
Crónicos	N: 6 33,2 ± 27,6 %	N: 4 24,9 ± 15,4	N: 6 7,0 ± 4,8
Media estancia	N: 8 29,5 ± 15,3 %	N: 2 12,7 ± 5,1	N: 5 9,0 ± 6,7
Convalecencia	N: 6 18,6 ± 11,5 %	N: 0 ---	N: 2 7,6 ± 7,4
Cuidados paliativos	N: 1 10,0 %	N: 1 20,0 %	N: 2 8,03 ± 2,78

En relación con las unidades que reportan una prevalencia de 0, encontramos a 7 unidades geriátricas (un 6,2% de las unidades geriátricas), una unidad de crónicos (un 6,3% de las unidades de crónicos) y una unidad de media estancia (6,7% de éste tipo de unidades). En los grupos de unidades de cuidados paliativos o de convalecencia no había ninguna unidad con prevalencia 0 de UPP.

Se dispone de información acerca de 610 pacientes de centros sociosanitarios portadores de UPP, de los que 423 (69,3%) son mujeres, 181 (29,7%) hombres y en 6 casos (1%) no consta el sexo. En la tabla 14 se presenta información relativa a los pacientes de centros sociosanitarios portadores de UPP.

Edad	Media $\pm$ desviación estándar	IC 95% media	Valor mínimo	Valor máximo
Ambos sexos	81,4 $\pm$ 10,68 (ds) años	(80,6; 82,3)	17	104 años
Mujeres	82,8 $\pm$ 9,6 (ds) años	(81,9; 83,7)	27	104 años
Hombres	78,3 $\pm$ 12,3 (ds) años	(76,5; 80,1)	17	98 años
Significación diferencia	P<0,01			
<b>Numero de UPP por paciente</b>				
Ambos sexos	1,51 $\pm$ 0,89 (ds) UPP	(1,4; 1,6)	1	6
Mujeres	1,5 $\pm$ 0,9 (ds) UPP	(1,4; 1,6)	1	6
Hombres	1,6 $\pm$ 0,9 (ds) UPP	(1,5; 1,7)	1	5
Significación diferencia	P:0,117			

En relación con la edad de los pacientes portadores de upp de centros sociosanitarios, 7 pacientes (un 1,1% del total) corresponden al grupo de edad de 0 a 45 años, 23 (un 3,8%) al grupo de 46 a 64 años y 558 (91,5%) tienen una edad igual o superior a 65 años. En 22 casos (3,6%) no consta la edad del paciente.

La información sobre la ulcera de mayor severidad se muestra en la tabla 15 y la correspondiente a la incontinencia asociada en los pacientes portadores de upp de los centros sociosanitarios, en la tabla 16.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,5%	0,6%	0,5%
Estadio I	15,6%	13,8%	15,4%
Estadio II	38,2%	39,8%	37,8%
Estadio III	29,8%	30,9%	29,8%
Estadio IV	15,9%	14,9%	16,5%

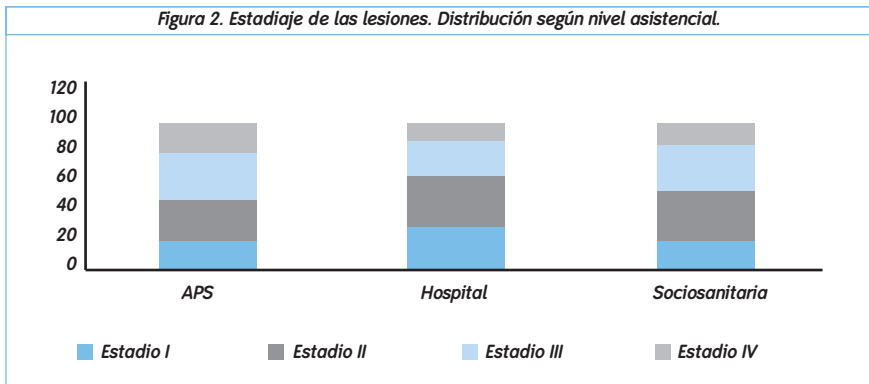
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No	13,6%	16%	12,8%
Urinaria	10,8%	7,7%	12,3%
Fecal	1,8%	1,7%	1,9%
Mixta	68,1%	70,8%	67,8%
No consta	5,7%	3,9%	5,2%

### 3.4. Datos relativos a las lesiones

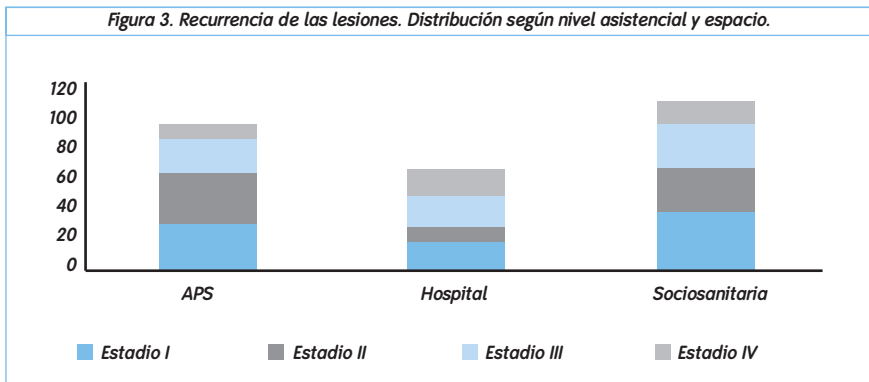
Los cuestionarios recibidos nos permiten disponer de información sobre un total de 2.837 upp, 782 en atención primaria (un 27,6%), 1.134 en hospitales (un 40%) y 921 en atención sociosanitaria (un 32,5%).

657 úlceras (un 23,2%) eran de estadio I, 1.063 (un 37,5%) de estadio II, 766 (un 27%) de estadio III y 336 (un 11,8%) de estadio IV. En 15 casos (0,5%) no constaba el estadio.

En la figura 2 se representa el estadiaje de las lesiones por niveles asistenciales.



Un 22,7% del total de las lesiones eran recurrentes, un 25,6% de las de pacientes en atención primaria, un 15,4% de las de pacientes hospitalarios y un 29,3% en el caso de las úlceras en pacientes de atención sociosanitaria. En la figura 3 se presenta información sobre el porcentaje de recurrencia de lesiones según niveles asistenciales y estadiaje.



En la tabla 17 se resume la información relativa a la localización de las lesiones según nivel asistencial y en la tabla 18 según su localización y estadiaje.

**Tabla 17. Localización de las UPP según su nivel asistencial y ordenadas de mayor a menor frecuencia**

En todos los niveles	%	Atención primaria	%	Hospitales	%	Sociosanitarios	%
Sacro	32,6	Sacro	29,5	Sacro	35,8	Sacro	31,3
Talón	24,7	Talón	27,8	Talón	26,6	Talón	19,5
Trocánter	11,6	Trocánter	13,7	Trocánter	8,6	Trocánter	13,7
Piernas	5,8	Pie (a)	7,1	Glúteos	5,0	Pie (a)	7,0
Pie (a)	5,8	Piernas	7,0	Maléolos	5,0	Piernas	7,0
Maléolos	5,1	Maléolos	3,5	Pie (a)	4,1	Maléolos	6,7
Glúteos	4,9	Escápulas	3,2	Piernas	4,1	Glúteos	6,2
Escápulas	3,0	Glúteos	3,1	Escápulas	3,4	Isquion	3,6
Isquiones	1,7	Codos	1,3	Codos	1,9	Escápulas	2,3
Codos	1,3	Isquiones	1,2	Zona occipital	1,8	Codos	0,6
Occipital	0,8	Orejas	0,6	Apófisis vertebrales	1,1	Rodillas	0,5
Apófisis vertebrales	0,6	Rodillas	0,6	Zona genital	0,5	Apófisis vertebrales	0,3
Orejas	0,5	Apófisis vertebrales	0,3	Isquion	0,4	Orejas	0,3
Rodilla	0,4	Parrilla costal	0,3	Manos	0,4	Zona genital	0,3
Zona genital	0,4	Zona genital	0,3	Orejas	0,4	Hombro	0,1
Mano	0,2	Antebrazo	0,1	Nariz	0,2	Mama	0,1
Parrilla costal	0,2	Mano	0,1	Parrilla costal	0,2	Muñón	0,1
Antebrazo	0,1	Muñón	0,1	Rodilla	0,2	Zona occipital	0,1
Mama	0,1			Antebrazo	0,1	Parrilla costal	0,1
Muñón	0,1			Mama	0,1	Zona abdominal	0,1
Nariz	0,1			Mucosa bucal	0,1		
Zona Abdominal	0,1			Zona abdominal	0,1		
Otras (b)	0,15			Zona temporal	0,1		

(a): Excepto talones. Incluye: dedos pies, cara lateral y pie en general. (b): hombro, mucosa y zona temporal

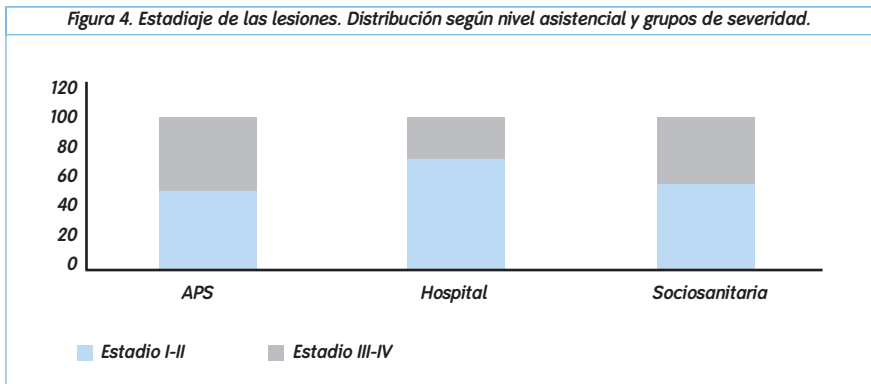
**Tabla 18 Localización de las UPP según su estadiaje y ordenadas de mayor a menor frecuencia**

Estadio I	%	Estadio II	%	Estadio III	%	Estadio IV	%
Sacro	33,6	Sacro	32,0	Sacro	31,5	Sacro	35,8
Talón	27,2	Talón	22,9	Talón	26,9	Talón	20,8
Trocánter	9,8	Trocánter	9,4	Trocánter	12,5	Trocánter	19,9
Pie (a)	5,8	Piernas	6,6	Pie (a)	6,9	Piernas	5,8
Maléolos	5,1	Maléolos	6,1	Piernas	6,6	Pie (a)	5,2
Escápulas	4,6	Glúteos	5,8	Maléolos	5,1	Glúteos	4,6
Glúteos	4,5	Pie (a)	5	Glúteos	4,0	Isquion	3,7
Piernas	3,9	Escápulas	3,2	Escápulas	2,4	Maléolos	2,1
Codos	1,2	Codos	2,2	Isquion	1,2	Zona occipital	0,9
Apófisis vertebrales	0,8	Isquion	1,9	Zona occipital	1,1	Escápulas	0,6
Isquiones	0,8	Zona occipital	1,0	Codos	0,5	Codos	0,3
Orejas	0,6	Apófisis vertebrales	0,9	Apófisis vertebrales	0,4	Muñón	0,3
Rodillas	0,6	Orejas	0,9	Mano	0,3		
Mama	0,3	Zona genital	0,8	Parrilla costal	0,3		
Mano	0,3	Rodilla	0,6	Rodilla	0,1		
Zona genital	0,3	Antebrazo	0,2	Zona abdominal	0,1		
Parrilla costal	0,3	Parrilla costal	0,2	Zona genital	0,1		
Hombro	0,2	Manos	0,1				
Nariz	0,2	Mucosa bucal	0,1				
Zona abdominal	0,2	Muñón	0,1				
	Nariz	0,1					
	Zona temporal	0,1					

Dentro del grupo de las 782 lesiones de pacientes de atención primaria, un 19,1% corresponden a lesiones de estadio I, un 33,5% a lesiones de estadio II, un 32,6% a lesiones de Estadio III y un 13,8% a lesiones de estadio IV; en un 1% de las lesiones de atención primaria no consta el estadiaje.

En el grupo de las 1.134 lesiones de pacientes hospitalarios, un 30,4% corresponden a lesiones de estadio I, un 39,2% a lesiones de estadio II, un 21,3% a lesiones de Estadio III y un 9,1% a lesiones de estadio IV; en un 0,1% de las lesiones de hospital no consta el estadiaje.

Por lo que hace referencia al grupo de las 921 lesiones de pacientes sociosanitarios, un 17,7% corresponden a lesiones de estadio I, un 38,8% a lesiones de estadio II, un 29,3% a lesiones de Estadio III y un 13,6% a lesiones de estadio IV; en un 0,7% de las lesiones de atención sociosanitario no consta el estadiaje.



En la figura 4 se compara la severidad de las lesiones por estadio (se agruparon de upp de estadios I y II y de estadio III y IV) según nivel asistencial. En la tabla 19 se presenta la información relativa al nivel asistencial dónde se han originado las lesiones.

**Tabla 19. Nivel asistencial dónde se han originado las lesiones**

Atención primaria	%	Hospitales de agudos	%	Centros sociosanitarios	%
En el domicilio del paciente	61,3	En el propio hospital	51,6	En el propio centro sociosanitario	41,0
En hospital de agudos	22,4	En otro hospital	7,8	En otro centro sociosanitario	4,3
En centros sociosanitarios	5,0	En el domicilio del paciente	23,7	En hospital de agudos	29,0
Desconocido	11,4	En centros sociosanitarios	6,7	En el domicilio	14,7
		Desconocido	11,2	Desconocido	11,0



Dentro del grupo de las unidades de hospital, de las úlceras originadas en el hospital (575 upp), el 53,3% se desarrolló en la misma unidad a estudio, el 23,5% en otra unidad de hospital y en el 23,2% no consta la unidad donde tuvo origen.

Otras características de las lesiones, como su antigüedad y sus dimensiones, se presentan en las tablas 20 y 21 respectivamente. En conjunto, todas las lesiones estudiadas tienen, de promedio,  $118 \pm 335$  días de antigüedad (IC95 = [104,5-131,2]; con un valor mínimo de 1 día y máximo de 9.000 días).

**Tabla 20. Antigüedad media de las lesiones en días**

	Todos los niveles	Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
	Media $\pm$ DE [IC 95] (Mínimo - máximo)	Media $\pm$ DE [IC 95] (Mínimo - máximo)	Media $\pm$ DE [IC 95] (Mínimo - máximo)	Media $\pm$ DE [IC 95] (Mínimo - máximo)
Estadio I	56,6 $\pm$ 131,4 [46,0-67,0] (1 - 1.460)	92,8 $\pm$ 207,6 [58,8-126,7] (2 - 1.460)	41,9 $\pm$ 60,3 [31,0-52,7] (1 - 771)	51,1 $\pm$ 80,7 [37,9-64,3] (1 - 450)
Estadio II	82,3 $\pm$ 194,2 [70,0-94,6] (1 - 2.190)	89,6 $\pm$ 193,8 [65,8-113,4] (1 - 2.000)	39,5 $\pm$ 103,5 [28,9-50,2] (1 - 1.117)	122,5 $\pm$ 251,6 [95,7-149,3] (2 - 2.190)
Estadio III	158,5 $\pm$ 454,0 [123,6-193,4] (1 - 9.000)	143,4 $\pm$ 287,7 [107,3-179,4] (2 - 1.850)	65,6 $\pm$ 135,5 [45,3-85,9] (1 - 1.400)	243,1 $\pm$ 680,8 [155,4-330,8] (1 - 9.000)
Estadio IV	275,2 $\pm$ 563,3 [208,6-341,9] (2 - 3.850)	219,7 $\pm$ 347,2 [152,5-286,9] (12 - 2.555)	135,9 $\pm$ 181,3 [92,6-179,1] (2 - 1.095)	428,0 $\pm$ 824,9 [266-590] (10 - 3.850)

**Tabla 21. Dimensiones de todas las lesiones**

	LARGO (cm)	ANCHO (cm)	SUPERFICIE (cm <sup>2</sup> ) (*)
	Media $\pm$ DE [IC <sup>95</sup> ] (mínimo - máximo)	Media $\pm$ DE [IC <sup>95</sup> ] (mínimo - máximo)	Media $\pm$ DE [IC <sup>95</sup> ] (mínimo - máximo)
Estadio I	2,6 $\pm$ 3,04 [2,4-2,8] (0,1 - 20)	2,4 $\pm$ 1,9 [2,2-2,5] (0,1 - 20)	7,6 $\pm$ 18,7 [2,2-2,5] (0,1 - 20)
Estadio II	2,8 $\pm$ 2,6 [2,6-3,0] (0,1 - 40)	2,4 $\pm$ 1,9 [2,2-2,5] (0,1 - 20)	8,0 $\pm$ 24,5 [6,5-9,5] (0,1 - 628)
Estadio III	4,4 $\pm$ 5,2 [0,1-4,8] (0,1 - 40)	3,6 $\pm$ 3,0 [3,4-3,9] (0,1 - 25)	18,4 $\pm$ 35,1 [15,8-21,0] (0,2 - 330)
Estadio IV	6,4 $\pm$ 5,0 [5,8-7,0] (0,2 - 45)	5,5 $\pm$ 4,8 [4,9-6] (0,2 - 45)	42,6 $\pm$ 105,2 [30,1-54,6] (0,5 - 1.589,6)

(\*) Superficie calculada en base a la fórmula: largo x ancho x 0,785

En 2.527 lesiones, por la información que aportaban, se ha podido calcular el índice de severidad de Braden de acuerdo con la fórmula y que queda representado en la tabla 22:

- IS Braden: estadio de la lesión x ((largo + ancho)/2)

**Tabla 22. Índice de severidad de Braden de las lesiones**

	Todos los niveles	Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
	Media ±DE [IC 95] (Mínimo - máximo)	Media ± DE [IC 95] (Mínimo - máximo)	Media ± DE [IC 95] (Mínimo - máximo)	Media ± DE [IC 95] (Mínimo - máximo)
Todas la lesiones	8,7 ±11,2 [8,2-9,1] (0,1 – 180)	9,6 ±10,8 [8,9-10,4] (0,1 – 86)	8,4 ±12,4 [7,7-9,2] (0,4 – 180)	8,1 ±9,7 [7,4-8,7] (0,1 – 82)
Estadio I	2,5 ±1,9 [2,3-2,6] (0,1 – 20)	2,3 ±1,7 [2-2,6] (0,1 - 13,5)	2,5 ±1,7 [2,3-2,7] (0,5 - 12,5)	2,7 ±2,6 [2,2-3,1] (0,1 – 20)
Estadio II	5,2 ±4,2 [4,9-5,4] (0,2 – 60)	5,0 ±3,0 [4,6-5,3] (0,3 – 18)	5,7 ±4,9 [5,2-6,2] (0,4 – 60)	4,7 ±4,1 [4,2-5,1] (0,2 – 30)
Estadio III	12,0 ±11,0 [11,2-12,8] (0,45 – 177)	12,6 ±9,6 [11,4-13,8] (0,45 – 60)	13,7 ±14,7 [11,8-15,7] (0,9 – 177)	9,9 ±7,6 [8,9-10,9] (0,6 – 51)
Estadio IV	23,8 ±18,6 [21,7-25,9] (1 – 180)	23,6 ±15,8 [20,6-26,7] (1,4 – 86)	27,1 ±22,8 [22,3-40,0] (2,4 – 180)	21,1 ±16,8 [17,8-24,3] (1 – 82)

Como se menciona en el apartado de material y métodos, en el cuestionario se incluían cuestiones sobre las estrategias de prevención de upp y en las tablas 23, 24 y 25 se resume la información obtenida sobre políticas de prevención, escalas de valoración de riesgo y cambios posturales, respectivamente.

**Tabla 23. Políticas de prevención de upp según niveles asistenciales**

	Atención primaria	Hospitales	Sociosanitarios
¿Existe comisión de upp en el centro?	Si: 22,9%	Si: 74,2%	Si: 35,3%
¿Se calcula periódicamente la prevalencia?	Si: 15,7%	Si: 59,1%	Si: 52,1%
¿Se calcula periódicamente la incidencia?	Si: 16,4%	Si: 61,3%	Si: 52,9%
¿Existe un protocolo de prevención por escrito?	Si: 39,3% No lo se: 4,3%	Si: 84,9% No lo se: 1,1%	Si: 71,4% No lo se: 2,5%
¿Se registran las medidas de prevención?	Si: 62,1%	Si: 89,2%	Si: 87,4%
¿Se valora el riesgo de los pacientes con una escala?	Si: 58,6%	Si: 86%	Si: 80,3%
¿Con que periodicidad se utiliza la escala?	Sistemáticamente: 32,9% Ocasionalmente: 32,1% No sabe: 4,3%	Sistemáticamente: 74,2% Ocasionalmente: 9,7% No sabe: 5,4%	Sistemáticamente: 77,5% Ocasionalmente: 16,7% No sabe: 5,9%

**Tabla 24. Uso y tipo de escalas de valoración de riesgo de desarrollo de upp por niveles asistenciales**

Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
No responde un 64,3% de los cuestionarios	No responde un 84% de los cuestionarios	No responde un 73,1% de los cuestionarios
(% de los que responden) -Escala de Braden: 51,1% -Escala de Norton: 38,9% -Escala de Norton-INSALUD: 6,7% -Escala EMINA-ICS: 3,3%	(% de los que responden) -Escala de Norton: 46,2% -Escala de Braden: 24,4% -Escala de Norton-INSALUD: 11,5% -Escala EMINA-ICS: 7,7% -Escala de Gosnell: 3,8% -Escala NOVA 4: 3,8% -Escala Arnell: 1,3% -Escala propia: 1,3%	(% de los que responden) -Escala de Norton: 72,4% -Escala de Braden: 13,8% -Escala de Norton-INSALUD: 4,6% -Escala EMINA-ICS: 4,6% -Escala NOVA 4: 2,3% -Escala de Gosnell: 1,1% -Escala Arnell: 1,1%

**Tabla 25. Frecuencia de uso y opiniones sobre los cambios posturales**

	Atención primaria	Hospitales	Atención sociosanitaria
Frecuencia de cambios en horario diurno (cada X horas)	Cada 2,9 ±1,4 horas IC 95%: [2,6-3,1] Mínimo: 1 Máximo: 8	Cada 3,4 ±1 horas IC 95%: [3,2-3,6] Mínimo: 2 Máximo: 8	Cada 2,7 ±1 horas IC 95%: [2,6-2,9] Mínimo: 1,5 Máximo: 8
Frecuencia de cambios en horario nocturno (cada X horas)	Cada 5,2 ±1,8 horas IC 95%: [4,8-5,2] Mínimo: 0 Máximo: 12	Cada 4,1 ±1,1 horas IC 95%: [3,8-4,3] Mínimo: 2 Máximo: 8	Cada 3,5 ±1,3 horas IC 95%: [3,2-3,7] Mínimo: 2 Máximo: 12
Los cambios posturales son una medida utilizada	-Suficientemente: 22,9% -Ocasionalmente: 40% -En muy contadas ocasiones: 25% -Nunca: 2,9%	-Suficientemente: 71% -Ocasionalmente: 20,4% -En muy contadas ocasiones: 8,6%	-Suficientemente: 77,8% -Ocasionalmente: 12% -En muy contadas ocasiones: 8,5% -Nunca: 1,7%

## 4. Discusión

El conocimiento de la epidemiología de las upp es una herramienta básica para el diseño de políticas sanitarias orientadas al abordaje de este problema, que ha sido considerado, tradicionalmente, como algo inevitable y asociado a la postración en cama o silla de ruedas.

Los datos epidemiológicos obtenidos sobre prevalencia y mortalidad en los últimos años, de ámbito nacional, vienen a complementar los estudios epidemiológicos llevados a cabo hasta la fecha a nivel local y permiten realizar comparaciones más precisas entre ellos y con los estudios de otros países de nuestro entorno.

En esta ocasión, y en comparación con el estudio del 2001[3], hemos pasado de 458 a 662 cuestionarios contestados. La gran cantidad de cuestionarios retornados nos sitúa ante un estudio con una amplia muestra de ámbito nacional que, independientemente de la metodología empleada, nos permite aproximarnos a una visión global del problema de las UPP en España.

La utilización del cuestionario postal, testado en otras ocasiones, ha sido de gran utilidad y nos sitúa ante una metodología útil para estudios con grandes ámbitos poblacionales. Pero, no podemos olvidar que, seguramente, las personas que han respondido al cuestionario (en su mayoría miembros del GNEAUPP) estarán más motivadas hacia este problema, y se puede estar incurriendo en un posible sesgo de autoselección de la muestra. Del mismo modo, y desde nuestro punto de vista, estaríamos ante un sesgo a la baja (puesto que no sabemos que pasa en aquellos centros donde no hay profesionales motivados) pero con una información bastante fidedigna y concordante con la realidad si la comparamos con la información que podrían proporcionarnos las mismas instituciones que, normalmente, son bastantes reacias a hacerlo, puesto que las úlceras por presión, son consideradas como un indicador de calidad asistencial.

Como se enunciaba en el estudio del 2001[3], es difícil comparar datos epidemiológicos con otros países. A partir de ahora, y si se continúa empleando la misma metodología no va a ser así dentro del nuestro. El hecho de haber iniciado una dinámica de estudios nacionales de prevalencia, con una metodología testada y efectiva, nos anima a trabajar en ese observatorio enunciado en la introducción para llevar a cabo este tipo de estudios cada dos o tres años, y mediante su comparación, poder constatar la evolución de las diferentes variables relacionadas con el dimensionamiento epidemiológico del problema de las UPP. También, esta línea de trabajo nos permitirá refinar las herramientas metodológicas con el fin de eliminar sesgos y acercarnos a una estimación más precisa del problema.

Si nos detenemos en comentar los resultados del presente estudio y las posibles comparaciones con los anteriores, en esta ocasión hemos obtenido una muestra de mayores dimensiones que nos puede hacer pensar en mayor motivación de los profesionales hacia el problema y mayor fiabilidad. Pero, en este sentido, lo que a primera vista puede hacernos pensar en un acercamiento más preciso por el tamaño muestral, como veremos más adelante puede tener consecuencias en la interpretación de los resultados y en obligarnos a reflexionar sobre los posibles sesgos de la metodología, además de los ya enunciados en párrafos anteriores.

En el caso de la atención primaria de salud las cifras son bastante concordantes con las del estudio de la Rioja [2], pero nos sorprenden las diferencias encontradas con el primer estudio nacional de prevalencia [3]. Por ejemplo, para los pacientes incluidos en atención domiciliaria pasamos de una prevalencia cruda estimada de 8,34% a 3,73%, algo sorprendente, teniendo en cuenta que en estos años no se ha desarrollado ningún programa de prevención a nivel nacional. Esto, nos hace pensar en algún sesgo, no tenido en cuenta en uno u otro estudio para este nivel asistencial, puesto que como veremos en los otros niveles de atención sanitaria las diferencias no son tan grandes.

Es por ello que, en este momento, merece la pena detenerse a realizar un análisis de las diferencias encontradas y esos posibles sesgos en este sector de población estudiada. Se podrían articular diferentes explicaciones:

-Quizá la más certera se deba a errores metodológicos en la selección de los denominadores para el cálculo de la prevalencia. Así, cuando calculamos la prevalencia en población mayor de 14 años, las diferencias no son tan importantes (0,11% en 2001 frente a 0,07% en 2005) y lo mismo ocurre con los mayores de 65 años (0,54% frente a 0,33%). La diferencia se da en los pacientes incluidos en atención domiciliaria donde hemos pasado de una población de 4.480 personas incluidas en 2001 a 12.937 en 2005. ¿es posible que la población de atención domiciliaria se hay multiplicado por 3 en 4 años de diferencia?

-Otro sesgo podría radicar en que un participante informase de los pacientes con upp atendidos en su lista y como denominador no informase de todos los pacientes de su centro de salud incluidos en los diferentes subgrupos (mayores de 14 años, mayores de 65 años y atención domiciliaria).

En ambos casos, un aumento en el denominador, manteniendo el numerador constante hace que la prevalencia disminuya considerablemente.

Posiblemente, testar otra metodología para estimar la prevalencia, como por ejemplo utilizar una muestra aleatoria de centros de salud y tomar los datos observadores independientes por observación directa, podría ayudarnos a identificar esos posibles sesgos y si ambas metodologías son concordantes en el resultado final de la prevalencia.

Sin embargo, las cifras de prevalencia media si que son afines con las encontradas en otras ocasiones. No obstante, la media es una medida de tendencia central y podría verse afectado por valores extremos que desvirtúen el "valor real" hacia ellos. Por ello, en este caso, presentamos los intervalos de confianza así como los valores mínimos y máximos que nos dan una idea más clara de la distribución de la muestra.

De nuevo, en atención primaria y en comparación con el estudio de 2001, las cifras de prevalencia media para los usuarios que reciben atención domiciliaria, nos dibujan un importante problema, con una mayor tasa de prevalencia en los centros de tipo mixto.

Un 61,3% de las lesiones presentes en atención primaria se han originado en el domicilio del paciente y son las de mayor severidad, quizá relacionado con que en atención primaria (tablas

23, 24 y 25) tienen la menor tasa de comisiones de upp y protocolos al efecto, no se utilizan los indicadores epidemiológicos y es donde menos se valora el riesgo del paciente, sumado a que los cambios posturales, sin entrar a medir el uso de superficies especiales para el manejo de la presión, son una medida suficientemente utilizada sólo en una cuarta parte de los casos.

En el caso de las instituciones hospitalarias, los datos coinciden bastante con los del 2001. Por supuesto, es más sencillo recoger datos de prevalencia en instituciones y el problema del denominador que hemos detectado en atención primaria no se da ahora. De nuevo, las cifras de prevalencia nos indican que nos encontramos ante un grave problema de salud, con gran variabilidad entre unidades, y con unas cifras más elevadas en las unidades de cuidados intensivos. El hecho de que aproximadamente una décima parte de los pacientes en hospitales tengan upp dicta la gravedad del problema de salud con serias repercusiones para todos los niveles asistenciales, más teniendo en cuenta la disminución de las cifras de estancia media y la transferencia de pacientes a otros niveles extrahospitalarios.

La situación de la elevada prevalencia de las upp en los hospitales se ve agravada por el hecho de que un 21% de los pacientes con upp son menores de 65 años, un 4% más que en el 2001. Un dato diferenciador del 2001 es que no encontramos una tendencia en las cifras medias de prevalencia según la complejidad de las unidades de enfermería o de los centros.

No obstante, y quizá debido a la corta estancia de los pacientes (lo que redundaría en los otros niveles asistenciales), en las unidades de hospital tienen las lesiones de menor severidad, antigüedad y recurrencia. También puede ayudar en este sentido que es el nivel asistencial donde se aplican con mayor frecuencia políticas de prevención (tabla 23) y consideran un 71% que los cambios posturales se utilizan suficientemente.

En cuanto a los datos de centros sociosanitarios y en contraste con el 2001, la cantidad de cuestionarios recibidos y la población que engloban nos han permitido elaborar una mejor foto de este nivel asistencial y, como se indicaba y preveía en el estudio del 2001, arrojar unas cifras medias de prevalencia de las más altas, con matices según la titularidad de los centros (tabla 13), donde es llamativo que los centros concertados son los que presentan las cifras de prevalencia más elevadas y los privados las más bajas. Lo que nos plantea varias preguntas que no se pueden contestar con este trabajo:

-Los centros concertados, por esta consideración, ¿reciben los pacientes que se encuentran en peores condiciones de salud?

-Los pacientes de los centros privados ¿son los que tienen el mejor estado de salud? o por el contrario, ¿son fiables las cifras que reportan los profesionales de los centros privados?

En esta ocasión, también hemos analizado un problema de salud que aparece frecuentemente asociado al riesgo de desarrollar upp, como es la incontinencia. Tenemos cifras que indican que entre el 80% y el 90% de los pacientes con upp son incontinentes, siendo además la zona sacra la localización más frecuente. Sobre este tema, en los últimos años ha surgido un debate [17] sobre si la causa principal de algunas lesiones de esta localización son lesiones

por presión, por incontinencia o por una combinación de los dos elementos. Por supuesto, con este trabajo y a través de la metodología empleada es imposible determinar si las lesiones están correctamente clasificadas. Seguramente, y como ya hemos adelantado, un estudio llevado a cabo mediante observación directa en una muestra aleatoria de pacientes nos ayudaría a esclarecer esta incógnita.

Como se ha comentado, es difícil comparar las cifras de prevalencia con otros estudios debido a las diferencias metodológicas, definiciones operacionales y/o formulas utilizadas en el cálculo, no obstante, las cifras parecen estar en consonancia con las encontradas en la bibliografía para realidades más locales o para otros países. Así, en el año 2002, el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), publicó los resultados de un estudio piloto de prevalencia [18], realizado en hospitales, de cinco países europeos (Bélgica, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia) y que supone una muestra de más de 5.000 pacientes de hospital. La prevalencia promedio para estos países fue de 18,1%, variando desde el 8,1% en Italia hasta el 22,9% en Suecia. Thoroddsen [19] realizó una encuesta nacional de prevalencia en Islandia, también en hospitales (22 hospitales), donde la prevalencia fue de 8,9%, las upp más frecuentemente identificadas las de estadio I y la localización predominante en los pies. Más del 80% de estos pacientes también eran mayores de 70 años. Bours *et al* [20] llevaron a cabo un amplio estudio de prevalencia en los Países Bajos (Holanda) donde se incluyeron 89 instituciones de diversa índole. La prevalencia media de este estudio fue de 23,1% (oscilando entre 13,2% y 34,8%). La localización y severidad es bastante semejante a los estudios mencionados. Melotti *et al* [21] determinaron una prevalencia de 7,1% (variando entre 2,9% y 9,7%) en la región italiana de la Emilia-Romagna.

De los resultados y comparaciones mencionadas si que parece desprenderse una diferencia en la prevalencia entre los países del sur y el norte de Europa (con excepción de Islandia). Así, los países del norte de Europa poseen cifras medias de prevalencia superiores a las de los países del sur, pero a expensas de lesiones menos graves (estadios I y II). Los países del sur tienen menores cifras de prevalencia pero con lesiones de mayor severidad y antigüedad.

Si tenemos en cuenta las cifras de prevalencia estimadas en el presente estudio, tanto en tasa cruda como media, y a partir de los estudios de Posnett y Torra [5,6], las proyectamos sobre la población general mayor de 14 años a enero de 2005, estaríamos hablando de entre 57.000 y 100.000 pacientes con upp atendidos diariamente en España. Además, el 84,7% de los pacientes con upp son mayores de 65 años lo que supone entre 48.000 y 85.000 pacientes mayores de 65 años con upp atendidos diariamente en España. Si a esto añadimos que algunos estudios se refieren a la relación entre mortalidad y la presencia de upp [7,8,9,10,11,12], el problema adquiere, claramente, dimensiones de epidemia. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima que, aproximadamente, un millón de personas son diagnosticadas de upp y de estas unas 60.000 mueren como consecuencia de complicaciones de upp [22].

Como conclusiones del presente trabajo podemos destacar que, aún presumiendo posibles sesgos que nos lleven a una infravaloración de la situación real, las upp siguen constituyendo hoy en día un importante problema de salud que afecta a los propios pacientes y al sistema de salud, que los indicadores epidemiológicos nos aportan información que sugiere que la prevención de las upp aún no es considerada como una prioridad, y que aunque las upp continúen siendo un problema que afecta de manera primordial a personas mayores, no

hemos de olvidar su impacto en colectivos de edad más jóvenes expuestos a los mecanismos causales de las upp. Esperemos que los responsables políticos de nuestro país, y a tenor del mencionado Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, tengan en cuenta esta valoración y pongan manos a la obra.

Finalizar apuntando que este panorama presentado, con elevadas y mantenidas cifras de pacientes con úlceras por presión en los últimos años en nuestro país, debieran reclamar por sí mismas y con urgencia, actuaciones centradas sobre:

- la prevención de las upp como eje de actuación principal en todos los niveles asistenciales.
- la necesidad de mejorar los protocolos de tratamiento para reducir la variabilidad en la práctica clínica y los tiempos de evolución.
- la necesidad de coordinación real y operativa entre los diferentes niveles asistenciales.



## 5. Agradecimientos

Nuestro sincero agradecimiento a todos los profesionales, que voluntaria y decididamente han participado en el presente estudio.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Orbegozo A, Blasco C, San Sebastián JA, Lyder C, Posnett J, Chapman N. Capítulo 3.1. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE. (Eds). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA, S.A.; 2004
2. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. Gerokomos 1999; 10(2):75-86
3. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdu J. 1er Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2003; 14(1):37-47
4. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
5. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. Age and Ageing 2004; 33:230-235
6. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org> (consultado el 10/X/2004)
7. Anaya J et al. Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. Gerokomos/Helcos 2000; 11(2):102-110
8. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact. Clinics in Geriatric Medicine 1997; 13(3):421-436
9. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, Allman RM. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. J Am Geriatr Soc 1996; 44(12):1435-1440
10. Allman RM. The impact of pressure ulcers on health care cost and mortality. Advances of Wound Care 1998; 11(3 suppl):2
11. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999. Gerokomos 2003; 14(4):212-226

12. Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F. Pressure Ulcers: More Lethal Than We Thought? *Adv Skin Wound Care* 2005; 18(7):367-372
13. Ayello EA, Frantz R, Cuddigan J, Lordan R. Methods for determining pressure ulcer prevalence and incidence. En: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C. (eds). *Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future*. Reston, VA: NPUPA, 1991
14. Rijswijk LV. *Epidemiology*. En: Morrison MJ Ed. *The prevention and treatment of pressure ulcers*. Edinburgh: Mosby, 2001
15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). *Clasificación-estadaje de las úlceras por presión*. Doc. II. Logroño: GNEAUPP. 2003 Disponible en <http://www.gneaupp.org>
16. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). *Directrices para la elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las úlceras por presión*. Doc. V. Logroño: GNEAUPP. 2003 Disponible en <http://www.gneaupp.org>
17. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Ulcer Classification. *Differentiation Between Pressure Ulcers and Moisture Lesions*. *J WONC* 2005; 32(5):302-306
18. Clark M, Bours G, Defloor T (on behalf of the EPUAP Prevalence Working Group). Pressure Ulcer Prevalence Monitoring Project. Summary report on the prevalence of pressure ulcers. *EPUAP Review* 2002; 4(2). Disponible en [http://www.epuap.org/review4\\_2/page8.html](http://www.epuap.org/review4_2/page8.html) (Consultado el 24/09/2005)
19. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 8:170-179
20. Bours G, Halfens R, Abu-Saad H, Grol R. Prevalence, Prevention, and Treatment of Pressure Ulcers: Descriptive Study in 89 Institutions in The Netherlands. *Research in Nursing and Health* 2002; 25:99-110
21. Melotti RM, Fortuna D, Chiari P, Cavicchioli A, Mongardi M, Santullo A, Grilli R. Prevalenza e modalità di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. *Epidemiol Prev* 2003; 27(3):141-146
22. Warren JB, Yoder LH, Young-McCaughan S. Development of a decision tree for support surfaces: a tool for nursing. *Medsurg Nursing* 1999; 8(4):239-248

---

## Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España

---

**John Posnett**, Catedrático de Economía de la Salud. Universidad de York.  
Director of Health Economics & Outcomes Research.

Smith & Nephew Wound Management.

**J. Javier Soldevilla Agreda**, Enfermero, Hospital de la Rioja. Profesor de E. Geriátrica. Escuela U. Enfermería Logroño. Director GNEAUPP.

**Joan-Enric Torra i Bou**, Enfermero, Clinical Manager Smith&Nephew.  
Div. Curación Heridas. Exsubdirector GNEAUPP.

**José Verdú Soriano**, Enfermero. Doctor. Profesor Titular Escuela U. Dpto. de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Miembro Comité Director GNEAUPP.

**Lorena San Miguel**, Economista. International Reimbursement Specialist.  
División Curación de Heridas. Smith & Nephew. Reino Unido.

## Introducción

Hoy en día nadie pone en discusión que las úlceras por presión (upp) constituyen un importante problema para el Sistema de Salud y su atención, un importante desgaste económico. La cuantificación del coste aproximado de la atención a las upp puede aportar información de gran utilidad para:

- el dimensionamiento global de dicho problema
- establecer las variables que configuren el coste de las mismas
- cuantificar y analizar el impacto de intervenciones, tanto de prevención como de tratamiento.

Tratándose de un problema de salud que se divisa como importante [1,2], paradójicamente, en la literatura existen pocos trabajos que permitan hacer un dimensionamiento global del impacto económico de las upp, y algunos de los que hay publicados se basan en asunciones de tipo general [3]. Aproximaciones en nuestro país, como en el caso de la Comunidad Autónoma de la Rioja [4], sitúan el coste alrededor de los setenta millones de las antiguas pesetas (unos 421 000€) según datos del año 1999. Quizá el estudio de costes asociados a las upp más preciso hasta la fecha, sea el llevado a cabo por Bennet, Dealey y Posnett en el año 2002 en el Reino Unido, donde se estableció que el coste de tratar una upp oscilaba desde 1.064 Libras Esterlinas para el estadio I hasta 10.551 para el estadio IV, señalando que el coste se incrementa con el estadio porque aumenta el tiempo de cicatrización y la incidencia de complicaciones. En dicho estudio, se estimó un coste total para el Reino Unido entre 1,4 y 2,1 millones de Libras Esterlinas anuales (lo que suponía un 4% del presupuesto de Servicio de Salud Inglés). Basándose en este mismo estudio, Posnett y Torraó, extrapolaron en 2003 los datos a la realidad española determinando costes por episodio de 211 € para el estadio I y de 16.600 € para el estadio IV. El coste global anual para nuestro sistema se estimó entonces en 1.687 millones de €, que supone un 5,2% del gasto sanitario total de nuestro país. Ante estas distintas valoraciones, se hace patente la necesidad de disponer de datos económicos más ciertos centrados en la realidad de nuestro país que permitan una irreprochable aproximación al impacto del problema de las upp en España.

En coherencia con la línea de investigación iniciada en 19994 en el seno del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), se planteó la realización de un estudio que permitiese cuantificar las diferentes variables implicadas en el coste de estas lesiones, con datos lo más cercanos posibles a la realidad de nuestro país en lo relativo a:

- Los costes en tres escenarios diferentes: pacientes tratados desde la atención primaria de salud, pacientes tratados en hospitales y pacientes tratados en centros sociosanitarios.
- Los costes totales y separados por las siguientes variables: tiempo de enfermería, estancias hospitalarias añadidas para hospitales y centros sociosanitarios y materiales.

## Material y método

Para el cálculo de los indicadores de costes se realiza la triangulación de la información proveniente de tres fuentes de datos primarias, a saber:

### a) Los datos relativos al número de upp tratadas en los tres niveles asistenciales.

Estos datos provienen del 2º Estudio Nacional de Prevalencia de upp realizado en el año 2005 por el GNEAUPP con el soporte de la División de Curación de Heridas de Smith & Nephew [7]; de dicho estudio se ha obtenido información relativa a la prevalencia de upp, tipología de lesiones según estadio, antigüedad de las lesiones, superficie de las mismas y lugar dónde se habían originado, tanto en atención primaria, como en la atención hospitalaria y sociosanitaria.

### b) La información relativa al tiempo estimado para la cicatrización según el estadio de las úlceras.

Datos provenientes del análisis de los cuestionarios administrados a un panel de expertos a los que se solicitaba información relacionada con el tratamiento de las upp incidiendo en el tiempo estimado para la cicatrización de lesiones según superficie, estadio y nivel asistencial, tiempo para realizar las curas, estimación de la ocurrencia de infecciones locales y generales, valoración del incremento de estancias hospitalarias en hospitales y centros sociosanitarios y porcentaje de lesiones atendidas dentro y fuera de cada nivel asistencial.

Se definió como panel de expertos, a los asistentes al 2º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión organizado por el GNEAUPP en Arnedillo (La Rioja) durante los días 16 y 17 de noviembre de 2005, quienes dieron su conformidad a la cumplimentación de un cuestionario con variables relacionadas con el tratamiento de las upp. Se obtuvieron correctamente cumplimentados un total de 77 cuestionarios, 20 (un 26%) procedentes de profesionales de atención primaria (APS), 51 (un 66,2%) de profesionales de hospitales y 6 (un 7,8%) de profesionales de centros sociosanitarios. En el caso de los profesionales del ámbito de la APS su experiencia profesional media era de 22,1 (5,3 DE) años, en el caso de los profesionales de hospitales era de 17,2 (8 DE) años y en el de los profesionales de atención sociosanitaria de 15,6 (9,8 DE) años.

Se solicitó al panel de expertos información por niveles asistenciales relativa al tiempo necesario para la cicatrización, el número de curas y el tiempo por cura según tres posibles medidas de upp "tipo" de estadio I, II, III y IV.

También se solicitó al panel de expertos información relativa al porcentaje de tiempo (evolución) de los diferentes estadios de upp atendidas en cada nivel asistencial, el porcentaje de upp que se infectan y que requieren de tratamiento antimicrobiano local, el porcentaje de upp que se infectan y que requieren de tratamiento antibiótico sistémico, el porcentaje de upp en las que interviene el médico en su tratamiento, incremento de estancia en las upp atendidas en hospitales y centros sociosanitarios y el porcentaje de curas realizadas por las familias/cuidadores en el caso de upp atendidas en la atención primaria. En los anexos 1 y 2 se resumen las conclusiones del grupo de expertos.

### c) La cuantificación del coste de los diferentes elementos que componen el coste total del tratamiento de las UPP.

La misma se realizó en dos fases consecutivas. En una primera, se establecieron los materiales necesarios para la realización de una cura "tipo" para el tratamiento en los tres niveles asistenciales de upp de diferentes estadios y superficies (anexo 3)

En una segunda fase se asignaron costes, tanto a los recursos humanos, como a los materiales e institucionales en base a diferentes fuentes de información, tanto a nivel nacional, como a nivel regional, tomando como referencia la Comunidad Autónoma de la Rioja, uniprovincial y con menor número de habitantes de todo el país (tabla 1).

<i>Tabla 1. Cálculo del coste del personal sanitario implicado en el tratamiento de las UPP.</i>	
Retribución anual de un especialista de área (Médico) (1)	-Médico: 38 844,57 € /año. -Sueldo + coste patronal: 38 844,57 + 12 527,37: 51 371,9 € -Coste por hora sobre una media de 1500 horas/año: 34,2 € -Coste por minuto: 0,57 €
Enfermeras APS (1)	-Enfermera: 22 442,93 €/año. -Sueldo + coste patronal: 22 442,93 + 7 237,8: 29 680 € -Coste por hora sobre una media de 1500 horas/año: 19,8 € -Coste por minuto enfermera APS ó sociosanitaria: 0,33 €
Enfermera Hospital y sociosanitaria (1 y 2)	-Coste por minuto personal enfermería hospital: 0,33 de enfermera + 0,057 de auxiliar (ver celda de abajo): 0,387 €
Auxiliar de enfermería (Hospital)	Auxiliares -Auxiliares: 15 586 €/año. -Sueldo + coste patronal: 15 586 + 5026: 20 612 € -Coste por hora sobre una media de 1500 horas/año: 13,7 € -Coste por minuto: 0,23 €. 25% del coste por minuto: 0,057€

(1): Según datos de elaboración propia extraídos a partir de la tabla de "Comparativa salarios FEA y Enfermeras en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Informativo CCOO Málaga" colgada en <http://www.funcionadministrativa.com> (consultada el 11.04.06)

Retribución bruta + cuota patronal (32,25%)

(2): Se calcula que en un 25% de los casos se requiere el concurso de una auxiliar de Enfermería (en Hospital y sociosanitaria) (para posicionamiento™.) por lo tanto se añade el 25% del coste de un minuto de auxiliar

### Metodología para calcular el coste del tratamiento

Los costes de tratamiento se han estimado según el estadio de las upp y el nivel asistencial, incluyendo los siguientes componentes:

- Costo de los cambios de apósito
- Costo de los episodios de infección
- Costo de las estancias extra en hospitales o centros sociosanitarios

### Costo de los cambios de apósito

El cálculo se ha efectuado incluyendo el tiempo de enfermería y el coste de los apósitos y del material de cura en base a la fórmula:

Coste por día = frecuencia diaria de cambio de apósito x (coste del tiempo de enfermería por cambio + el coste de apósitos y material de cura por cambio).

Para los pacientes tratados en Atención Primaria, el coste de los cambios de apósito también incluye el tiempo estimado de desplazamiento.

### Costo de los episodios de infección

El costo estimado de infección por paciente se ha calculado en base a la siguiente fórmula:

Probabilidad de infección (superficial o sistémica) x coste por episodio de infección por episodio.

El coste de los episodios de infección superficial o sistémica se ha calculado teniendo en cuenta tanto las determinaciones analíticas (cultivos) como las terapias antimicrobianas locales o sistémicas de acuerdo con las variables descritas en la tabla 2.

Coste por infección local en Hospital-APS-SS	1 Cultivo + antimicrobianos locales durante 10 días + cinco minutos médico + una analítica de sangre y orina -Coste análisis bacteriológico por frotis mediante hisopo: 9,02€ (incluye material + análisis bacteriológico) -Para el cálculo del coste del tratamiento local de la infección en hospital durante diez días hacemos la media entre 5 apósitos de plata (10 x10 cm) (a) y 10 aplicaciones de 5 g de sulfadiazina argéntica (SDA) (b). -5 minutos de médico a 0,57€: 2,85€ -Analítica general básica (sangre y orina): 8,96€ Coste total del episodio: 9,02 + 13,6 + 2,85 + 8,96: 34,43€
Coste por infección con tratamiento sistémico HOSPITAL:	2 cultivos + antibiótico sistémico por vía parenteral (10 días) (c,f) ( + 1 analítica sangre (Hospital) + 10 m médico Coste total del episodio: (2 x 9,02) + 132,2 + 8,96 + 5,7: 164,90 €
Coste por infección con tratamiento sistémico en APS-SS:	1 cultivo + antibiótico sistémico por vía oral (15 días) (d,e,f) + 1 analítica sangre + 10 m médico 9,02 + 21,75 + 8,96 + 5,7: 45,43€

**Asunciones de tipo general en relación con la infección:**

- Se asume que la infección local lleva asociada tratamiento sistémico (práctica habitual, que no la deseable) (en el caso del hospital por vía parenteral y en el caso de la APS-Sociosanitaria por vía oral)
- Se asume que la infección sistémica lleva asociado tratamiento antimicrobiano local
- Un médico le dedica al paciente con upp 5 minutos en caso de infección con tratamiento local y 10 minutos en caso de infección con tratamiento sistémico

**(a):** Media entre 5 apósitos antimicrobianos (10x10 cm): 5,18 € unidad  
 (Biatain Ag®: 5,3€; Comfeel Ag®: 5,11€; Aquacel Ag® (10x13): 6,92€; Calgitrol Ag®: 4,77€; Actisorb Plus® (10,5x10,5): 3,83€.

**(b):** Sulfadiazina Argéntica 5grs: 0,13€. Apósitos reemplazados cada dos días + sulfadiazina Ag aplicada diariamente

**(c):** Media del coste de la antibioticoterapia por vía parenteral y dosis más comúnmente utilizadas en el tratamiento de infección de heridas crónicas en el Hospital: (13,22 x 10 días: 132,2 €) (tratamiento de 10 días)

→ Amoxicilina-Clavulanico 1-2/0,2 gr c/6 h iv	-día-	3,96€
→ Amikacina 15 mg/kg/día iv	-día-	2,60€
→ Ceftazidima 2 gr c/8 h IV	-día-	23,10€
→ Cefepima 2gr c/12 h iv	-día-	29,16€
→ Cefotaxima 1 gr c/8 h	-día-	2,31€
→ Cloxacilina 1 gr c/4 h.	-día-	3,84€
→ Ceftriaxona 1 gr/día iv	-día-	0,80€
→ Clindamicina 600 mg c/6 h	-día-	3,56€
→ Imipenem 1gr c/6 h iv	-día-	44€
→ Metronidazol 500 mg c/ 8 h iv	-día-	2,55€
→ Piperacilina-tazobactam 4-0,5 gr c/6-8 h.	-día-	39€
→ Tobramicina c/8 h	-día-	3,78€

**(d):** Antibióticoterapia oral y dosis más comúnmente utilizadas en el tratamiento de infección de heridas crónicas en atención primaria y/o sociosanitaria durante 15 días

→ Amoxicilina-Clavulanico 500/125 c/ 8 h oral	-día-	0,51€
→ Ciprofloxacino 750 mg c/12 h oral	-día-	0,26€
→ Clindamicina 300 mg c/8 h. Oral	-día-	0,63€
→ Levofloxacino 500 mg c/ 24 h. Oral (7 dias)	-día-	2,77€ (7 dias)

**(e):** Media de la utilización de antibióticos sistémicos por vía oral en APS-SS:  
 (1,45 x 15 días: 21,75 €)

(se ha incrementado un 40 % el coste sobre cifras de hospital al tramitarse habitualmente mediante receta)

**(f):** Mensa J, et al. Infecciones de la piel, tejido subcutáneo y fascia En: Guía de terapéutica antimicrobiana. 15ª edic. pp. 355-59. Masson. Barcelona, 2005.



### Costo de estancia extra en hospital o centro sociosanitario

Para la mayoría de los pacientes se ha asumido que el motivo de ingreso no fue el tratamiento de sus upp. Solo se han incluido costes cuando:

- En los pacientes tratados en hospitales o centros sociosanitarios se prolongó su estancia debido a la/s úlcera/s.
- Una parte del episodio de tratamiento de la/s úlcera/s es atendido en otro nivel asistencial (p.e, paciente de atención primaria ingresado en un hospital para tratar una upp).

En la tabla 3 se presenta la información relativa a los costes diarios de camas hospitalarias o de atención sociosanitaria.

<i>Tabla 3. Costos de estancias en hospitales o centros sociosanitarios.</i>	
Coste diario de cama hospitalaria (1)	350 € por día
Coste diario de cama sociosanitaria (2)	52,37 € por día

-(1): Datos de la CCAA de la Rioja. En una Unidad de Medicina Interna del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de la Rioja. (Consulta al Servicio de Administración en Abril de 2006)

-(2): Coste de cama sociosanitaria/Residencia asistida (precios públicos 2006 para plazas concertadas en centros privados de la CC AA de la Rioja. (Boletín Oficial de la Rioja)

## Resultados

De acuerdo con la metodología descrita en el apartado anterior, el coste individual del tratamiento de una upp según nivel asistencial y tipo de tratamiento, sin tener en cuenta posibles complicaciones como la infección y la prolongación de la estancia hospitalaria, quedaría fijado en las cantidades que se presentan en las tablas 4, 5 y 6.

<i>Tabla 4. Úlcera por presión Estadio II. Coste estimado hasta cicatrización: mano de obra + materiales</i>			
	Atención Primaria (*)	Hospital (**)	Atención Sociosanitaria
Hasta 4 x 4 cm	91,4 % upp	85,2 % upp	88,8 % upp
Cura ambiente húmedo	103 €	36,2 €	92,71 €
Cura tradicional	254,9 €	58 €	178,9 €
De (4x4 a 8x8)	4,7 % upp	7 % upp	5,5 % upp
Cura ambiente húmedo	191,4 €	66,3 €	493,6 €
Cura tradicional	477,9 €	134,5 €	630,8 €
Más de 8 x 8 cm	3,9 % upp	7,9 % upp	5,8 % upp
Cura ambiente húmedo	333,8 €	130,8 €	684,3 €
Cura tradicional	659,7 €	207,6 €	857,12 €

(\*) incluye desplazamientos (\*\*) incluye tiempo de auxiliar

**Tabla 5. Úlcera por presión Estadio III. Coste estimado hasta cicatrización: mano de obra + materiales**

	Atención Primaria (*)	Hospital (**)	Atención Sociosanitaria
Hasta 4 x 4 cm	65,2 % upp	58,1 % upp	74,1 % upp
Cura ambiente húmedo	306,6 €	164,6 €	402,7 €
Cura tradicional	591,9 €	256,3 €	623,1 €
De (4x4 a 8x8)	17 % upp	22,4 % upp	15,9 % upp
Cura ambiente húmedo	422,6 €	342,2 €	530,8 €
Cura tradicional	1028,5 €	549,3 €	840 €
Más de 8 x 8 cm	17,8 % upp	19,5 % upp	10 % upp
Cura ambiente húmedo	766,2 €	601,8 €	926,3 €
Cura tradicional	1425,1 €	769,2 €	1181 €

(\*) incluye desplazamientos (\*\*) incluye tiempo de auxiliar

**Tabla 6. Úlcera por presión Estadio IV. Coste estimado hasta cicatrización: mano de obra + materiales**

	Atención Primaria (*)	Hospital (**)	Atención Sociosanitaria
Hasta 4 x 4 cm	43,4 % upp	32,6 % upp	51,4 % upp
Cura ambiente húmedo	865,6 €	532,6 €	650,6 €
Cura tradicional	1283,1 €	760,3 €	996 €
De (4x4 a 8x8)	17 % upp	16,9 % upp	15,2 % upp
Cura ambiente húmedo	1256,2 €	832,4 €	1238 €
Cura tradicional	1572,4 €	1149,9 €	1903 €
Más de 8 x 8 cm	39,6 % upp	50,6 % upp	33,3 % upp
Cura ambiente húmedo	1973,8 €	1753,9 €	1758 €
Cura tradicional	2291,7 €	1833,6 €	2232 €

(\*) incluye desplazamientos (\*\*) incluye tiempo de auxiliar

Partiendo del número de pacientes con upp en España extraído del último estudio de prevalencia [7], se pudo establecer una estimación del número total de pacientes tratados en una semana por nivel asistencial y estadio de las úlceras (ver Tabla 7).

En dicho estudio se obtuvo información de un 1,86% de la población mayor de 14 años en España a 1 de Enero de 2005 [8], de un 6,61% de las camas de hospitalización de agudos en España (según la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado actualizada a 31-12-2003 [9]), y del 4,05% de las 265 712 camas de tipo sociosanitario (según datos del año 2004 publicados en el libro blanco: "Atención a las personas en situación de Dependencia en España" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [10]).

El nivel asistencial es el ámbito en el que se proporciona la mayor parte del cuidado de una úlcera. Los pacientes pueden transitar entre los diferentes niveles asistenciales durante un episodio de tratamiento.

La extrapolación de los datos del citado estudio de prevalencia [7] a toda la realidad poblacional de España de acuerdo con información censal y estadísticas oficiales de instituciones sanitarias [8, 9, 10] nos permiten afirmar que en un momento determinado se tratan unos 53.000 pacientes con upp.

De acuerdo al estadio de estas lesiones, un 21% son de estadio I, un 36,5% de estadio II, un 29,6% de estadio III y un 12,9% de estadio IV. Un 49,8% de las mismas son tratadas en atención primaria, un 19,8% en hospitales y un 30,4% en centros sociosanitarios.

**Tabla 7. Prevalencia de UPP (pacientes tratados por semana) y nivel asistencial \***

Estadio de las UPP	Atención primaria	Hospital	Centros sociosanit.	TOTAL
	Sobre un total de 37 880 215 habitantes mayores de 14 años en España a 1-1-2005	Sobre un total de 128 082 camas de hospitalización de agudos en España (según la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado actualizada a 31-12-2003)	Sobre un total de 265 712 camas de tipo sociosanitario (según datos del año 2004 publicados en el libro: "Atención a las personas en situación de Dependencia en España" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).	
I	5 116 (19,3%)	3 216 (30,5%)	2 885 (17,8%)	11 217
II	8 987 (33,9%)	4 133 (39,2%)	6 321 (39%)	19 441
III	8 722 (32,9%)	2 246 (21,3%)	4 781 (29,5%)	15 749
IV	3 711 (14%)	959 (9,1%)	2 221 (13,7%)	6 891
Todos los estadios	26 536	10 554	16 208	
53,261	(49,8%)	(19,8%)	(30,4%)	

\* Nivel donde se proporciona la mayoría del tratamiento. Los pacientes podían ser atendidos en otros niveles asistenciales durante el transcurso de un episodio de tratamiento

El estudio de prevalencia del GNEAUPP7 nos permite evidenciar, en promedio, el número de upp por paciente, fijado en 1,6, por lo que estos 53.000 pacientes presentarían, aproximadamente, un total de 85.000 lesiones.

El coste de paciente por semana (tabla 8) se calcula en base a los parámetros descritos anteriormente y proviene de la división del coste total por episodio entre la duración media de los episodios (en semanas). La duración del episodio es el tiempo esperado para la cicatrización de una úlcera (según estadio y nivel), calculado para su análisis mediante la mediana de las evoluciones de acuerdo con el segundo estudio nacional de prevalencia de upp7. El coste por episodio se ha calculado en base a la ponderación de los costes de las diferentes dimensiones posibles de acuerdo con las frecuencias de diferentes tipos de superficies que se pueden extraer de la base de datos de upp del Estudio de prevalencia ya mencionado.

Comoquiera que el tiempo de evolución de las lesiones es necesariamente menor que el tiempo para cicatrizar, nos encontramos ante una estimación a la baja del coste por episodio. El coste por paciente tiene en cuenta el hecho de que un paciente puede tener más de una lesión.

En este sentido es interesante destacar que:

- Los costes semanales se incrementan con el estadio de las lesiones en todos los niveles asistenciales.
- Para las lesiones de estadio I, los costes semanales son más caros en la atención primaria debido al coste adicional del desplazamiento de los profesionales (estimado en una media de 20 minutos).
- El coste relativamente alto de una upp de estadio II en centros sociosanitarios es debido a la proporción significativa de pacientes (un 7,5%) en este nivel asistencial que son derivados a un hospital durante una parte de su episodio.

**Tabla 8: Coste del tratamiento por semana (asumiendo la mejor práctica con apósitos de cura en ambiente húmedo) por nivel asistencial\***

Estadio de la UPP	Atención Primaria (*)	Hospital (**)	Atención Sociosanitaria
I (**)	27 €	17 €	13 €
II	51 €	73 €	309 €
III	76 €	539 €	353 €
IV	201 €	794€	384€

(\*) Nivel donde se proporciona la mayoría del tratamiento

(\*\*) upp de estadio I tratadas con productos de ácidos grasos hiperoxigenados

El coste anual proviene de la combinación de la prevalencia de las lesiones y la media de lesiones por paciente con el coste semanal por paciente, asumiendo que la prevalencia es estable durante todo el año.

En la tabla 9 se presenta una estimación del coste nacional anual del tratamiento de las UPP en España por niveles asistenciales.

**Tabla 9: Costes nacionales de tratamiento de las UPP en España por nivel asistencial \* (en millones de euros)**

Estadio de la UPP	Atención Primaria (*)	Hospital (**)	Atención Sociosanitaria
I	718	2.8	1.98
II	23.97	15.75	101.62
III	34.68	62.90	87.87
IV	38.74	39.59	44.32
Todas	104.57	121.04	235.79
461 millones de €	(22.7%)	(26.2%)	(51.1%)

\* Sector donde se ha proporcionado la mayor parte de cuidados

El coste total nacional del tratamiento de las upp en un año se puede desglosar en base a sus componentes principales: tiempo de enfermería, materiales y coste de estancias extra en hospitales o centros sociosanitarios (tabla 10).

**Tabla 10: Costes nacionales del tratamiento por tipo de componente**

Estadio de las lesiones	Costo total (millones de €)	Materiales	Tiempo de enfermería	Estancia extra hospital	Estancia extra sociosanitaria
I	11.96	7%	93%	-	-
II	141.34	12%	14%	48%	26%
III	185.45	15%	19%	44%	22%
IV	122.66	16%	20%	45%	19%
Todas	461 mill €	67.4 mill € 14.6%	88.6 mill € 19.2%	205.8 mill € 44.6%	99.7 mill € 21.6%

A modo de resumen del coste del tratamiento de las upp en España, y bajo la dimensión de los episodios individuales, en la tabla 11 se representan los valores medios correspondientes al tratamiento de una upp según su estadio y nivel asistencial contemplando las posibles complicaciones (infección y estancia extra); en la tabla 12 se desglosan las diferentes variables del coste medio de un episodio de upp.

**Tabla 11. Coste medio del tratamiento de una upp por paciente y por nivel asistencial principal**

	APS	Hospital	Atención Sociosanitaria
Estadio I	108 €	24 €	43 €
Estadio II	220 €	136 €	1 767 €
Estadio III	655 €	2 309 €	3 282 €
Estadio IV	2 868 €	6 802 €	4 935 €

**Tabla 12. Utilización media de recursos**

En base a un episodio medio de upp

	Apósitos	Tiempo de enfermería	Estancia extra hospital	Estancia extra sociosanit.
	Euros	Horas	Días	Días
Estadio I	5	3.1	0.0	0.0
Estadio II	83	4.8	4.5	0.6
Estadio III	246	16.3	9.3	1.6
Estadio IV	661	40.3	17.0	6.3
TODAS	189 €	12.4	6.6	1.5

## Cura en ambiente húmedo versus cura con apósitos tradicionales

La información contenida en las tablas 9,10 y 11 se ha realizado en base a la asunción de que todos los pacientes eran tratados con apósitos de cura en ambiente húmedo. De todas maneras es posible comparar los costes esperados según se trate de apósitos de cura en ambiente húmedo o de apósitos tradicionales.

El coste total anual estimado del tratamiento de las upp en España sería de 602 millones de Euros si se tratasen todas con apósitos tradicionales frente a un coste de 461 millones de euros si fuesen tratadas con apósitos de cura en ambiente húmedo, es decir, 141 millones o un 31% más.

A pesar de que los apósitos de cura en ambiente húmedo son más caros, sus ventajas tecnológicas permiten un menor número de cambios y su utilización un acortamiento de los tiempos de cicatrización, con lo que los costes globales disminuyen de manera significativa<sup>11</sup>.

En la tabla 13 se muestran las diferencias en el coste por episodio y estadio de la úlcera. En éste sentido hay que destacar que existen diferencias entre los costes por apósito y cura, en la frecuencia de cambios de apósito, y en el tiempo esperado de cicatrización que se ha estimado superior en un 25% para el grupo de la cura tradicional. Los costes por episodio para cada estadio han sido ponderados entre los tres niveles asistenciales.

De acuerdo con estos datos, la utilización de apósitos de cura tradicional representa un incremento de coste por paciente entre un 21 y un 41%.

*Tabla 13: Comparación del coste medio por paciente según se utilicen apósitos de cura en ambiente húmedo o apósitos tradicionales.*

Estadio de la UPP	Apósitos de cura en ambiente húmedo (Coste total del episodio)	Apósitos tradicionales (Coste total del episodio)	Diferencia	
			Coste	Porcentaje
I	67 €	84 €	17 €	25%
II	705 €	992 €	287 €	41%
III	1 688 €	2 290 €	602 €	36%
IV	4 082 €	4 939 €	857 €	21%
Todas	1298 €	1 695 €	397 €	31%

También es posible calcular de manera separada los costes por tipo de recurso, costes materiales (apósitos y antibióticos), tiempo de enfermería, días extras de estancia de hospital y centro sociosanitario (los días extra incluyen sólo la estancia extra relacionada con el tratamiento de la úlcera). En las tablas 14 y 15 se resume esta información.

**Tabla 14: Utilización de recursos por paciente y episodio de tratamiento en pacientes tratados con cura en ambiente húmedo.**

	Material	Tiempo de enfermería*	Estancia Hospital*	Estancia extra en centro sociosanitario *
	Euros	Horas	Días de estancia extra	Días de estancia extra
I	5.0 €	3.1	0.0	0.0
II	82.8 €	4.8	4.5	0.6
III	245.5€	16.3	9.3	1.6
IV	661.4 €	40.3	17.0	6.3
Todas	189.0 €	12.4	6.6	1.5

\* Tiempo medio de enfermería/ tiempo total necesario para cicatrizar la lesión.

**Tabla 15. Utilización de recursos por paciente y episodio de tratamiento en pacientes tratado con cura tradicional**

	Material	Tiempo de enfermería*	Estancia Hospital*	Estancia extra en centro sociosanitario *
	Euros	Horas	Días de estancia extra	Días de estancia extra
I	6.3 €	3.9	0.0	0.0
II	104.3 €	13.6	4.8	0.8
III	276.2 €	37.8	9.9	2.0
IV	539.9 €	70.2	18.4	7.8
Todas	€191.0	26.0	7.1	1.9

\* Tiempo medio de enfermería/ tiempo total necesario para cicatrizar la lesión.

## Discusión

Como se puede observar, el coste de tratar las upp en España supone un importante desembolso para el sistema sanitario y la sociedad en general, rondando cifras que superan el 5% del gasto sanitario anual de nuestro país (6). Señalando, además, que los datos que aquí se presentan se entienden como una estimación a la baja por las limitaciones comentadas en relación a los datos procedentes del estudio de prevalencia y al estudio del cálculo de costes (información facilitada por un panel de expertos) que han servido de base en nuestro trabajo.

En relación con el coste total del tratamiento de las upp en España es importante destacar que:

- Se presentan los costes de acuerdo con el nivel asistencial principal. Pero los pacientes podrían circular entre los niveles asistenciales durante un episodio del tratamiento.
- Según la tabla 7, la mayoría (50%) de los pacientes son tratados, principalmente, en la APS mientras que sólo representan un 23% del coste total (tabla 9). De la misma manera, el 20% están siendo tratados en el hospital con un 26,6% del total (sin perder de vista que las estancias extras en este nivel suponen un 44,6% del total), y por último, mientras que en la atención sociosanitaria se atiende al 30% de los pacientes con upp, este nivel representa el 51% del coste total.

- El coste de los materiales empleados en el tratamiento de las upp (apósitos, otros materiales de cura y antibióticos) representan una parte minoritaria (14,6%) del coste total, 67,4 millones de euros sobre un coste total de 461 millones.
- El coste medio del tiempo de enfermería empleado en el tratamiento de las upp representa un 19,2% de su coste total; a pesar de que las upp consumen una gran cantidad de tiempo de enfermería, el coste total de la atención a las mismas está muy directamente condicionado por aquellos pacientes cuya estancia, tanto en hospitales como en centros sociosanitarios se prolonga en el tiempo, representando éste incremento de las estancias un 66% del coste total. En APS se ven aumentados por el tiempo de los traslados de los profesionales hasta el domicilio del paciente.
- Por la severidad de la lesión, podemos destacar que los costes son más elevados para una upp de estadio II en atención sociosanitaria debido a que muchos de estos pacientes son ingresados en el hospital durante una parte de su cuidado, ocurriendo lo mismo para el estadio III, pero teniendo en cuenta que el tiempo para cicatrizar es más largo. Muchos de los pacientes con upp de estadio IV son atendidos en el hospital al menos durante una parte de su tratamiento por la gravedad de la lesión y la probabilidad de que ésta sufra complicaciones.

En relación con el coste con cura tradicional y cura en ambiente húmedo podemos destacar que:

- De acuerdo con el promedio de todas las úlceras, el gasto en materiales es más bajo por paciente en el caso de los apósitos de cura en ambiente húmedo (191 frente a 189 euros) a pesar del hecho de que los costes unitarios de los apósitos de cura en ambiente húmedo son más caros (excepto en el caso de las úlceras de estadio IV).
- El mayor impacto del cambio de cura tradicional a cura en ambiente húmedo se centra en el tiempo de enfermería; esto es debido a una menor necesidad de cambios de cura y a un menor tiempo para cicatrizar. Por ejemplo, la cicatrización de una úlcera con apósitos de cura en ambiente húmedo requiere una media de 13,6 horas de enfermería menos que cuando se cura con apósitos de cura tradicional.

Históricamente, por las peculiaridades que rodean a este tipo de lesiones, las upp no han sido tenidas en cuenta como un importante problema de salud pública, pero en términos económicos si llevamos a cabo una relación comparativa con problemas de salud que, a primera vista, resultan mucho más importantes para el sistema sanitario y la sociedad en general, como por ejemplo, el SIDA o la diabetes tipo II, tendremos una idea más clara de la dimensión que alcanza el problema de las upp:

- Según los indicadores de infección por VIH y SIDA en España, publicados en 2006<sup>[12]</sup>, el gasto anual para el tratamiento con antirretrovirales ascendió a unos 422 millones de euros en 2004, mientras que en nuestro caso, la opción más barata relacionada con el tratamiento de las upp (cura en ambiente húmedo) nos sitúa en un gasto de 461 millones de euros, o la más cara (cura tradicional) en 602 millones.



- El coste anual por paciente tratado de diabetes tipo II supone, según datos del año 2001, 1.305,15 euros (su coste anual sería de unos 326.000 millones de las antiguas pesetas, lo que significa el 4,4 por ciento del gasto sanitario total español) [13, 14] frente a una horquilla promedio, en el caso del tratamiento de las upp, entre 1.298 y 1.695 euros, según el tipo de tratamiento (cura en ambiente húmedo o tradicional).

Además, diversas publicaciones han puesto de manifiesto que estas lesiones presentan una morbilidad asociada importante, disminuyen la calidad de vida de quienes las padecen y de sus cuidadores y, como queda patente, suponen un importante consumo para el sistema de salud tanto en recursos humanos como materiales, lo que se traduce en un nada desdeñable impacto económico.

Específicamente, Allman [3] indica que la estancia hospitalaria aumenta hasta 5 veces cuando los pacientes desarrollan una upp, con un coste hospitalario medio cercano al doble de la situación normal; que mucha gente con upp experimenta dolor, aunque sólo una tercera parte de los que las padecen pueden manifestarlo por su estado; que la infección sistémica es una complicación frecuente asociada a las upp y que ser portador de una upp aumenta la probabilidad de morir [3,15,16,17,18]. La presencia de una upp se ha asociado con un riesgo de muerte de 2 a 4 veces superior a no presentar este tipo de lesiones en personas de edad avanzada [16] y en pacientes de cuidados intensivos [17]. En España, se estima que por cada 100.000 defunciones que se producen más de 165 son o están relacionadas con el hecho de padecer upp [19].

Pam Hibbs [19], en la década de los ochenta, tuvo el gran acierto de dibujar el problema de las úlceras por presión como una "Epidemia debajo de las sábanas", ilustrando de una manera muy didáctica la envergadura epidemiológica de estos lamentables procesos de pérdida de salud y acoger una doble metáfora relacionando el territorio de nuestro cuerpo que comúnmente se ve afectado, y al tiempo, la situación de hermetismo, desconocimiento y, amparado en ese plano más íntimo-doméstico, inherentemente, la devaluación del problema.

Pero, reconociendo hoy toda su vigencia, se debería aumentar su acepción con un nuevo adjetivo que debiera acompañar al indiscutible perfil epidémico que los más actuales estudios atestiguan: también es una epidemia a la vez "ignorada" y "desatendida".

El Informe sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud del año 2003 [21], enumera tres amenazas crecientes con graves cargas de discapacidad y dependencia no atribuible a las clásicas enfermedades transmisibles. Las afecciones cardiovasculares, las enfermedades vinculadas con el tabaco y el victimismo relacionado con el tráfico son presentadas como epidemias mundiales desatendidas y nadie duda, a esta altura, de la solidez de las pruebas para promover iniciativas eficaces para la promoción y protección de la salud de estos grupos en riesgo y conjugarlas con la lucha de las persistentes epidemias de enfermedades transmisibles.

Apoyándonos en el sentido más estricto de esta nueva nomenclatura, con la distancia que la sensatez dicta, a la vista de las proporciones alcanzadas en el más absoluto silencio, desconocimiento y connivencia de los responsables sanitarios y la ciudadanía en general, se entiende que, las upp en nuestro entorno, han de ser consideradas también como una veterana y vergonzante epidemia desatendida (sabemos sus causas y conocemos la forma de prevenir casi su totalidad).

Sería del interés de todos, la cooperación entre profesionales, usuarios, familiares y administraciones, y una intervención conjunta eficaz para desterrar estos lamentables episodios de la vida, solo en nuestro país, de miles de ancianos, discapacitados, moribundos, o afectos de cualquier edad de limitación o incapacidad para moverse.

Ambas dimensiones de coste se pueden reducir mediante:

- Medidas efectivas de prevención
- Asegurando una pronta detección y tratamiento precoz
- Garantizando una óptima práctica clínica en su atención con la adopción de los apósitos modernos basados en la técnica de la cura en ambiente húmedo.

No es posible demorar por más tiempo una acción decidida con intervenciones eficaces, efectivas y eficientes; y especialmente permitir de una vez el nacimiento del crédito para las upp como un verdadero problema de salud pública.

Finalmente destacar que nuestro estudio nos ha permitido acercarnos a la cuantificación de algunas de las variables relacionadas con el problema de las upp, aunque no nos ha sido posible medir ni la “epidemiología” ni el “coste” del impacto de las upp en el sufrimiento y en la calidad de vida de quienes las sufren (pacientes, cuidadores, entornos familiares...), variables de gran trascendencia e impacto en esa búsqueda del dimensionamiento global del problema de las upp.

## Agradecimientos:

Silvia Orus Puigvert. Directora Técnica de Smith&Nephew. España.

Lucía Barrio Pérez, supervisora de enfermería de la Unidad de Hospitalización del Área de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva, Servicio Riojano de la Salud.

## Bibliografía

1. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. *1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2003; 14(1):37-47

2. Soldevilla J, Torra JE, Verdú J, Rueda J, Martínez F, Roche E. *Epidemiology of Chronic Wounds in Spain: Results of the First National Studies on Pressure and Leg Ulcer Prevalence. Wounds*. 2006; 218(8):213-226
3. Allman RM. *Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact*. Clinics in Geriatric Medicine. 1997; 13(3):421-436
4. Soldevilla JJ, Torra JE. *Epidemiología de las úlceras por presión en España*. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. Gerokomos. 1999; 10(2):75-87
5. Bennett G, Dealey C, Posnett J. *The cost of pressure ulcers in the UK. Age and Ageing*. 2004; 33:230-235
6. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org> (consultado el 19/1/2007)
7. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, Mayán JM. *2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2006; 17(3):154-172
8. Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón municipal 2005. *Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población por edad (grupos quinquenales) y sexo*. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi> (consultado el 27-06-2006)
9. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*, 2003. Disponible en: <http://www.msc.es/edadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/home.htm> (consultado el 27-06-2006)
10. *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005
11. San Miguel L, Torra JE, Verdú J. *Economics of pressure ulcer care: review of the literature on modern versus traditional dressings*. JWC. 2007; 16(1):5-9
12. *Infección por VIH y SIDA en España. Plan multisectorial. Indicadores 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
13. Mata M, Antonanzas F, Tafalla M, Sanz P. *The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study*. Gac Sanit. 2002; 16(6):511-20
14. Jonsson B; *CODE-2 Advisory Board. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe*. Diabetologia. 2002; 45(7):S5-12

15. Anaya J et al. *Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público*. Gerokomos. 2000; 11(2):102-110
16. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, Allman RM. *Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death*. J Am Geriatr Soc. 1996; 44(12):1435-1440
17. Clough NP. *The cost of pressure area management in an intensive care unit*. J Wound Care. 1994; 3:33-35
18. Allman RM. *The impact of pressure ulcers on health care cost and mortality*. Advances of Wound Care 1998; 11(3 suppl):2
19. Verdú J, Nolasco A, García C. *Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999*. Gerokomos. 2003; 14(4):212-226
20. Hibbs P. *The economics of pressure ulcer prevention*. Decubitus. 1988; 1(3):32-38
21. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro*. Ginebra: OMS; 2003

<b>Anexo 1. Variables de tipo general con repercusión en el coste del tratamiento de las Úlceras por Presión en diferentes escenarios según grupo de expertos</b>				
		<b>APS</b>	<b>Hospital</b>	<b>Sociosanitaria</b>
UPP Estadio I	% de tiempo (evolución) atendida en el nivel asistencial	100%	100%	100%
UPP Estadio II	% de tiempo (evolución) atendida en el nivel asistencial	100%	80% (10% en APS y 10% en sociosanitaria) (estimación)	90% (2,5% APS y 7,5% hospital) (estimación)
	Porcentaje de UPP que se infectan y que requieren de tratamiento antimicrobiano local	20%	5%	10%
	Porcentaje de UPP que se infectan y que requieren de tratamiento antibiótico sistémico	5%	1,75%	2%
	Porcentaje de UPP en las que interviene el médico	0	0	10%
	Incremento de estancia hospitalaria (en días) HOSPITAL	-	0 DÍAS	10 DÍAS
	% de curas realizadas por la familia/cuidador (Atención Primaria)	20%	-	-
	UPP Estadio III	% de tiempo (evolución) atendida en tu nivel asistencial	100%	50% (25% APS y 25% Sociosanitaria) (estimación)
Porcentaje de UPP que se infectan y que requieren de tratamiento antimicrobiano local		35%	25%	20%
Porcentaje de UPP que se infectan y que requieren de tratamiento antibiótico sistémico		20%	15%	5%
Porcentaje de UPP en las que interviene el médico		2,5%	5%	10%
Incremento de estancia hospitalaria (en días) HOSPITAL		-	4,5 DÍAS	20 DÍAS
% de curas realizadas por la familia/cuidador (Atención Primaria)		10%	-	-
UPP Estadio IV		% de tiempo (evolución) atendida en tu nivel asistencial	95% (25% APS y 50% Sociosanitaria) (estimación)	25% (2,5% Hosp. y 2,5% Sociosanitario) (estimación)
	Porcentaje de UPP que se infectan y que requieren de tratamiento antimicrobiano local	35%	25%	20%
	Porcentaje de UPP que se infectan y que requieren de tratamiento antibiótico sistémico	20%	15%	5%
	Porcentaje de UPP en las que interviene el médico	2,5%	5%	10%
	Incremento de estancia hospitalaria (en días) HOSPITAL	-	4,5 DÍAS	20 DÍAS
	% de curas realizadas por la familia/cuidador (Atención Primaria)	0%	-	-

**Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos**

		4x4 cm	8x8 cm	>8cm
<p>UPP de Estadio I (*)</p> <p>Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 3,5 días</p> <p>Tiempo por cura (en minutos): 5 minutos</p> <p>Número de curas al día: 0,4 curas/día</p> <p>Número total de curas para solucionar estadio I: 2,4 curas</p> <p>Tiempo de enfermería para cicatrizar la lesión 10,7 minutos en curas + 48 minutos de desplazamiento: 58,7 minutos</p>	<p><b>ATENCIÓN PRIMARIA</b></p> <p>UPP Estadio II</p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 20,5 días</p> <p>-Tiempo por cura: 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 2,5</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 81,4 minutos en curas + 6,8 curas a 20 minutos desplazamiento: 217,4 minutos</p> <p><b>-Mano de obra enfermería: 71,74€</b></p> <p><b>-7,32 curas ambiente húmedo a 4,26€: 31,18€</b></p> <p><b>TOTAL: 102,92€</b></p> <p><b>91,4% úlceras</b></p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 34,5 días</p> <p>-Tiempo por cura: 12,25 minutos</p> <p>-Curas semana: 2,5</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 156,6 minutos en curas + 12,3 curas a 20 minutos desplazamiento: 402,6 minutos</p> <p><b>-Mano de obra enfermería: 132,85€</b></p> <p><b>-12,3 curas ambiente húmedo a 4,76€: 58,54€</b></p> <p><b>TOTAL: 191,39€</b></p> <p><b>4,7% úlceras</b></p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 42,5 días</p> <p>-Tiempo cura: 15 min.</p> <p>-Curas semana: 2,7 c.</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 268,6 minutos en curas + 17,1 curas a 20 minutos desplazamiento: 610,6 minutos</p> <p><b>-Mano de obra enfermería: 201,49€</b></p> <p><b>-17,1 curas ambiente húmedo a 7,74€: 132,25€</b></p> <p><b>TOTAL: 333,84€</b></p> <p><b>3,9% úlceras</b></p>
	<p>% de úlceras</p>	<p><b>ATENCIÓN PRIMARIA</b></p> <p>UPP Estadio II</p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 25,6 días</p> <p>-Tiempo por cura: 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 219 minutos en curas + 21,9 curas a 20 minutos desplazamiento: 657 minutos</p> <p><b>-Mano de obra enfermería: 216,81€</b></p> <p><b>-21,9 curas tradicionales a 1,738€: 38,06€</b></p> <p><b>TOTAL: 254,87€</b></p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 43,1 días</p> <p>-Tiempo por cura: 12,25 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 452 minutos en curas + 36,9 curas a 20 minutos desplazamiento: 1190 minutos</p> <p><b>-Mano de obra enfermería: 392,7€</b></p> <p><b>-36,9 curas tradicionales 2,309€: 85,2€</b></p> <p><b>TOTAL: 477,9€</b></p>

**Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos**

	4x4 cm	8x8 cm	>8cm
UPP Estadio III	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 40 días</p> <p>-Tiempo por cura: 15 minutos</p> <p>-Curas semana: 3 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 342,9 minutos en curas + 171 curas a 20 minutos desplazamiento: 684,9 minutos</p> <p>-Mano de obra enfermería: 226,01€</p> <p>-17 curas CAH a 4,74€: 80,58€</p> <p><b>TOTAL: 306,59€</b></p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 60 días</p> <p>-Tiempo por cura: 20 minutos</p> <p>-Curas semana: 3 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 385,7 minutos en curas + 25,7 curas a 20 minutos desplazamiento: 872,7 minutos</p> <p>-Mano de obra enfermería: 287,99€</p> <p>-25,7 curas CAH a 5,24€: 134,6€</p> <p><b>TOTAL: 422,59€</b></p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 80 días</p> <p>-Tiempo por cura: 20 minutos</p> <p>-Curas semana: 3 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 750 minutos en curas + 35 curas a 20 minutos desplazamiento: 1450 minutos</p> <p>-Mano de obra enfermería: 478,5€</p> <p>-35curas CAH a 8,22€: 287,7€</p> <p><b>TOTAL: 766,2€</b></p>
% de úlceras	65,2% úlceras	17% úlceras	17,8% úlceras
UPP Estadio III	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 50 días</p> <p>-Tiempo por cura: 15 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 642 minutos en curas + 42,8 curas a 20 minutos desplazamiento: 1 498 minutos</p> <p>-Mano de obra enfermería: 494,34€</p> <p>-42,8 curas trad a 2,28€: 97,58€</p> <p><b>TOTAL: 591,92€</b></p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 75 días</p> <p>-Tiempo por cura: 20 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 1285,6 minutos en curas + 64,28 curas a 20 minutos desplazamiento: 2 571,2 minutos</p> <p>-Mano de obra enfermería: 848,49€</p> <p>-64,28 curas trad a 2,8€: 180</p> <p><b>TOTAL: 1.028,49€</b></p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días</p> <p>-Tiempo por cura: 20 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 714 minutos en curas + 85,7 curas a 20 minutos desplazamiento: 3 428 minutos</p> <p>-Mano de obra enfermería: 1 131,24€</p> <p>-85,7 curas trad a 3,43€: 293,9€</p> <p><b>TOTAL: 1.425,14€</b></p>

continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>				
		<b>4x4 cm</b>	<b>8x8 cm</b>	<b>&gt;8cm</b>
	UPP Estadio IV	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 80 días -Tiempo por cura: 17,5 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1028,6 minutos en curas + 42,9 curas a 20 minutos desplazamiento: 1 886,6 minutos <b>-Mano de obra enfermería: 622,6€</b> <b>-42,9 curas CAH a 5,67€: 243,2€</b>  <b>TOTAL: 865,8 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 90 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1285,7 minutos en curas + 64,3 curas a 20 minutos desplazamiento: 2571,7 minutos <b>-Mano de obra enfermería: 848,66€</b> <b>-64,3 curas CAH a 6,34€: 407,6€</b>  <b>TOTAL: 1 256,2 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 120 días -Tiempo por cura: 22,5 minutos -Curas semana: 5 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1800 minutos en curas + 85,7 curas a 20 minutos desplazamiento: 3514 minutos <b>-Mano de obra enfermería: 1159,62€</b> <b>-85,7 curas CAH a 9,5€: 814,15€</b>  <b>TOTAL: 1 973,77 €</b>
	% de úlceras	<b>43,4% úlceras</b>	<b>17% úlceras</b>	<b>39.6% úlceras</b>
	UPP Estadio IV	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días -Tiempo por cura: 17,5 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 499,75 minutos en curas + 85,7 curas a 20 minutos desplazamiento: 3 213 minutos <b>-Mano de obra enfermería: 1 060,29€</b> <b>-85,7 curas trad a 2,6€: 222,8€</b>  <b>TOTAL: 1 283,1€</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 112,5 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 920 minutos en curas + 96 curas a 20 minutos desplazamiento: 3 840 minutos <b>-Mano de obra enfermería: 1 267,2€</b> <b>-96 curas trad a 3,18€: 305,2€</b>  <b>TOTAL: 1 572,4 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 150 días -Tiempo por cura: 22,5 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 891,2 minutos en curas + 128,5 curas a 20 minutos desplazamiento: 5461,2 minutos <b>-Mano de obra enfermería: 1 802,19 €</b> <b>-128,5 curas trad a 3,81: 489,5€</b>  <b>TOTAL: 2 291,69 €</b>



continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>				
		<b>4x4 cm</b>	<b>8x8 cm</b>	<b>&gt;8cm</b>
<p>UPP de Estadio I (*)</p> <p>Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 3 días</p> <p>Tiempo por cura (en minutos): 3 minutos</p> <p>Número de curas al día: 1 cura/día</p> <p>Número total de curas para solucionar estadio I: 4,5 curas</p> <p>Tiempo de enfermería para cicatrizar la lesión 12,5 minutos</p>	<p><b>HOSPITAL</b></p> <p>UPP Estadio II</p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 14 días</p> <p>-Tiempo por cura 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 2,5 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 50 minutos</p> <p>-Tiempo auxiliar: 12,5 minutos</p> <p>-Núm total curas: 5 curas</p> <p>-<b>Mano de obra personal de enfermería: 19,35€</b></p> <p>- 5 CAH a 3,37: 16,85 €</p> <p><b>TOTAL: 36,2 €</b></p> <p><b>85,2% úlceras</b></p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 20 días</p> <p>-Tiempo por cura 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 3 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 85,7 minutos</p> <p>-Tiempo auxiliar: 21,42 minutos</p> <p>-Núm total curas: 8,6 curas</p> <p>-<b>Mano de obra personal de enfermería: 33,16€</b></p> <p>-8,6 CAH a 3,85: 33,11 €</p> <p><b>TOTAL: 66,27 €</b></p> <p><b>7 % úlceras</b></p>	<p><b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 28 días</p> <p>-Tiempo por cura 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 3 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 120 minutos</p> <p>-Tiempo auxiliar: 30 minutos</p> <p>-Núm total curas: 12 curas</p> <p>-<b>Mano de obra personal de enfermería: 46,44 €</b></p> <p>-12 CAH a 7,031: 84,37 €</p> <p><b>TOTAL: 130,81 €</b></p> <p><b>7,8% úlceras</b></p>
	<p><b>HOSPITAL</b></p> <p>UPP Estadio II</p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 17,5 días</p> <p>-Tiempo por cura 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 150 minutos</p> <p>-Tiempo auxiliar: 37,5 minutos</p> <p>-Núm total curas: 15 curas</p> <p>-<b>Mano de obra personal de enfermería: 58,05€</b></p> <p>- 15 C. Trad a 1,839: 27,58 €</p> <p><b>TOTAL: 85,63 €</b></p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 25 días</p> <p>-Tiempo por cura 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 214,2 minutos</p> <p>-Tiempo auxiliar: 53,5 minutos</p> <p>-Núm total curas: 21,42 curas</p> <p>-<b>Mano de obra personal de enfermería: 82,89€</b></p> <p>- 21,42 C. Trad a 2,41: 51,62 €</p> <p><b>TOTAL: 134,51 €</b></p>	<p><b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b></p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 35 días</p> <p>-Tiempo por cura 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 300 minutos</p> <p>-Tiempo auxiliar: 75 minutos</p> <p>-Núm total curas: 30 curas</p> <p>-<b>Mano de obra personal de enfermería: 116,1 €</b></p> <p>- 30 C. Trad a 3,05: 91,5 €</p> <p><b>TOTAL: 207,6 €</b></p>

continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>				
		<b>4x4 cm</b>	<b>8x8 cm</b>	<b>&gt;8cm</b>
	UPP Estadio III	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 30 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 3,7 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 273,8 minutos -Tiempo auxiliar: 59,4 minutos -Núm total curas: 15,85 curas -Mano de obra personal de enfermería: 105,96€ - 15,85 CAH a 3,7: 58,64 €  <b>TOTAL: 164,6€</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 60 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 514,28 minutos -Tiempo auxiliar: 128,5 minutos -Núm total curas: 34,28 curas -Mano de obra personal de enfermería: 199,02€ - 34,28 CAH a 4,18: 143,29 €  <b>TOTAL: 342,31 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 80 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 685,7 minutos -Tiempo auxiliar: 171,4 minutos -Núm total curas: 45,71 curas  -Mano de obra personal de enfermería: 265,36 € - 45,71 CAH a 7,36: 336,42 €  <b>TOTAL: 601,78 €</b>
	% de úlceras	<b>58,1% úlceras</b>	<b>22,4% úlceras</b>	<b>19,5 % úlceras</b>
	UPP Estadio III	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 37,5 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 482,14 minutos -Tiempo auxiliar: 120,5 minutos -Núm total curas: 32,14 curas -Mano de obra personal de enfermería: 186,58€ - 32,14 c. trad a 2,17: 69,74 €  <b>TOTAL: 256,32 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 75 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 964,28 minutos -Tiempo auxiliar: 241 minutos -Núm total curas: 64,28 curas -Mano de obra personal de enfermería: 373,17€ - 64,28 c. trad a 2,74: 176,12 €  <b>TOTAL: 549,29 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 285,71 minutos -Tiempo auxiliar: 321,4 minutos -Núm total curas: 85,71 curas -Mano de obra personal de enfermería: 497,56 € - 85,71 c. trad a 3,38: 289,69 €  <b>TOTAL: 769,25 €</b>

continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>				
		<b>4x4 cm</b>	<b>8x8 cm</b>	<b>&gt;8cm</b>
	UPP Estadio IV	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 85 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 4,2 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 765 minutos -Tiempo auxiliar: 191,2 minutos -Núm total curas: 51 curas <b>-Mano de obra personal de enfermería: 296,5 €</b> <b>-51 CAH a 4,63: 236,13 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 102,5 días -Tiempo por cura 19 minutos -Curas semana: 4,5 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 251,9 minutos -Tiempo auxiliar: 313 min. -Núm total curas: 65,89 curas <b>-Mano de obra personal de enfermería: 484,48 €</b> <b>- 65,89 CAH a 5,28: 347,89 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 150 días -Tiempo por cura 20 minutos -Curas semana: 5 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 142,85 minutos -Tiempo auxiliar: 535,7 minutos -Núm total curas: 107,14 curas <b>-Mano de obra personal de enfermería: 829,28 €</b> <b>- 107,14 CAH a 8,63: 924,61 €</b>
	% de úlceras	<b>32,6 % úlceras</b>	<b>16,9% úlceras</b>	<b>50,6% úlceras</b>
	UPP Estadio IV	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 106,25 días -Tiempo por cura 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 365 minutos -Tiempo auxiliar: 341,2 minutos -Núm total curas: 91 curas <b>-Mano de obra personal de enfermería: 528,25 €</b> <b>- 91 C. Trad a 2,55: 232,05 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 128,12 días -Tiempo por cura 19 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 086,2 minutos -Tiempo auxiliar: 521,5 minutos -Núm total curas: 109,8 curas <b>-Mano de obra personal de enfermería: 807,35€</b> <b>- 109,8 C. Trad a 3,12: 342,57 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 187,5 días -Tiempo por cura 20 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 3 214,2 minutos -Tiempo auxiliar: 803,5 minutos -Núm total curas: 160,7 curas <b>-Mano de obra personal de enfermería: 1 243,89 €</b> <b>- 160,7 C. Trad a 3,67: 589,76 €</b>
		<b>TOTAL: 760,3€</b>	<b>TOTAL: 1 149,92€</b>	<b>TOTAL: 1 833,65€</b>

continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>						
UPP de Estadio I (*)	4x4 cm			8x8 cm	>8cm	
	<p><b>Sociosanitario</b></p> <p>UPP Estadio II</p> <p><b>Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 4,5 días</b></p> <p><b>Tiempo por cura (en minutos): 4 minutos</b></p> <p><b>Número de curas al día: 0,8 cura/día</b></p> <p><b>Número total de curas para solucionar estadio I: 4,9 curas</b></p> <p><b>Tiempo de enfermería para cicatrizar la lesión 18 minutos</b></p>	<p>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 32,5 días</p> <p>-Tiempo por cura: 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 3 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 139 minutos</p> <p>-Núm total curas: 13,9 curas</p> <p>-Mano de obra enfermería: 45,87€</p> <p>- 13,9 CAH a 3,37: 46,84€</p> <p><b>TOTAL: 92,71 €</b></p> <p><b>88,8% úlceras</b></p>	<p>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 80 días</p> <p>-Tiempo por cura 15 minutos</p> <p>-Curas semana: 4 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 685,7 minutos</p> <p>-Núm total curas: 45,7curas</p> <p>-Mano de obra enfermería: 226,28€</p> <p>- 45,7CAH a 5,85: 267,34 €</p> <p><b>TOTAL: 493,62€</b></p> <p><b>5,5% úlceras</b></p>	<p>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</p> <p>-Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días</p> <p>-Tiempo por cura 15 minutos</p> <p>-Curas semana: 4 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 857,14 min.</p> <p>-Núm total curas: 57,14 curas</p> <p>-Mano de obra enfermería: 282,85€</p> <p>- 57,14CAH a 7,03: 401,41 €</p> <p><b>TOTAL: 684,26 €</b></p> <p><b>5,8% úlceras</b></p>	<p>UPP Estadio II</p> <p>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</p> <p>Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 40,62 días</p> <p>-Tiempo por cura: 10 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 348,21 minutos</p> <p>-Núm total curas: 34,82 curas</p> <p>-Mano de obra enfermería: 114,91€</p> <p>- 34,82 CTrad a 1,84: 64,06€</p> <p><b>TOTAL: 178,97 €</b></p>	<p>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</p> <p>Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días</p> <p>-Tiempo por cura 15 minutos</p> <p>-Curas semana: 6 curas</p> <p>-Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 285,71 minutos</p> <p>-Núm total curas: 85,7curas</p> <p>Mano de obra enfermería: 424,28€</p> <p>- 85,7 CTrad a 2,41: 206,53€</p> <p><b>TOTAL: 630,81 €</b></p>

continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>				
		<b>4x4 cm</b>	<b>8x8 cm</b>	<b>&gt;8cm</b>
	UPP Estadio III	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 80 días -Tiempo por cura: 15 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 685,7 minutos -Núm total curas: 45,7 curas <b>-Mano de obra enfermería: 226,28€</b> <b>- 45,7 CAH a 3,86: 176,4€</b>  <b>TOTAL: 402,68 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días -Tiempo por cura: 15 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 857,14 minutos -Núm total curas: 57,14 curas <b>-Mano de obra enfermería: 282,85€</b> <b>- 57,14 CAH a 4,34: 247,98€</b>  <b>TOTAL: 530,83€</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 130 días -Tiempo por cura: 15 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 114,28 minutos -Núm total curas: 74,28 curas <b>-Mano de obra enfermería: 367,71€</b> <b>- 74,28 CAH a 7,52: 558,58€</b>  <b>TOTAL: 926,29€</b>
	% de úlceras	<b>74,1% úlceras</b>	<b>15,9% úlceras</b>	<b>10% úlceras</b>
	UPP Estadio III	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días -Tiempo por cura: 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 285,7 minutos -Núm total curas: 85,7 curas <b>Mano de obra enfermería: 424,28€</b> <b>- 85,7 C. Trad a 2,32: 198,82€</b>  <b>TOTAL: 623,1 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 125 días -Tiempo por cura: 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 607,14 minutos -Núm total curas: 107,14 curas <b>Mano de obra enfermería: 530,35€</b> <b>- 107,14 C. Trad a 2,89: 309,63€</b>  <b>TOTAL: 839,98 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 162,5 días -Tiempo por cura: 15 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 089,28 minutos -Núm total curas: 139,28curas <b>Mano de obra enfermería: 689,46€</b> <b>- 139,28 C. Trad a 3,53: 491,65€</b>  <b>TOTAL: 1 181,11 €</b>

continuación

<b>Anexo 2. Variables relacionadas con el procedimiento de cura. Repercusión en el coste del tratamiento de las UPP en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos</b>				
		<b>4x4 cm</b>	<b>8x8 cm</b>	<b>&gt;8cm</b>
	UPP Estadio IV	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 100 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 1 142,85 minutos -Núm total curas: 57,1 curas <b>-Mano de obra enfermería: 377,14€</b> <b>-57,1 CAH a 4,79: 273,5€</b>  <b>TOTAL: 650,64 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 180 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 057,14 minutos -Núm total curas: 102,85curas <b>-Mano de obra enfermería: 678,85€</b> <b>- 102,85 CAH a 5,44: 559,5€</b>  <b>TOTAL: 1 238,35 €</b>	<b>a) ESCENARIO CURA AMBIENTE HÚMEDO (de acuerdo con panel de expertos)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 200 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 4 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 285,7 minutos -Núm total curas: 114,28 curas <b>-Mano de obra enfermería: 754,28€</b> <b>-114,28 CAH a 8,79: 1 004,52€</b>  <b>TOTAL: 1 758,8 €</b>
	% de úlceras	51,4% úlceras	15,2% úlceras	33,3% úlceras
	UPP Estadio IV	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 125 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 2 142,8 minutos -Núm total curas: 107,14 curas  <b>Mano de obra enfermería: 707,14€</b> <b>- 107,14 C. Trad a 2,7: 289,27€</b>  <b>TOTAL: 996,41 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 225 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 3 857,14 minutos -Núm total curas: 192,85 curas  <b>Mano de obra enfermería: 1.272,85€</b> <b>- 192,85 C. Trad a 3,27: 630,61€</b>  <b>TOTAL: 1 903,46 €</b>	<b>b) ESCENARIO CURA TRADICIONAL (Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)</b> -Tiempo necesario para su cicatrización (en días): 250 días -Tiempo por cura: 20 minutos -Curas semana: 6 curas -Tiempo enfermería para cicatrizar: 4 285,71 minutos -Núm total curas: 214,28curas  <b>Mano de obra enfermería: 1. 414,28€</b> <b>214,28 C. Trad a 3,82: 818,54€</b>  <b>TOTAL: 2 232,82 €</b>

Notas:

- (\*): Se ha presumido que las UPP de estadio I se tratan con compuestos de ácidos grasos hiperoxigenados
- CAH: Cura en ambiente húmedo; C.Tradic: Cura tradicional;
- Valores expresados en mediana ya que las variables no siguen una distribución normal

### **Anexo 3. Materiales a utilizar en el tratamiento de las Úlceras por Presión (upp) en diferentes situaciones y escenarios.**

El cálculo individual del coste de todos los materiales implicados en los diferentes supuestos se ha realizado en base a la tarificación del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de la Rioja, Servicio Riojano de la Salud (Abril 2006).

Se han realizado las siguientes asunciones de tipo general a los costes individuales:

- Se trata de una estimación a la baja
- En los casos de CAH sólo se utiliza un apósito y no hay sujeción secundaria.
- En APS y sociosanitaria hemos calculado el precio del material de cura (excepto apósitos de CAH) a precio de suministro hospitalario.
- En APS, los apósitos de CAH han sido calculados en base al precio de Allevyn® Adhesivo, ponderando un 45% de venta por receta y un 55% de venta directa (precio hospitalario)

#### **Costes individuales de los materiales**

Se ha calculado el precio unitario de los diferentes tipos de materiales a utilizar en una cura tipo:

- Material quirúrgico (2 pinzas + tijeras)(pinza disección un solo uso + Kocher un solo uso + tijeras (amortizadas a 50 usos): .....0,379 €
- 1suero desechable de 250 ml (utilizado dos veces): .....0,381 (por cura)
- 1 par de guantes no estériles de vinilo: .....0,03 €
- 1 paquete de 5 gasas 10x10: .....0,38 €
- 1 gasa grande de 10 x 20: .....0,17 €
- 1 tira de 15 cms de apósito adhesivo para fijación (rollo de 10 m x 5 cm): .....0,009 €
- 1 tira de 15 cms de apósito adhesivo para fijación (rollo de 10m x 10 cm):.....0,018€
- 1 tira de 15 cms de apósito adhesivo para fijación (rollo de 10m x 15 cm): .....0,039€
- 1 Apósito de cura en ambiente húmedo (CAH) de 10cm x 10cm (Hospital-sociosanitario) .....2,1€
- 1 Apósito de CAH de 12,5cm x 12,5cm (Hospital-sociosanitario): .....2,2€
- 1 Apósito de CAH de 15cm x 15 cm (Hospital-sociosanitario):.....5€

	Receta	Venta directa	Promedio
-Apósito de CAH de 10 x 10 (APS)(a) .....	4,32€	2,1€	3,09€
-Apósito de CAH de 12,5 x 12,5 (APS) .....	4,45€	2,2€	3,21€
-Apósito de CAH de 15 x 15 cm (APS) .....	6,8€	5€	5,81€

(a) Asunción para el cálculo del coste de los apósitos en atención primaria:

El 55% provienen de venta directa y el 45% de receta, con lo que el coste proviene de la ecuación: (PrecioVentaDirecta x 55%) + (PrecioReceta x 45%) / 100. Para los cálculos se ha utilizado un apósito Allevyn® adhesivo.

-Empapador rectangular 60 x 60 cm: .....0,0980 €  
 -Bolsa de plástico para residuos: .....0,003 €

Variables de coste relacionadas con el desbridamiento (b)

(b) Se ha hecho la asunción de que en un 25% de las UPP de estadio III y IV se precisaría desbridamiento cortante/enzimático, por lo que el coste ponderado de esta técnica se calcula en base a:

-1 Hoja bisturí número 21: .....0,0690 € (25%: 0,0172 €)  
 -5 gr Iruxol mono® (hospital): .....1,256 € (25%: 0,314€)  
 -5 gr Iruxol mono® (APS y sociosanitaria): .....1,89€ (25%: 0,4725€)

<i>Matriz de costes de materiales en Atención primaria</i>			
<b>Estadio II</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	91,40%	7,80%	0,80%
Cura tradicional	Total: 1,738€	Total: 2,309€	Total: 2,949€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 4,26€	Total: 4,76€	Total: 7,74€
<b>Estadio III</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	65,20%	25,10%	9,70%
Cura tradicional	Total: 2,22€	Total: 2,80€	Total: 3,43€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 4,74€	Total: 5,24€	Total: 8,22€
<b>Estadio IV</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	43,40%	32,10%	24,50%
Cura tradicional	Total: 2,6€	Total: 3,18€	Total: 3,81€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 5,67€	Total: 6,34€	Total: 9,5€

<i>Matriz de costes de materiales en hospital</i>			
<b>Estadio II</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	85,20%	11,80%	3%
Cura tradicional	Total: 1,839€	Total: 2,41€	Total: 3,05€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 3,37€	Total: 3,85€	Total: 7,031€
<b>Estadio III</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	58,10%	30,50%	11,40%
Cura tradicional	Total: 2,17€	Total: 2,74€	Total: 3,38€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 3,7€	Total: 4,18€	Total: 7,36€
<b>Estadio IV</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	32,60%	39,30%	28,10%
Cura tradicional	Total: 2,55€	Total: 3,12€	Total: 3,67€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 4,63€	Total: 5,28€	Total: 8,63€



<i>Matriz de costes de materiales en atención sociosanitaria</i>			
<b>Estadio II</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	88,80%	9,10%	2,10%
Cura tradicional	Total:1,84€	Total:2,41	Total:3,05€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total: 3,37€	Total:3,85€	Total: 7,03€
<b>Estadio III</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	74,10%	20,90%	5%
Cura tradicional	Total:2,32€	Total: 2,89€	Total: 3,53€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total:3,86€	Total:4,34€	Total:7,52€
<b>Estadio IV</b>	<b>Hasta 12,56 cm<sup>2</sup></b>	<b>Hasta 50,24 cm<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 50,24 cm<sup>2</sup></b>
% de lesiones	51,40%	28,60%	20%
Cura tradicional	Total:2,7€	Total: 3,27€	Total:3,82€
Cura en ambiente húmedo (CAH)	Total:4,79€	Total: 5,44€	Total:8,79€



---

## Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión

---

**J.Javier Soldevilla Agreda**, Enfermero. Área de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva. Servicio Riojano de Salud. Profesor Enfermería Geriátrica. Escuela U. de Enfermería de Logroño. Director del GNEAUPP

**Sonia Navarro Rodríguez**, Abogada. Barcelona. Especialización en Derecho Sanitario por el I.C.A.B. (Iltre. Colegio de Abogados de Barcelona). Colaboradora GNEAUPP.

### **Correspondencia**

J.Javier Soldevilla Agreda  
GNEAUPP  
Pza. Tomás y Valiente 4-bajo  
26004- Logroño (La Rioja)  
e.mail: jsoldevilla@gneaupp.org

## Resumen

En los últimos años en España se está produciendo un significativo aumento en el cuestionamiento sobre muchos resultados de las actuaciones sanitarias.

En ese largo proceso que busca desterrar las úlceras por presión (upp), como proceso banal y especialmente inevitable, por inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente, comienza a divisarse el despertar de reacciones, reclamaciones y denuncias, por parte de los usuarios y sus familiares ante la falta de prevención o un tratamiento inadecuado, como desde hace años viene sucediendo en otros países de nuestro entorno cultural y económico.

La revisión del impacto y tratamiento legal del problema de las upp en los países de nuestro entorno (Reino Unido, EEUU, Alemania,<sup>TM</sup>), desde el derecho penal, el derecho civil, o como mediante procedimientos disciplinarios, han propiciado cambios muy notorios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía con respecto a este tema.

Con un propósito enteramente didáctico se dibuja la configuración legal de la actividad sanitaria en nuestro país y los tipos de responsabilidad y vías de reclamación judicial aplicables a los procesos que nos ocupan, incluyendo algunas consideraciones específicas tales como: las upp como biomarcadores de maltrato o abuso en ancianos, los protocolos para la prevención y tratamiento de las upp como responsabilidad del centro, la responsabilidad por falta de material adecuado para la prevención y el tratamiento de las upp, el consentimiento informado antes de la aplicación de una técnica, la historia clínica y registros específicos para upp incluido el fotográfico, las upp como causa de ingreso hospitalario y altas hospitalarias a pacientes con upp.

Por su actualidad se analiza el tema de la prescripción enfermera en el ámbito del cuidado de las úlceras por presión y otras heridas crónicas como práctica "arraigada, consentida, aplaudida y practicada desde hace años" en España.

Finalmente la exposición pormenorizada y comentada de los pronunciamientos judiciales de los casos relacionados con estas lesiones de los últimos años, permiten concluir que a pesar del creciente número de sentencias que hacen mención a las upp, son simbólicas las que con rotundidad, pronuncian como causa de éstas, una deficiencia en los cuidados, negligencia o mala praxis y llama la atención, las raquíticas condenas e indemnizaciones.

Tal vez el mismo e histórico espíritu de devaluación de estas lesiones, presente en ámbitos profesionales y en la sociedad en general, se ha trasladado a la judicatura, especialmente de la mano de peritos y/o forenses, no alcanzando a cifrar la dimensión real del problema (pérdida de salud y calidad de vida) y las fatales consecuencias de las upp (incluida la muerte por esa causa) y olvidando que son previsibles casi en la totalidad de las situaciones.

## Palabras clave

Úlceras por presión. Repercusiones legales. Implicaciones legales.

### Introducción

Desde los años sesenta y hasta la fecha en nuestro país se está produciendo un significativo cambio de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria, pasando de considerar las negligencias médicas como algo inherente al riesgo de la vida y al hecho de someterse a cualquier intervención, a un cuestionamiento, en ocasiones exagerado, de los resultados de las actuaciones y prestaciones médicas y sanitarias [1].

Tener conciencia, desde el propio escenario asistencial y jurídico relacionado con las úlceras por presión (UPP), de que nos encontrábamos en ese punto de inflexión, de cambio, fue el motor hace dos años del estudio y ulterior publicación de la monografía titulada Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales [2] en la que partiendo de una concepción de la sociedad en general, que venía entendiendo las UPP como algo inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente, se empezaba a divisar el despertar de reacciones, reclamaciones y denuncias, por parte de los usuarios y sus familiares, al cerciorarse de que se puede evitar la aparición de UPP en el 95% de los casos, con una prevención adecuada, unas sencillas pautas profilácticas, y con el uso del material adecuado (existente en el mercado y recomendado por las guías de práctica clínica de la comunidad científica), así como que la falta de prevención o un tratamiento incorrecto o inadecuado pueden acabar con graves lesiones como la amputación, e incluso la muerte del afectado, lo que podría suponer a medio o corto plazo un aflorar del enjuiciamiento de los casos por UPP, como desde hace años viene sucediendo en otros países de nuestro entorno cultural y económico como Inglaterra, Alemania o Estados Unidos.

Ese era también el temor de las profesionales que dieron respuesta al cuestionario insertado en la monografía, algunos de los cuales manifestaron al respecto que *“De momento nos ‘salva’ que la opinión pública considera las UPP como algo inevitable y un mal menor”*; y *“En cuanto las familias reciban más información y conozcan las verdaderas dimensiones del problema, pedirán más explicaciones a los profesionales, y esto puede tener consecuencias legales inmediatas. Por todo esto, también intento transmitir esta inquietud al resto de profesionales, así como a la dirección del centro”*.

En el transcurso de este tiempo se han sucedido la lectura de otros trabajos donde contemplaban esta temática, el conocimiento de la situación en los países de nuestro entorno, la puesta en común en encuentros profesionales y científicos, los pronunciamientos judiciales en nuevos casos relacionados con estas lesiones, y todo ello, alimentado por nuestras propias inquietudes, confirmando nuestras iniciales sospechas sobre lo que iba a suceder a corto plazo y, ha estimulado la necesidad de revisar y ampliar el anterior estudio sobre las repercusiones legales de las UPP dando como fruto el presente.

## La situación en otros países de nuestro entorno cultural y económico.

Desde hace más de una década, en muchos países de nuestra área de influencia la comunidad científica y embebida por ella, las instituciones de cuidados, la judicatura y cada vez más la sociedad en general, se han pronunciado con rotundidad sobre las úlceras por presión, sobre su previsibilidad, severidad, gravedad, habiendo propiciado cambios muy notorios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía.

En el Reino Unido [3] el problema legal de las UPP se puede tratar tanto desde el derecho penal, el derecho civil, como mediante procedimientos disciplinarios, ya sean profesionales o de la propia institución. El derecho penal puede resultar de aplicación si se pueden establecer elementos de negligencia graves y se puede demostrar que ésta provocó la muerte o severas complicaciones. En tales casos, los individuos que hayan intervenido en el proceso se pueden llegar incluso a encontrar frente acusaciones de homicidio.

En cambio, en EE.UU.[4], tradicionalmente las consecuencias por un defectuoso tratamiento en pacientes con UPP han consistido en la suspensión o incluso retirada de licencias de ejercicio, y en demandas civiles contra el centro y sus empleados, con una clara finalidad de resarcimiento económico, como es sabido, con cuantías considerables<sup>1</sup>, aunque recientemente se está entendiendo que el desarrollo de úlceras con resultado de muerte es demasiado grave y debería perseguirse criminalmente<sup>2</sup>[5].

Tanto en EE.UU. como en el Reino Unido [3] la mejor defensa en casos abiertos contra profesionales de enfermería, pasa por la utilización en sus intervenciones de directrices de actuación, nacionales o locales, pudiendo justificar adecuadamente la actuación mediante documentación clínica (registros). La Historia Clínica –HC- supone la pieza más importante de la prueba en un caso de mala praxis de los profesionales sanitarios. Es una herramienta crucial para determinar si se han seguido los cuidados que la ciencia recomienda, y la ausencia de anotaciones en la documentación es considerada una gran evidencia de negligencia.

<sup>1</sup> Texas, de 25 de abril de 2002: un anciano de 71 años acaba muriendo tras la aparición de UPP y su infección. La residencia fue condenada a pagar más de \$3.800.000 por tratamiento inapropiado.

Missouri, 23 de septiembre de 1996: parapléjico de 45 años que reclama por la amputación de ambas piernas y de la cadera porque los cuidados recibidos para la prevención y tratamiento de las UPP aparecidas en cadera y nalgas fue negligente: no se utilizó equipamiento adecuado para la prevención. Los dos hospitales en que fue ingresado fueron condenados a abonar un total de \$2.873.149.

Florida, 25 de septiembre de 1995: paciente de 88 años con Alzheimer frecuentemente dejado en una silla de ruedas desarrollando UPP que finalmente le causaron la muerte. Se apreció abuso (maltrato) por parte de los cuidadores, además de carencia de plan, manuales impropios, delegación inapropiada de tareas en auxiliares, etc. La residencia fue condenada a pagar \$2.719.064.

Alabama, 29 de junio de 1990: paciente con síndrome mental orgánico a quien le aparece una UPP a las dos semanas de su ingreso, y posteriormente múltiples UPP en la cadera izquierda que le acaban causando la muerte. Se condena a la residencia por deficiente calidad de los cuidados, inadecuada documentación, no facilitar el material pertinente, falta de plan y seguimiento, etc... a pagar \$2.000.000.

<sup>2</sup> Un líder en esta nueva concepción ha sido el estado de Hawai que, en noviembre del 2.000, condenó por homicidio a la propietaria de una residencia por la muerte de una paciente por permitir la progresión de úlceras por decúbito sin buscar ayuda médica, y por no remitir a la paciente a un médico para el tratamiento de las úlceras, contraviniendo la conducta prudente de cualquier persona que se hubiera encontrado en ese caso, ya que debiera haber sabido que constituía un sustancial riesgo de muerte y lesiones corporales graves. Las repercusiones legales de este caso en EE.UU. son enormes ya que la persecución criminal para graves negligencias supone una nueva arma contra la mala calidad de los cuidados.

Sin embargo, en Estados Unidos [4] y Alemania [6,7] pese a estar aceptado ampliamente que las UPP se pueden evitar casi en todos los casos y que, una vez han aparecido, pueden ser tratadas eficazmente, aún son muchos los profesionales de la salud que consideran que el desarrollo de UPP por pacientes mayores ingresados es algo normal, sin que la gran mayoría den importancia al resultado potencialmente fatal de las UPP, y las complicaciones asociadas con esta situación no son tenidas en cuenta. Incluso cuando la muerte es atribuida a complicación infecciosa por UPP, en los listados aparece a menudo como muerte natural, sin que esos facultativos reseñen en el certificado de defunción ni tan siquiera la existencia de UPP.

En EE.UU. la situación se ve agravada por el hecho de que durante la pasada década muchos hospitales, con el fin de maximizar beneficios y reducir costes, disminuyeron el número de personal de enfermería, siendo reemplazo por técnicos en cuidados –auxiliares-. A su vez las residencias de ancianos consiguen incrementar sus beneficios gracias a la escasez de personal y a la contratación de titulados con mínimo entrenamiento y habilidad. Tanto hospitales como residencias pagan, en general, sueldos mínimos, provocando continuos cambios de personal, con experiencia mínima y en muchos casos el éxodo de personal de enfermería de la profesión.

A todo lo anterior se hace necesario añadir la creciente tendencia en los países citados a entender que la aparición en los pacientes de úlceras por presión puede ser considerado como maltrato. La comunidad científica americana incluye a las UPP entre los biomarcadores forenses que pueden ayudar a evaluar la existencia de abuso o maltrato en ancianos<sup>3</sup>[8]. El maltrato a los ancianos supone, según la comunidad científica de ese país, una violación de los derechos humanos. En el mismo sentido se están pronunciando en el Reino Unido [3] donde se considera que en litigios sobre UPP “causará gran impacto” la Declaración de Derechos Humanos de 1948, ya que las acciones por negligencia pueden basarse en vulneración de los derechos humanos al suponer un trato inhumano, cuando el estado actual de la ciencia permite evitar, tanto la aparición de UPP como el deterioro de UPP a estadios superiores o graves complicaciones,

## La situación en nuestro país

Como ya expusimos en nuestro anterior trabajo [2], en España, la situación es prácticamente idéntica a la de los países referenciados.

Como no podría ser de otra forma, la comunidad científica nacional [9,10] mantiene que las UPP se pueden evitar prácticamente en su totalidad (95%), en muchos casos (riesgos leves) a través de simplificadas pautas de cuidados y arsenal técnico básico (soluciones limpiadoras con escaso poder irritativo, ácidos grasos hiperoxigenados, películas barrera, superficies especiales de apoyo, etc. desgraciadamente a menudo ausente de las dotaciones de

---

<sup>3</sup> “El uso de biomarcadores forenses nos pueden ayudar a evaluar el abuso en ancianos. Los biomarcadores incluyen abrasiones, laceraciones, quemaduras, fracturas, decúbito, pérdida de peso, deshidratación, problemas de salud cognitivos y mentales, problemas de higiene, y abuso sexual” (Bonnie & Wallace, 2003). La identificación de biomarcadores forenses para el abuso de ancianos es vital para la determinación médica y legal del abuso o negligencia en los ancianos.

instituciones sanitarias o socio-sanitarias), y que en los casos de mayor riesgo, por su situación de inmovilidad, vulnerabilidad, etc, la conjunción de cuidados individualizados, adecuados en tiempo y forma (establecidos de acuerdo a las directrices vigentes basadas en las últimas evidencias disponibles) junto a la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión de mayores prestaciones y otras ayudas técnicas (para la reducción de la presión, fricción, adecuada movilización) nos permitirán también salvar esas situaciones.

Es unívoco el considerar que la responsabilidad de los cuidados descansa en el profesional de enfermería (diplomado y por delegación, en el auxiliar), correspondiendo el diagnóstico médico y la prescripción farmacológica y dietética, al personal médico. La enfermera y/o el médico, establecerán pautas sobre el régimen de reposo o movilización, ayudas técnicas a implementar en el cuidado, etc.

Otro rasgo que nos asemeja a los países estudiados, es la eterna secundarización de estos procesos. También aquí, muchos profesionales de la salud, y por ende su extensión al resto de la sociedad general, siguen considerando las úlceras por presión como un problema menor, de escasa trascendencia y lo que es más grave, inevitable, consiguando escasamente su presencia en los informes clínicos o certificados de defunción y haciendo menos por terminar con este proceso con claros tintes epidémicos en este siglo XXI. Esta concepción también contagia a los procedimientos judiciales, en los que –como se verá más adelante– el resultado de los mismos depende en gran medida de la apreciación que tienen los peritos judiciales y los médicos forenses sobre el potencial curso fatal del padecimiento de UPP.

Al igual que lo evidenciado en Estados Unidos, en los últimos años en este país, la falta de personal, la excesiva rotación de éste, la presencia de profesionales poco cualificados y los “estimulantes” bajos salarios presentes en muchos escenarios asistenciales (especialmente centros socio-sanitarios privados o concertados), apuntan incrementos en los beneficios dinerarios de éstos a cambio de disminución en la prestación de cuidados de calidad, afectando explícitamente de forma negativa en la prevención y tratamiento de las UPP.

Un reciente estudio llevado a cabo en Andalucía [11] ha concluido que “el grado de implantación en la práctica clínica habitual de instrumentos para el cuidado preventivo y de tratamiento de las UPP, como son los protocolos, escalas e indicadores epidemiológicos, así como la documentación escrita de estos cuidados, es aún insuficiente en los tres ámbitos de atención estudiados: Atención Primaria, hospitalaria y socio-sanitaria”. A pesar de que no existen registros certeros, que nos permitan categorizarlo, aventuramos que esta misma situación se reproduce en el resto de regiones de nuestro país.

## **Configuración legal de la Actividad Sanitaria en nuestro país.**

Dada la inexactitud de la ciencia médica, no se ha venido imponiendo al personal sanitario el deber de curación, y su conducta se ha configurado, por regla general, como una obligación de actividad o de medios, no de resultados. La idea que se mantiene es que, en general, la obligación no es la de obtener un resultado sino la de prestar el servicio más adecuado<sup>4</sup>. Por ello, el desempeño de una conducta diligente basta para que se considere cumplida la obligación, aunque no llegue a darse el resultado.

---

<sup>4</sup> Sentencia nº 68/2001 del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 5 de febrero.



Para que se entienda cumplida la obligación debemos saber si la actuación sanitaria ha sido cuidadosa, si se ha empleado la diligencia del buen especialista, es decir, si se ha cumplido la *Lex Artis*<sup>5</sup>.

La llamada *Lex Artis* la establecen los propios profesionales sanitarios, a través de protocolos de actuación que las Universidades, sociedades científicas, colegios profesionales y academias efectúan, como entidades docentes, colegiadas y representativas que son del saber técnico [12]. El seguimiento de los protocolos y guías de práctica clínica forman, junto con el deber de informar al paciente y la consecuente obtención de su consentimiento informado, parte de la *Lex Artis*.

La *Mala Praxis*, la actuación profesional inadecuada, se produce, precisamente, cuando el sanitario realiza su actividad sin ajustarse a la *Lex Artis*, o lo que es lo mismo, sin seguir las normas y principios establecidos por la comunidad científica, actuando de una forma descuidada, negligente, imprudente y técnicamente inadecuada. Este comportamiento, y no otro, es el que castiga los Tribunales de Justicia, quienes a través de sus sentencias ponen de manifiesto reiteradamente la obligatoriedad de actuar de una forma prudente y con la pericia adecuada, y nunca exigen unos conocimientos especiales que no pueden ser ofrecidos por la medicina [13] ni actitudes extremas [12]. Por otra parte, no debemos caer en la trampa de pensar que la obtención del consentimiento informado va a exonerar de responsabilidad en casos de mala praxis, ya que tan solo lo hará por actos médicos dentro de la *lex artis* [14].

Como reiteraremos incesantemente a lo largo del artículo, en cualquier litigio, la Historia Clínica (electrónica o en formato papel) va a suponer un importantísimo medio de prueba de diligencia ante cualquier reclamación judicial si en la misma se ha hecho constar todas y cada una de las actuaciones que se han llevado a cabo con el paciente en cumplimiento de la *Lex Artis* (seguimiento de los protocolos, información al paciente y consentimiento informado). Por ello se recomienda que los distintos profesionales que participan en el proceso de atención anoten toda la información concerniente a sus intervenciones con entradas en el documento, precisas, correctas, legibles y reflexivas, ampliando, en el caso de usarse formatos electrónicos con casillas preestablecidas, y de entenderlo preciso, con registros en los espacios destinados a observaciones.

### Los tipos de Responsabilidad:

En nuestro país, como hemos visto sucede en EE.UU. y Reino Unido, también se puede reclamar judicialmente además de por las vías civil y contencioso-administrativa (o responsabilidad patrimonial del Estado), por la vía penal.

La responsabilidad civil es la que se da entre particulares: entre el paciente (o sus familiares) y el personal y el centro sanitario o asistencial en el ámbito de la sanidad privada.

La responsabilidad patrimonial del Estado (jurisdicción contencioso-administrativa) es la que se da por presunta atención sanitaria deficiente contra la Administración sanitaria o centros contratados o concertados [16] por ésta.

---

<sup>5</sup> "Diligencia empleada por el buen especialista, que se deriva de su específica preparación científica y práctica, siempre desde la óptica del estado actual de la ciencia". Sentencia del Tribunal Supremo 923/1999 (sala de lo civil), de 10 de noviembre.

Ambas (civil y patrimonial) comprenden la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios [16], y en ambas, pese a su configuración legal (radicalmente distinta)[15], cuando se trata de servicios sanitarios, nuestro Tribunal Supremo (Salas civil y contencioso-administrativa) excluye la existencia de responsabilidad cuando se acredita que el personal sanitario ha actuado conforme a la *Lex Artis ad hoc*.<sup>6</sup> [16]

La responsabilidad penal se da cuando se incurre en actos u omisiones que se encuentren tipificados como delito o falta en el Código Penal [17]. Es muy común, muy usada y poco efectiva (por un uso indebido) para conductas de grave imprudencia e impericia. Cuando hay condena, también se pronuncia sobre la responsabilidad civil determinando la indemnización por daños y perjuicios a favor de la víctima. La conducta puede ser tanto voluntaria o dolosa, como imprudente (lo más usual en el ámbito sanitario). Cuando se trata de conductas omisivas se requiere que sea determinante del resultado dañoso (esto es, de la pérdida de un miembro por ejemplo), de manera que de haberse llevado a cabo la conducta adecuada se hubiera evitado el daño. Por otra parte hay que destacar que algunas de estas situaciones, además de la pena privativa de libertad, comportan la inhabilitación especial para la profesión, oficio o cargo durante un tiempo determinado que será determinado por sentencia de forma razonada<sup>7</sup> [16].

El homicidio por UPP, cuando se trata de una imprudencia profesional grave constitutiva de delito conllevaría, además de las penas de prisión de entre uno y cuatro años, inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo de tres a seis años<sup>8</sup>. Si el homicidio se produce por una imprudencia leve será constitutiva de falta y se castigará con pena de multa de uno a dos meses<sup>9</sup>. Será considerada imprudencia grave o leve, y por lo tanto, delito o falta, dependiendo de la intensidad de la infracción del deber de cuidado.

Si como consecuencia de una negligente falta de prevención o de tratamiento de una UPP, se causa la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal o grave deformidad, como puede ser la amputación de una pierna, o una grave enfermedad somática o psíquica, el responsable puede ser castigado con la pena de prisión de seis a doce años<sup>10</sup> (paradójicamente castigada con pena mucho más gravosa que el delito de homicidio imprudente). Y cuando se trate de un miembro no principal, o la deformidad, con la pena de prisión de tres a seis años<sup>11</sup>.

Cuando se trata de lesiones causadas por imprudencia grave que precisen para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico (excluyéndose la simple vigilancia o seguimiento facultativo o del curso de la lesión), se castigarán como falta con pena de multa de uno a dos meses. Si son de menor entidad, se castigarán con multa de quince a treinta días<sup>12</sup>.

<sup>6</sup> Lex artis en el caso concreto.

<sup>7</sup> Para obtener más información sobre la pena de inhabilitación profesional se recomienda el siguiente trabajo de Javier de Vicente Remesal titulado <<La pena de inhabilitación profesional en el ámbito médico>>. Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación DGICYT PB97-0769-C03-03. Coincide parcialmente con la ponencia presentada en las "Primeras Jornadas Médico-Jurídicas de la O.M.C.", organizadas por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Ourense, en dicha ciudad los días 2 y 3 de julio de 1.999. Publicación: Sentencias de TSJ y AP y otros Tribunales núm. 12/2000. Editorial Aranzadi SA, Pamplona. 2000.

<sup>8</sup> Artículo 142.1 y 142.3 del Código Penal.

<sup>9</sup> Artículo 621.2 del Código Penal.

<sup>10</sup> Artículo 149 del Código Penal.

<sup>11</sup> Artículo 150 del Código Penal.

<sup>12</sup> Artículo 621 en relación con el artículo 147, ambos del Código Penal

## Otras consideraciones relativas a las UPP

### Las UPP como biomarcadores de maltrato o abuso en ancianos:

El eco de voces nacidas en EE.UU. y Reino Unido entre otros países, a favor de incluir las UPP entre los biomarcadores que determinan si se ha producido maltrato o abuso en los pacientes ancianos, ha llegado a nuestro escenario, cuestionando aquí también si su presencia puede constituir en algunos casos una conducta reprobable desde un punto de vista legal como maltrato.

El hecho de permitirse el desarrollo de una UPP supone un fracaso de las medidas preventivas ya que, como reconoce la comunidad científica nacional e internacional, se puede evitar su aparición prácticamente en la totalidad de los casos.

La presencia de estos evitables procesos suponen para el paciente un sufrimiento innecesario, como pueden suponer a la vista de algunas espeluznantes imágenes (fotos 1 y 2), y una situación que por la gravedad de sus consecuencias (frecuentes complicaciones infecciosas de locales a generales, con riesgo elevado de muerte, dolor insufrible, exudación y olor proveniente de las lesiones con profunda afectación de la autoestima, posible institucionalización, deterioro orgánico general, etc.), constituye, cuando tiene como víctimas a personas frágiles, una vulneración de normas internacionales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 [19]<sup>13</sup> y el Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950 [20]<sup>14</sup>.



Foto 1  
Paciente con UPP región sacra – Estadio III



Foto 2  
Paciente con UPP región sacra - Estadio IV

<sup>13</sup> Artículo 5: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes"

<sup>14</sup> Artículo 3: "Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

También conculca nuestra Constitución [21], que en su artículo 50 proclama que los poderes públicos promoverán el bienestar de los ciudadanos de la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán los problemas específicos de salud<sup>15</sup>; y nuestro Código Penal, pudiendo encuadrarse en los artículos 153 o 173 como delito de maltrato<sup>16</sup> cuando se atenta a la dignidad de la persona, con cierta permanencia o, al menos, repetición. Precisaré un menoscabo de la integridad moral, como bien jurídico protegido por la norma y que se configura como valor autónomo, independiente del derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad y al honor, radicando su esencia en la necesidad de proteger la inviolabilidad de la persona. Implica una conducta contra la integridad física acompañada de la humillación, vejación y degradación que supone el que las víctimas sean seres tan indefensos como los ancianos o enfermos dependientes, aprovechando precisamente esa dependencia y situaciones de privacidad o simplemente cuando por quien en posición de garante, investido de una responsabilidad de vigilancia y control, no impide eficazmente que se produzcan. Este atentado a la integridad moral debe ser, en consecuencia, grave, debiendo la acción típica ser interpretada en relación con todas las circunstancias concurrentes en el hecho, pues cuando el atentado no revista gravedad estaremos ante una falta<sup>17</sup>. La gravedad/levedad se mide en los tratos recibidos por la víctima y requiere una situación, por parte de quien lo inflige, de aparente superioridad física, o fortaleza psicológica, sea cual sea el componente físico o psicológico de la víctima, siendo más perverso (plus de antijuricidad y culpabilidad) cuanto más débil en este aspecto consideremos al perjudicado por el maltrato.

Estos tipos penales permiten que cuando además del maltrato se produzca lesión o daño a la vida, se castiguen los hechos separadamente con la pena que les corresponda por los delitos o faltas cometidos (excepto cuando sea inherente a ese delito o falta y se halle especialmente castigado por la ley).

Por todo ello, acogemos el criterio de la comunidad científico-legal del Reino Unido [6] y EE.UU.[8] - al considerar que el permitir la aparición de UPP, o su deterioro (lesiones más profundas y complejas) por una mala atención, cuando se puede evitar en la práctica totalidad de los casos, también en nuestro país debiera ser calificado como trato inhumano y encontrar el grave reproche que entendemos debe merecer de la sociedad y sus instituciones, por hechos tan crueles como injustificables.

### **Protocolo para la prevención y el tratamiento de las UPP como responsabilidad del centro.**

Como apuntan certeramente Pancorbo y colaboradores [11] en un reciente artículo: “un recurso importante para la prevención y el tratamiento de UPP son los protocolos o planes de actuación concretos”; “la protocolización de las intervenciones preventivas contribuye de forma notable a la disminución de la incidencia de UPP”.

<sup>15</sup> A lo que se añade lo que dispone en el artículo 15 de la Constitución: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. (...)”

<sup>16</sup> Artículo 153: “El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien (...) se hallen sujetos a (...) guarda de hecho (...), será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.”

Artículo 173: “El que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.”

<sup>17</sup> del artículo 620.2º del Código Penal: “Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días: (...) 2º Los que causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve”.

La falta de protocolos de actuación aumenta la variabilidad de la práctica clínica y conduce, en muchas ocasiones, a la aplicación de intervenciones poco adecuadas, lo que puede ser causa de responsabilidad legal del centro<sup>18</sup>.

Del mismo modo, adecuados protocolos de prevención y tratamiento de UPP, adaptados y actualizados con las últimas evidencias disponibles, no tendrán sentido si quedan relegados por los profesionales que los sustituyen por su criterio personal.

La adherencia al protocolo puede sin duda mejorarse desde los responsables de gestión con medidas de formación aplicadas a los profesionales de la unidad o centro como han concluido varios estudios [22,23] en nuestro país.

### **Responsabilidad por falta del material adecuado para la prevención y el tratamiento de las UPP.**

Sin duda, la todavía generalizada y manifiesta escasez de muchos materiales “precisos” para la prevención de UPP (de forma más significativa: superficies especiales para el manejo de la presión SEMP, ácidos grasos hiperoxigenados AGHO, productos barrera, etc) y su certero tratamiento, en los diferentes niveles asistenciales, suponen un grave problema, hipotecando la efectividad de los programas preventivos y terapéuticos calibrados por la conjunción y disponibilidad de diferentes recursos, con el consecuente incremento de reclamaciones judiciales y un fuerte varapalo para los profesionales conocedores y respetuosos con esas directrices que ven impedido su buen hacer.

El desembarco en los últimos años en nuestro mercado de numerosos materiales preventivos y curativos, específicos, ricos en prestaciones y suficientemente testados, (desde los centenares de apósitos modernos a una variada gama de SEMP) se ha acompañado de una mayor, aunque desigual, formación-conocimiento sobre el cuidado de estas lesiones, revelación de datos epidemiológicos que dibujan un panorama alarmante por el número de afectos y su complejidad, incluso nos atreveríamos a presumir, de un aumento en la sensibilidad al respecto de muchos profesionales y, frente a ello, paradójicamente, en la práctica, en muchas instituciones todavía no se dispone de los mínimos (ya que debieran de desterrarse del inventario muchas piezas arcaicas), mucho menos de los suficientes o modernizados recursos materiales recomendados para una prevención o tratamiento efectivo.

El carecer de medios no exime de responsabilidad al personal. Para que el personal no sea considerado responsable de la falta de medios deberá poder demostrar que ha puesto todo en su mano para la provisión del material adecuado y de que éste se halla en condiciones de buen funcionamiento, lo que no siempre es fácil de asumir, sobre todo cuando existen otros intereses, ajenos al profesional, que impiden su solución [24]. Por otra parte deberemos tener en cuenta que la *Lex Artis Ad Hoc* alcanza no sólo a la información del diagnóstico, pronóstico, riesgos y alternativas de tratamiento, sino también a la información de medios disponibles [14] y, a *sensu contrario*, de los no disponibles.

---

<sup>18</sup> En este sentido se pronuncia la Sentencia nº 858/2001, de 10 de diciembre, del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada, que consideró negligencia del centro no haberse dotado de un protocolo de enfermería adecuado para “prevenir ese riesgo tan previsible”.

Y esto, que parece muy fácil se cumpla en la frialdad de un procedimiento judicial, en la práctica no siempre es factible. En no pocas ocasiones, el personal sanitario se halla en una situación comprometida entre el tener que velar por encima de todo del buen cuidado y atención del paciente, y entre el conflicto que les genera con la dirección o propiedad del centro en cuestión, a la que el profesional está en la obligación de exigir los medios necesarios para la adecuada atención del paciente, lo que genera en no pocos casos conflictos, y que en algunas ocasiones son resueltos con el despido [24]. Pero lo cierto es que el profesional sanitario debe obrar en condiciones tales que pueda demostrar posteriormente ante cualquier Juzgado o Tribunal, que ha puesto todos los medios para que se resuelvan las deficiencias que haya podido observar en su quehacer profesional, y esta acreditación ha de ser, en lo posible, escrita.

En relación con lo apuntado, reseñar como en nuestro país, las Directrices Generales de Prevención de Úlceras por Presión del GNEAUPP, en su última revisión [25], han incorporado una invitación explícita: “El hecho de registrar las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención, es una medida de gran ayuda en la protección legal de los profesionales responsables del cuidado de los pacientes ante posibles demandas relacionadas con la aparición de úlceras por presión”.

### Consentimiento informado antes de la aplicación de una técnica

La Ley 41/2002 de derechos del paciente (L.D.P.) [26], crea la figura del “médico responsable” de facilitar información al paciente. Debe coordinar la información y asistencia con el carácter de interlocutor principal, y aunque en este punto la ley no lo diga expresamente, debe entenderse sin perjuicio de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales (médicos especialistas, psicólogos, personal de enfermería, etc.), quienes no quedan exonerados de sus deberes legales por la presencia del “médico responsable” por cuanto que más adelante, cuando regula la historia clínica, no reserva su cumplimentación exclusivamente al médico responsable sino a todo profesional que presta asistencia directa al paciente.

Los primeros comentaristas de la L.D.P. han valorado positivamente el reconocimiento de un deber de informar por parte del personal de enfermería. Este deber tiene cobertura legal en la dicción del artículo. 4.3 LDP al indicar que “los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial...también serán responsables de informarle” (al paciente) y ha sido recogido en alguna de las más recientes leyes autonómicas. Así, y de modo más explícito, la LDP de Castilla y León [27] establece que “...*deben asumir también responsabilidad en el proceso de información al paciente todos los profesionales que lo atiendan o le apliquen una técnica o procedimiento concreto, con una especial implicación del enfermero responsable en cuanto a su proceso de cuidados*”<sup>19</sup>.

La información comprende, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias<sup>20</sup>, y ello sin perjuicio de que el paciente pueda demandar “toda la información disponible”. Ha de ser verídica, no hay lugar para la mentira piadosa, comprensible, al alcance del paciente, y adecuada a las necesidades y requerimientos de los pacientes [28]

<sup>19</sup> Artículo 21.4 LDP. Junta de Castilla y León

<sup>20</sup> Artículo 4.1 LDP. Junta de Castilla y León

Las exigencias formales son claras. Como dice el magistrado Xavier Abel: “Basta, como regla general, la información oral. Pero con un añadido, no baladí: esa información, habitualmente facilitada de modo oral, debe tener su reflejo en la historia clínica, como valioso dato probatorio en los procesos judiciales”[29].

Excepcionalmente la información debe prestarse por escrito, pero la LDP es en este concreto extremo incompleta, a diferencia de lo sucede con el consentimiento que requiere dicha forma en los supuestos de “intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Mayor precisión contiene por ejemplo, la Ley del Paciente de Galicia [30] al exigir que la información debe ser por escrito “en aquellos diagnósticos y terapéuticos que entrañen un riesgo notable para el paciente” (art. 8.1). Pero como la información es presupuesto del consentimiento informado y tiene como finalidad “ayudar al paciente a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad” (art. 4.2LDP), deberá prestarse por escrito en los mismos supuestos en que el consentimiento exige tal forma.

A tenor de lo expuesto, consideramos que en la prevención y tratamiento de las UPP la información y el consentimiento informado deberán facilitarse verbalmente, con anotación en la historia clínica, a excepción de los que seguidamente recogemos que deberán documentarse por escrito:

#### 1. Intervención quirúrgica de UPP:

1.1. Desbridamiento quirúrgico. En este caso el profesional que deberá facilitar la información por escrito y recabar el consentimiento informado es el cirujano que realizará la detersión del tejido no viable o la limpieza de áreas infecciosas.

1.2. Reparación quirúrgica de una o varias úlceras por presión.

1.3. Amputación de extremidades con gangrena como complicación de una UPP. En ambos supuestos el cirujano general o plástico será el encargado de su solicitud.

#### 2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos relacionados con UPP:

2.1. Radiodiagnóstico con contrastes intravenosos mediante TAC o Resonancia Magnética,

2.2. Radioterapia o quimioterapia en lesiones por sangrado, malignización, etc.

2.3. Endoscopias digestivas, exploratorias o resolutivas, en caso de procesos fistulosos de UPP de la región “de asiento”. En todos los casos, el facultativo que solicita las mismas será quien deberá facilitar la información por escrito y recabar el consentimiento informado.

3. Aplicación de procedimientos que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente en casos de UPP:

3.1. Entendemos, que especialmente en pacientes muy frágiles, debiera de considerarse como tal, la implementación de una enérgica terapia antibiótica por vía parenteral para contrarrestar sobreinfecciones regionales o generales con foco en una UPP. En tales casos el profesional médico deberá facilitar la información por escrito y recabar el consentimiento informado.

Aún y cuando no encaja con rotundidad en estos últimos supuestos de obligada rúbrica del consentimiento informado por parte del paciente, pero ante episodios potencialmente complejos y algunas denuncias locales analizadas, el ejercicio de la técnica del desbridamiento cortante de úlceras por presión por profesionales de enfermería, dado que no deja de ser sino un procedimiento invasivo con riesgo de complicaciones, debiera precederse de la obtención del citado consentimiento por ellos, no solo verbal sino escrito (como mejor fórmula para demostrar que éste ha sido otorgado) tal y como recomienda el Documento Técnico GNEAUPP nº IX: "Desbridamiento y Úlceras por Presión" [31] de reciente aparición.

### **Historia clínica, Historia clínica de enfermería y Registros específicos para UPP. Los Registros Fotográficos.**

El grado de documentación en la historia clínica de los cuidados preventivos y de tratamiento realizados a los pacientes ha sido estudiado por diversos autores [12], resultando que en EE.UU. se encuentra un nivel de documentación en la historia de los cuidados de la piel del 62%, mejorando hasta el 96% tras una intervención educativa sobre las enfermeras [32]. El bajo nivel de documentación de los cuidados es un problema generalizado que aparece en distintos países y en distintos contextos asistenciales. Una investigación realizada en Asturias [33] sobre 103 historias clínicas de pacientes con heridas crónicas atendidos en Atención Primaria detectó que un 44'4% de los profesionales no utilizaban registros en la valoración ni en el seguimiento, y un 69'4% no utilizaron ninguna escala de valoración. Son varios los autores [34, 35] que proponen que la utilización de registros específicos para los cuidados a pacientes con UPP puede mejorar el grado de documentación.

Como no nos cansamos de repetir, la historia clínica opera en los casos en que se han seguido los protocolos de forma adecuada, en que tanto el diagnóstico como el tratamiento han sido los correctos, en que el actuar de los profesionales sanitarios se corresponde con la *lex artis ad hoc*, como un importantísimo medio de prueba de diligencia ante cualquier reclamación judicial que se pueda producir. Y a la inversa, también actúa como un importante medio de prueba de negligencia cuando no se han seguido los protocolos, procedimientos, vías clínicas o guías de práctica clínica, cuando no se ha informado al paciente o cuando no se ha prestado el debido consentimiento, o incluso cuando haciéndolo, no se ha anotado, ya que a falta de prueba en contra, se entiende que lo que no consta en la historia no existe.

Cuando intervienen distintas profesiones (médica, enfermería, nutrición, fisioterapia, etc.) como sucede o debiera en el caso de las UPP, es decir, cuando se requiere de cuidados interdisciplinarios, se precisará de un documento común de trabajo: la historia interdisciplinaria, de forma que la actuación de tantas personas que confluyen en un único



individuo pueda ser coordinada, de calidad y eficiente. Todavía son muchos los centros donde existen historias (especialmente de la enfermera, también de la trabajadora social, etc) y registros (manifiestamente los más devaluados: escalas de valoración de riesgo de desarrollar UPP, cuidados de UPP, entre otros ) que viven aislados física y conceptualmente de la única y multidisciplinar, situación que se minimiza cuando se trabajan con historias electrónicas, cada vez más extendidas.

De hecho, la falta de coordinación entre los especialistas que tratan a un paciente, más aún cuando el evento sucede dentro del mismo centro hospitalario, o cuando determinados elementos de información que constan en el historial del paciente no son considerados o se soslayan en el tratamiento, puede entenderse como una prueba de responsabilidad por falta de diligencia. Se hace necesario aquí hacer una referencia expresa al artículo 61 de la Ley General de Sanidad [36] que se refiere a las historias clínicas y que establece que en cada área de salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial [37].

Siempre que sea posible es recomendable incluir registros fotográficos de las UPP ya que además de facilitar su seguimiento y en consecuencia su mejor atención, van a ser de gran ayuda, de derivarse, durante el procedimiento judicial, porque van a facilitar a los peritos determinar el estado y evolución del tratamiento de las mismas, y al juez poder entender mejor la dimensión de lo sucedido. Pensemos en el caso de que ingrese un paciente ulcerado, proveniente de su domicilio o de un centro geriátrico. En ese caso un buen registro con inclusión de fotografías puede ser decisivo para concretar responsabilidades.

En lo relativo a la protección de datos de carácter personal, la inserción de registros fotográficos en la historia clínica debe realizarse previa verificación del correcto cumplimiento del principio de calidad [38]<sup>21</sup>. A la luz de este criterio, si se considera que la incorporación de registros fotográficos de UPP permite una mejor asistencia médica, podrá adjuntarse y permanecer en la historia clínica. Asimismo, dado que se trataría de un dato más relativo a la salud del paciente, este nuevo dato no comporta una variación sustancial en cuanto al modo en que debe legitimarse su uso y tratamiento por parte del Responsable del Fichero<sup>22</sup>. Por ello, en el momento de la recogida de los datos del paciente se le deberá informar de los extremos establecidos en la Ley de protección de datos así como solicitar su consentimiento, que debe ser expreso<sup>23</sup> cuando a la historia clínica accedan personal no sanitario que no esté sujeto a un deber de secreto. En este sentido, se aconseja la inserción del clausulado correspondiente al cumplimiento de estos requisitos en la ficha de alta del paciente o en el documento de consentimiento informado. De este modo, se garantiza en todo momento la lectura del mismo por parte del paciente y su consecuente aceptación[37].

<sup>21</sup> Artículo 4 Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Este principio rector del derecho a la protección de datos de carácter personal obliga al Responsable del Fichero a calibrar y sopesar si el tratamiento de un nuevo dato, la imagen, es adecuado, pertinente y no excesivo para la finalidad perseguida con el mismo.

<sup>22</sup> El centro.

<sup>23</sup> de acuerdo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

## Las UPP como causa de Ingreso hospitalario.

Por regla general las UPP no son consideradas como causa directa de ingreso hospitalario en ninguna guía de práctica clínica. Como veremos en una de las sentencias que se recogen más adelante<sup>24</sup>, no se considera causa de ingreso en un hospital de la seguridad social de nuestro país el padecer dos UPP de grado IV, de 7 y 8 centímetros, intensa micosis perineal, arritmia completa y fiebre, lo que provoca que la paciente acuda a un centro privado en el que es intervenida quirúrgicamente de sus lesiones.

Por lo general, para su ingreso, los pacientes deben presentar una o varias lesiones profundas, con abundante material détrico y signos de infección local, loco-regional o sospecha de osteomielitis o bacteriemia. Esta situación suele presentarse en ancianos, especialmente deteriorados, donde pueden convivir otras circunstancias como malnutrición, desorientación, etc. junto a este síndrome gerontológico. La simultaneidad de varios procesos de enfermedad, la plurifarmacia, la fragilidad y la dependencia, suelen ser sumandos que invitan al ingreso. A menudo son estos problemas los que se argumentan para motivar el ingreso, y las UPP, una expresión más del deterioro. La muerte puede sobrevenir por esta desordenada suma de problemas.

Sería recomendable en los programas de formación de los facultativos, comúnmente solicitantes y facilitadores de los ingresos hospitalarios, incidir sobre la verdadera entidad de estos procesos, su capacidad desestructuradora en la salud global y las severas complicaciones que pueden reportar, especialmente cuando se trata de personas muy mayores o diezgadas. La opción del ingreso hospitalario temporal, por esa causa, no tendría las resistencias, a menudo observadas, por profesionales y por empatía a veces por las propias familias de los afectados, sino una fórmula segura y rentable de ayudar a vencer esas circunstancias amenazantes o de deterioro (infecciones severas loco-regionales, presencia de grandes superficies necróticas,...) que el hospital está en condiciones de proveer y poder devolver en pocas jornadas al paciente al nivel asistencial de partida.

## Altas hospitalarias y UPP.

Su presencia tampoco impide que se de el alta hospitalaria, cuando lo aconsejable es que debieran prepararse completa y adecuadamente las lesiones en el medio hospitalario, por sus teóricas mayores dotaciones de profesionales y medios, (entendiendo por ello la retirada de la mayor parte del material necrótico por procedimientos combinados: quirúrgicos, enzimáticos..., y abordando la colonización crítica o infección local si la hubiera, etc..) antes de proceder a remitir a otro nivel asistencial, al que debiera enviarse perfectamente informados los procedimientos empleados, o a su domicilio, quedando en manos de atención primaria. En este sentido vemos como en uno de los casos que se recogen más adelante, ni los peritos judiciales ni el juzgador llegan a reprochar al centro hospitalario el alta del paciente con una UPP generada en el propio centro en situación evolutiva de grado III, con escara necrosada de 3cm sin signos de infección<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Sala Social), de 22 de junio de 1.993.

<sup>25</sup> Auto no 177/2005 de la Sección 6ª (penal) de la Audiencia Provincial de Barcelona, de 21 de marzo.

Tenemos referencias verbales no documentadas hasta la fecha, de negativas por parte de cuidadores familiares a recibir el alta o traslado a otros centros de su familiar, el cual ha desarrollado una UPP durante su estancia hospitalaria, observándose cierta condescendencia y falta de “presión” por parte de los gestores ante la amenaza de ser denunciados por error o negligencia. Sin embargo estos casos son aislados todavía y el temor, por desconocimiento o arrogancia de los responsables sanitarios es escaso, como para no acelerar altas cuando las circunstancias relacionadas con estas heridas crónicas pudieran justificar prolongar más tiempo su permanencia, por las dificultades relatadas o por la falta de garantías de provisión de cuidados adecuados en el nivel asistencial al que se pretende remitir.

Sería muy recomendable que tanto profesionales sanitarios como responsables de la gestión de los centros hospitalarios no desconocieran ni infravaloraran las complicaciones potenciales y el aumento de la mortalidad ocasionado por la presencia de úlceras por presión así como esta eferescencia de usuarios y familiares en pedir responsabilidad por mala praxis y déficit de seguridad en las instituciones. En tal sentido se manifiesta el recientemente presentado Plan de Calidad del Sistema Nacional de La Salud [39], en el que buscando incrementar garantías a pacientes, usuarios y profesionales traza entre otras, una estrategia específica dirigida a “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud”, buscando disminuir los efectos adversos secundarios a la atención prestada, por su elevada morbimortalidad y repercusiones económicas y sociales. Propone la implantación en colaboración con las Comunidades Autónomas de proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras sobre ocho áreas específicas, incluyendo por primera vez en la historia de nuestro país, textualmente la necesidad de: “prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo”.

Las UPP debutan por primera vez en un Plan Nacional del Sistema de Salud de la mano de una sonora amenaza: la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios.

### **La prescripción enfermera en las úlceras por presión.**

Por la actualidad despertada en los últimos meses, antes de entrar en el estudio de los pronunciamientos judiciales encontrados sobre casos de UPP, deseamos cerrar este trabajo haciéndonos eco del movimiento habido en torno a la solicitud de legitimación de la prescripción colaborativa del profesional de enfermería, finalmente cercenada tras de un amplio debate político y profesional, no incluyendo esta posibilidad en la recién aprobada Ley del Medicamento [40]<sup>26</sup>.

Especialmente por sus implicaciones con el tema que nos ocupa, decir que la prescripción enfermera en el ámbito del cuidado de las úlceras por presión y otras heridas crónicas en nuestro país es una práctica “arraigada, consentida, aplaudida y practicada desde hace años” [41], aún cuando todavía no esté contemplada en el actual marco legal.

---

<sup>26</sup> Art. 771: “La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”.

La mayoría de profesionales de la Enfermería de España de los diferentes contextos asistenciales seleccionan y aplican a diario, con criterio científico, técnicas de preparación del lecho de diferentes heridas crónicas (retirada del tejido no viable, control del exudado, manejo de la inflamación e infección local, etc.) y un amplio catálogo de materiales desarrollados para su tratamiento local y regional (soluciones limpiadoras, desbridadores, vendajes, apósitos, etc.). Situación de manifiesta autonomía, no discutida por muchos otros profesionales, de vacío legal hasta la entrada en vigor de la aludida Ley del Medicamento, y quizá en este momento, de ilegalidad, a diferencia de los profesionales enfermeros del ámbito anglosajón, autorizados para prescribir “todo lo necesario” en el tratamiento local de estas lesiones.

La legalización de la prescripción enfermera sobre los numerosos productos sanitarios utilizables en el cuidado de las UPP, terminará también con posibles dilemas éticos y responsabilidades legales de muchos enfermeros con formación y criterio ante episodios de inadecuada prescripción por parte de otros profesionales, hasta ahora únicos autorizados legalmente para prescribir, a veces anclados en prácticas decimonónicas o escasamente sustentadas en el conocimiento actual.

Una hipotética negación del enfermero a realizar una cura local de acuerdo a una pauta escrita de un médico especialista (comúnmente no habitual esta intervención en la atención de las UPP pero sí a menudo en otras heridas crónicas como son las de etiología vascular) por considerarla inadecuada, supondría a priori un pulso importante, enfrentando de un lado la posibilidad de obtener el profesional de enfermería delegación de la prescripción por parte del médico, según el artº 9 de la L.O.P.S. [42] que regula las relaciones interprofesionales y del trabajo en equipo, siempre que esa actuación estuviera protocolizada y ahondando en la misma línea los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España en los arts. 53 y 54, de los que se desprende la autonomía y capacidad del enfermero para realizar dichas curas, ahora bien, frente a ello, la constatación de que la prescripción es médica y no puede sustituirse el tratamiento pautado por otro sin previa delegación o consentimiento del médico, ya que si el enfermero modificase el tratamiento prescrito por el médico y no fuese efectivo u ocurriera algún tipo de negligencia, podría llegar a encausarse, además de por la responsabilidad que corresponda por los daños causados, por un posible delito por intrusismo profesional.

No obstante, si esa atención se ha realizado aplicando la *lex artis*, si el tratamiento es correcto, aunque no haya resultado el más adecuado y se ha practicado con la diligencia debida, entendemos que no se calificaría como tal [43].

## Criterios de los tribunales españoles en casos de UPP

Cuando abordamos nuestro anterior estudio, en España no eran todavía usuales las reclamaciones judiciales relacionadas con la prevención y el tratamiento de las UPP. Sin embargo, encontramos dos sentencias especialmente relevantes por abordar de forma directa el problema de las UPP.

**ANDALUCÍA. Granada. Contencioso-Administrativo. Sentencia 858/2001, de 10 de diciembre, del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Repertorio Aranzadi JUR 2002\66595):**

Se trataba de un supuesto de responsabilidad contencioso-administrativa por el fallecimiento de un paciente en el que el tribunal acaba condenando a la Administración por falta de recursos hospitalarios suficientes “*de tipo mecánico y personal*”. De tipo mecánico porque no se utilizaron colchones especiales “antiescaras” por escasez en el centro, y de tipo personal, porque el tribunal entendió que el personal sanitario debió procurar la movilidad del enfermo sin que su corpulencia justificara el que no lo hicieran. Además se consideró negligencia del centro no haberse dotado de un protocolo de enfermería adecuado para prevenir “*ese riesgo tan previsible*”.

**VALENCIA. Contencioso-Administrativo. Sentencia 139/2001, de 9 de febrero, del Tribunal Superior de Justicia de Valencia (Repertorio Aranzadi JUR 2001\273553):**

Se condena a la Administración por las lesiones padecidas por un paciente a partir de una defectuosa inmovilización del pie izquierdo que le provocó una “necrosis” y por la demora en atender las quejas acerca de las molestias que le producía dicha inmovilización. Esta sentencia consideró que la relación causal no se rompió por el antecedente de que la paciente fuera sometida a una intervención de una lesión en el pie en cuestión, sino por el contrario, fue precisamente la causa de la lesión consecuyente: UPP.

### Otros pronunciamientos judiciales

Como comentamos al inicio, uno de los motivos que nos animó a abordar la revisión de nuestro anterior trabajo, era el enjuiciamiento de nuevos casos de UPP y cómo se estaban resolviendo por los Tribunales, viniendo a confirmar aquellas sospechas de que a corto y medio plazo se incrementarían las reclamaciones por UPP, dado el cambio de mentalidad de nuestra sociedad en relación a la actividad sanitaria en general, y en torno a las UPP en particular. De entre las sentencias encontradas son de destacar las que se recogen a continuación, con fidelidad a los autos revisados, y acompañadas de algunos comentarios cuando así se considera:

**BARCELONA. Penal. Auto nº 177/2005 de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, de 21 de marzo (Repertorio Aranzadi JUR 2005\115422).**

Varón de 81 años que sufre una caída desde la camilla al suelo cuando se le estaba realizando un Eco-Doppler al olvidarse su cuidador de elevar la baranda metálica de protección de la camilla. Por la caída tuvo una fractura pertrocantérica del fémur por la que debía ser

operado quirúrgicamente. Durante su estancia en el hospital le aparecieron varias UPP: una en el coxis y otras dos en los talones, derecho e izquierdo. Le dan el alta con UPP del talón izquierdo en situación evolutiva de grado III, con escara necrosada de 3cm sin mostrar signos de infección. El paciente ingresa en un Centro sociosanitario causando alta voluntaria, regresando al cabo de 22 días con UPP con necrosis húmeda, maloliente, infectada de grado IV. Finalmente se le amputó la pierna izquierda, por lo que el paciente reclamó contra el Hospital. El Tribunal acaba exculpando al centro hospitalario basándose en que tal lapso de tiempo, teniendo en cuenta la anterior cronología en el Hospital, mal puede atribuirse causalmente a dicho centro.

Es de destacar, por las referencias que esta resolución judicial hace, el informe pericial en que se basa, el cual empieza por alabar el riesgo aumentado que el paciente tenía de desarrollar una UPP (edad, trastornos vasculares, etc.) que hacen que el problema subsiguiente quede en la plataforma de "casi imposible de prevenirse", cuando realmente lo que pone de manifiesto es la necesidad de aplicar en ese caso unos cuidados más intensivos y decididos para evitar su presencia, riesgo elevado de desarrollar UPP, que no se conoce si fue adecuadamente evaluado y del que han de partir esos cuidados que tampoco entran a detallar. Acto seguido, cuando se aborda la cuestión del tratamiento, los peritos lo consideran adecuado al seguir el dictado de los protocolos. En todas las actuaciones emprendidas en este largo proceso solo citan el uso de un clásico apósito hidrocoloide sin el ejercicio de otros materiales.

La reiterada secundarización de estos procesos en el ámbito profesional y social, pueden originar también en los agentes periciales, facultativos superiores casi en exclusiva, apreciaciones maximizadoras en la inevitabilidad y minimizadoras en la exigencia de procedimientos modernizados de prevención y tratamiento, con grave influencia, dado que de esta conceptualización depende en gran medida la resolución de los casos judiciales.

**CÁDIZ. Penal. Sentencia nº 34/2004 Audiencia Provincial de Cádiz (Secc. 5ª), de 7 de abril (Repertorio Aranzadi JUR 2004\153183).**

Mujer que, tras una intervención quirúrgica, presenta complicaciones a las que se añaden la aparición de procesos ulcerosos. Consta en los documentos que obran en autos que se efectuaron los cambios posturales pese a los múltiples factores de riesgo que pesaban sobre la paciente que condicionaban seriamente o al menos dificultaban los mismos. También se pusieron en práctica otra serie de medidas encaminadas a paliar: curas, aplicación de módulos antiescaras, colchón de agua, levantar a la paciente y mantenerla sentada en un sillón cuando el proceso evolutivo de la misma lo permitía. Por ello se acabó concluyendo que la asistencia dispensada a la paciente durante su estancia en la UCI en atención a su situación clínica fue la apropiada, debiendo considerarse que la aparición de UPP como una complicación más derivada de sus condiciones generales.

No es nuestro deseo conjeturar, puesto que no se disponen de todos los datos que entendemos sería necesario barajar, pero a priori, la utilización de un colchón de agua (a buen seguro sobrecolchón o colchoneta) en una UCI, entre otras medidas tales como el uso de "módulos antiescaras", levantar a un sillón sin, presumiblemente, dispositivo reductor de la presión, etc. ante una evidente paciente de riesgo elevado, no sería la superficie especial para el manejo de la presión aconsejada por todas las directrices terapéuticas basadas en las últimas evidencias disponibles. El manejo de la presión requeriría disponer como pieza clave de una superficie dinámica, de aire alternante, de celdas medias o grandes.

**VALLADOLID. Penal. Sentencia nº 325/2003 Audiencia Provincial de Valladolid (Secc. 4ª), de 10 de diciembre (Repertorio Aranzadi JUR 2004\77985).**

Mujer de 81 años con Alzheimer que ingresa en junio del 2.001 en una Residencia de Ancianos, en la que en junio de 2002 padece una caída que ocasiona su ingreso en un centro hospitalario en el que se le diagnosticaron, además de las heridas propias de la caída, UPP. Recoge la Sentencia que la presencia de tantos factores de riesgo que presentaba la paciente impiden afirmar que hayan sido causadas por maltrato o cuidados inadecuados. Expone que sólo la deshidratación podría deberse a cuidados inadecuados, y que el estado físico y la desnutrición se podían corresponder con el estado de la enfermedad de la paciente, añadiendo que los enfermos de Alzheimer pueden deshidratarse en pocas horas. Según el juzgador, el grado de medios que es preciso poner para lograr el correcto cuidado de estas personas no es fácil de determinar, y las Administraciones Públicas, concretamente en este caso La Junta de Castilla y León, tienen una regulación específica en esta materia. A mayor abundamiento, a raíz de este caso se efectuó una Inspección de la Residencia sin que se desprendieran de la misma infracciones administrativas. Por todo ello la Sentencia acaba concluyendo que los medios se procuraron y pese a ello se dio el resultado lesivo recogiendo literalmente lo siguiente: "es preciso recordar que en estas situaciones no sólo se suele ir produciendo un empeoramiento del estado de salud de los enfermos, sino que suele ser la antesala del fallecimiento, como efectivamente en este caso se ha producido en el pasado verano del presente año 2003, sin que por ello puede hablarse de maltrato en el obrar de la residencia de ancianos en la que tal persona estuvo ingresada".

Al respecto decir que si bien es cierto que el proceso evolutivo de una enfermedad crónico-degenerativa, como la demencia tipo Alzheimer, conlleva decrementos funcionales y pérdidas en las capacidades y autonomía para abastecer las actividades básicas de la vida diaria, y en fases avanzadas, llegar a una involución importante con encamamiento, no se justifica por ello, inherentemente, el que deba desarrollar úlceras por presión, claramente relacionadas, con la calidad de los cuidados que se presten. Éstos, perfectamente relacionados por diferentes documentos técnicos [9, 44] solo deberán ser modificados o considerados especialmente, en fases finales de la enfermedad. El concepto terminal se reserva habitualmente a supervivencias que no se estiman superen los seis meses de vida, no a enfermedades que pueden tener una vigencia superior a los diez años en su conjunto o fases de vida sillón-cama que se prolonguen años.

**SEVILLA. Penal. Sentencia Audiencia Provincial de Sevilla nº 62/2003 (Sección 3ª), de 12 de marzo (Repertorio Aranzadi JUR 2003\228133).**

Mujer de avanzada edad que ingresó con un padecimiento grave de infarto cerebral, "escaras" y "úlceras por decúbito continuo". Se exculpa a la Residencia donde se encontraba ingresada por aplicación del principio de presunción de inocencia que no se ve desvirtuado en este caso en que se considera que las UPP pueden extenderse en breve tiempo, sin que la neumonía que padeció pudiera concluirse que fuera causada por una desatención de tal envergadura que pudiera llegar a ser constitutiva de infracción penal delictiva.

**ALBACETE. Penal. Sentencia Audiencia Provincial de Albacete, nº 94/2001 (sección 1ª), de 1 de octubre (Repertorio Aranzadi JUR 2001\328481).**

Mujer de 65 años con ceguera e inmovilidad de columna vertebral y miembros inferiores, que es atendida por su hermana y el marido de ésta en el domicilio de ambos. Se personó la Comisión Judicial en el domicilio y encontró a la paciente con sus propios vestidos manchados de excrementos y de orina, con maceraciones de la piel producidas por el contacto permanente de la epidermis con heces y orinas, que no se habría ocasionado (ni agravado, degenerando en escamas y úlceras de decúbito) si hubiera recibido los humanos y diarios cuidados que su delicado estado personal exigía: vigilancia, limpieza, curas, cambios posturales y debida nutrición-, y que no le prestó debidamente su hermana, quién fue condenada en primera instancia por una falta de vejación injusta de carácter leve, en concurso ideal con una falta de lesiones, a la pena de multa de quince días con una cuota diaria de 15.000 pesetas, con siete días de responsabilidad personal subsidiaria en caso de impago, y arresto de cuatro fines de semana, absolviéndola del delito contra la integridad moral –maltrato- del que se le acusaba. El Ministerio Fiscal recurrió el último pronunciamiento de la Sentencia que absolvía a la hermana del delito del artículo 173 del Código Penal que castiga al *“que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral”* tanto mediante acción como mediante comisión por omisión, ya que la acusada consiguió el fin simplemente dejando de realizar las labores que le correspondían o a, las que estaba obligada. Sin embargo el tribunal la exculpó porque la acusada residía y vivía de forma similar a su hermana –en toda la casa había un insoportable olor a alimentos putrefactos y a orina, restos de alimentos descompuestos por el suelo y encima de las sillas- lo que excluye que su conducta tenga por finalidad vejar a ésta, e impide que se califique dicha conducta como delito del artículo 173 del Código Penal.

**ALAVA. Civil. Sentencia nº 53/2002 Audiencia Provincial de Álava (Sección 2ª) de 4 de marzo (Repertorio Aranzadi JUR 2002\219866).**

Mujer que ingresa en una Residencia que, según contrato, cuenta con servicios sanitarios de médico y enfermera. En la paciente se daban todos los factores de riesgo. Le aparece una UPP en el sacro que evoluciona hasta un grado IV. Las pruebas practicadas demuestran que no se adoptó medida preventiva alguna para evitar las úlceras. Cuando aparece, las curas son totalmente insuficientes. No consta por parte de la Residencia que se hicieran cambios posturales, ni curas diarias. No la aseaban ni lavaban diariamente. Tampoco tenía personal especializado para ello. En el hospital la escara desapareció con cuidados y curas diarias. El Tribunal acaba condenando al gerente y su hijo –le sustituía en las funciones de gerente- por considerar existe negligencia o falta de la diligencia debida, quedando demostrado que a la paciente se le causó un dolor innecesario. Exculpa a los trabajadores –ninguna de ellas era enfermera ni tampoco auxiliar geriátrica- puesto que sólo cumplían órdenes de los primeros. Tampoco se considera responsables al médico y la enfermera que la atendían porque pertenecían al servicio de Osakidetza, prestando sus servicios en la comarca, acudiendo a la Residencia cuando eran solicitados sus servicios, pero siempre correspondiendo a sus servicios públicos y prestando su labor o función pública. La paciente fue indemnizada con 2.280,51€. 1.080,51€ por los 21 días que permaneció hospitalizada, más 1.200,00€ por daños morales ya que se considera que tuvo que sufrir de forma importante desde que la escara se localiza hasta que se cura. El juzgador se basa para ello en la única prueba aportada a autos, consistente en fotografías que, aún siendo de fecha posterior, muestran una escara menor a la que tuvo que sufrir cuando permaneció interna en la residencia.



**VIZCAYA. Civil. Sentencia n° 625/2001 Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección 3ª) de 15 de junio (Repertorio Aranzadi JUR 2001\305328).**

Mujer que ingresa en la UCI de centro hospitalario apareciéndole UPP. El tribunal exculpa al centro por lo siguiente: existe un protocolo antiescaras que se aplica a todos los pacientes encamados sin excepción y sistemáticamente, al ser aplicadas por el personal de enfermería de forma estructural y rutinaria, haciéndose mención a las mismas a lo largo de toda la historia clínica. Además, y siguiendo al informe del perito judicial, se entiende que la incidencia de UPP en UCI es de hasta un 33%, debiéndose su aparición a un fenómeno multifactorial, añadiendo que la aplicación de medidas antiescaras retrasa o dificulta la aparición de UPP, pero nunca la garantizan. En el caso de autos se afirma, también porque así lo manifiesta el perito, que el mal estado de la paciente (estado séptico de estrés o hipoxemia, mal nutrición y hábitos), son factores que en conjunto contribuyeron y de forma importante en la producción y evolución de las úlceras, independientemente de que se aplicasen o no medidas antiescaras. Se aportaron los nutrientes necesarios en la forma posible debido a su estado (vía parenteral). Se trató con éxito la neumonía bilateral y la infección urinaria y, por último, se adoptaron sustancialmente las medidas terapéutico-preventivas adecuadas para evitar la aparición de escaras.

Nuevamente sobresale en este caso la concepción de un perito judicial o médico forense excesivamente condescendiente, por devaluación, cuando no corporativismo, debido por un lado a la argumentación ya hecha en casos anteriores, sobre la necesidad de adaptar-extremar los cuidados preventivos al riesgo detectado, no utilizando como única pantalla la situación de pérdida de salud del paciente, existiendo posibilidades de conjugar materiales y procedimientos de alto rendimiento (SEMP de altas prestaciones, etc.) siempre que se evalúe adecuadamente el riesgo, se dispongan de estos materiales y se arbitren y monitoricen estos cuidados, y especialmente se jerarquice adecuadamente su intervención con respecto a otros procesos presentes, parece ser de mayor "entidad": neumonía, infección urinaria. De igual modo se denota un intento de justificación apelando a cifras de incidencia de UPP en UCI, descontextualizadas y trasnochadas (como así demuestran los estudios epidemiológicos sobre UPP realizados en este país en los años 2001 y 2005 [45,46], y si siempre es dificultoso en este ámbito asegurar la evitación, se presta el informe a considerar mucho más elevados, los datos aportados de Pam Hibbs, citada por Waterlow [47] que aseguran que hasta el 95 % de las lesiones son evitables, con los cuidados y recursos adecuados.

**CANARIAS. Social. Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas n° 232/1994, de 22 de marzo (Repertorio Aranzadi AS 1994\948).**

Varón de 66 años que fue intervenido de melanoma inguinal izquierdo mediante resección y vaciamiento inguinal, y posteriormente con tratamiento poliquimioterápico. Tras el alta, padece, entre otras cosas, episodios, a veces diarios, de claudicación no dolorosa con sensación de entumecimiento en ambos miembros inferiores pero no es ingresado. Posteriormente es atendido por el Servicio de Neurología que determina el ingreso inmediato, pero en el servicio de admisión se le comunica que no hay disponibilidad de camas, remitiéndole a su domicilio. A los diez días ingresa en Servicio de Urgencias presentando "ictus isquémico, con afectación máxima, en territorio de arteria cerebral media izquierda". A los tres meses es ingresado en una clínica detectándose síndrome multiescaras. Se aconseja un colchón antiescaras y

solicitado del INSALUD es denegado, habiéndose adquirido por sus familiares con la cooperación del Ayuntamiento. A los 4 meses falleció. La causa de defunción obrante en el certificado, como una constatación de todas las patologías del paciente, considera imposible, sin practicar necropsia, determinar la causa del óbito. El Tribunal acaba condenando al INSALUD a indemnizar a la familia por la carga de la obligación de cuidados diarios y permanentes y, considerando las circunstancias familiares en una casa donde convivía la madre y tres hijos desempleados, el índice estadístico de vida que se le había negado, el sufrimiento de la víctima de la irregularidad y el daño moral a él y a sus familiares, al pago de 15.000.000 de pesetas.

Destaca en este caso especialmente, a nuestro juicio, una nueva muestra de infravaloración y nula sensibilidad de las organizaciones, en ese caso el INSALUD, que como casi la totalidad de las agencias regionales de salud, a través de sus comisiones de ortoprótesis, no contemplan entre las prestaciones a usuarios, las superficies especiales de apoyo para la prevención o tratamiento de las UPP, negando su provisión en el domicilio. Por otro lado, es sugerente, a pesar de la obviedad de la necesidad de la realización de una autopsia para fijar categóricamente las causas finales de defunción, en gran parte de casos de pacientes pluripatológicos, destaca el no haber determinado las UPP como posible causa de muerte, sino inicial, si al menos como causa antecedente, ante la disposición de un diagnóstico precedente de síndrome multiescaras del que no queda constancia de su resolución hasta la fecha del fallecimiento.

Además de los daños directos que ocasionan las UPP que se podrán enjuiciar, como hemos visto, por las vías civil, contencioso-administrativa y penal, su aparición y/o su deterioro pueden causar otro tipo de reclamaciones, como el Reintegro de Gastos Médicos que, a diferencia de las anteriores vías, se enjuician ante los juzgados y tribunales de lo Social:

**MADRID. Social. Sentencia nº 225/2004 del Tribunal Superior de Justicia, Sección 3ª, de 19 de febrero (Repertorio Aranzadi AS 2004\2374).**

Mujer de 74 años que sufrió un accidente de tráfico permaneciendo ingresada y en reposo algo más de dos meses hasta que se le da el alta presentando úlcera en tobillo derecho. Siguiendo instrucciones del parte de alta, el "ATS" procede a efectuar curas cada 72 horas. Tras el empeoramiento de la UPP y el aumento de los dolores acudió de nuevo al servicio de urgencias del hospital pero aun presentado un grado IV no consideran necesario su ingreso. Una semana más tarde acude a la consulta que tenía concertada y la doctora le manifiesta que es necesario amputar la extremidad afectada (pie derecho) sin dar ninguna explicación más. Ante la falta de información la paciente acude a un especialista privado que le practica en la extremidad afectada un by-pass con vena safena invertida. En unos días se da el alta a la paciente y reclama al Instituto Madrileño de Salud el reintegro de los gastos médicos ocasionados por tal intervención y que ascienden a 11.959,43€, a lo que el Tribunal accede por entender que los hechos describen una situación de afección de un miembro inferior, con riesgo de gangrena (y por ello de supervivencia) cuyo diagnóstico y terapéutica es unívoco: amputación. La petición de información de otras técnicas menos agresivas es desoída. Además condena al Instituto Madrileño de Salud al pago de las costas judiciales (500,00€).

**PAIS VASCO. Social. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, de 22 de junio de 1.993(Repertorio Aranzadi AS 1993\2875)..**

Mujer de 73 años que acude al servicio de urgencias del hospital con expresa indicación del médico de cabecera de la conveniencia de hospitalización. Se le diagnostica “úlceras tórpidas por decúbito” e “infección de orina” y finalmente no se considera necesario su ingreso, por lo que siguió siendo atendida por su médico de cabecera, quién más adelante volvió a remitirla al hospital de urgencias manifestando “creo que se está derivando demasiado a la enferma y que se trata de un caso de tratamiento hospitalario”. Tras una discusión con el personal de Servicio se les indicó que no era un caso de internamiento hospitalario. La paciente fue ingresada en una clínica privada en las siguientes condiciones: “... en mal estado general... fiebre de dos meses de evolución... no respondiendo a tratamientos con antibióticos en forma ambulatoria... presentando dos escaras sacras, una de ellas con profundidad de 7 y 8 cm... intensa micosis perineal... arritmia completa”. Fue intervenida quirúrgicamente. Los gastos hospitalarios y médico-farmacéuticos ascendieron a 1.902.158 pesetas. La paciente solicitó el reintegro de los gastos médicos y el tribunal condenó al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza por entender que la intervención quirúrgica practicada se podía calificar de normal, sin que requiera medios ni técnicas avanzadas de las que carezca la Seguridad Social, e imponiéndole las costas judiciales.

Añadimos finalmente otra sentencia que nos ha llamado la atención por enjuiciar un supuesto de daño colateral o indirecto causado por la aparición y deterioro en un caso de UPP:

**BARCELONA. Civil. Sentencia Audiencia Provincial de Barcelona (Secc. 4ª), de 22 de marzo de 2.002 (Repertorio Aranzadi JUR 2002\152176)..**

Mujer de 87 años que tras una caída casual ingresa en el Hospital de la que es dada de alta. Sin embargo, ante la pérdida severa de su capacidad funcional tuvo que ingresar en una Unidad de Convalecencia de un Centro Geriátrico, regresando a su domicilio tras un año con una evolución favorable de las UPP que presentaba al ingresar, marcha autónoma con caminador, aunque con dificultades por la severa limitación en la flexión de las caderas, y evolución también favorable del síndrome ansioso-depresivo evidenciado desde hacía unos ocho meses aproximadamente. Tras un año y medio, y procedente de otra Residencia, ingresó en una clínica “para descarga familiar”, según consta en documento emitido por esa clínica que figura en autos. El Tribunal declaró resuelto el contrato de arrendamiento de la vivienda de la paciente porque todo este proceso desencadenó en ella un estado físico sin retorno que llevó a la convicción al tribunal de que se trataba de una desocupación definitiva de la vivienda.

Repercusión que ha trascendido y fácilmente han asignado al problema UPP. Sin duda no con tanta claridad ni relevancia a través de plataforma legal o medios de comunicación son estimados la grave afectación de la calidad de vida, autoestima e independencia asignable a este “devaluado, secundario y sumergido” problema, y ello aparte de la puerta que en estos casos se abre para incluir en las reclamaciones contra los responsables, el resarcimiento por este tipo de perjuicios.

## Conclusiones

Como apuntamos al inicio de este trabajo, aquella búsqueda en nuestro país de vestigios, relaciones, denuncias o repercusiones legales de las úlceras por presión, con discretos hallazgos de hace unos pocos años se sucede, permitiéndonos confirmar el creciente aumento de reclamaciones judiciales relacionados con la prevención y tratamiento de UPP, sin todavía aproximarse, por entidad numérica y de sanciones impuestas, a lo que viene sucediendo en otros países de nuestra área de influencia.

A pesar del creciente número de sentencias que hacen mención a las UPP, son simbólicas las que, con rotundidad, pronuncian como causa de éstas, una deficiencia en los cuidados, negligencia o mala praxis y llama la atención, a pesar de las que consideramos graves repercusiones para los que las sufren, las raquíticas condenas e indemnizaciones.

Tal vez el mismo espíritu de devaluación de estas lesiones, presente en ámbitos profesionales y en la sociedad en general, se traslada a la judicatura, especialmente de la mano de peritos y/o forenses que no alcanzan a ver la dimensión real del problema (pérdida de salud y calidad de vida) y las fatales consecuencias de las UPP (incluida la muerte por esa causa). No ven como prácticas punibles los no ingresos por presentar UPP o las altas sin una preparación adecuada de éstas. Un juicio posiblemente alimentado también por la falta de formación específica en sus currículos básicos y postgraduados, de actualización a través de las evidencias científicas generadas en los últimos años y embebido todo ello por la falta de interés que despierta un problema secundarizado, no considerado hasta la fecha como verdadero Problema de Salud ni meritada su dimensión epidemiológica, económica y social por los responsables sanitarios.

El mayor conocimiento por parte de gestores, profesionales y opinión pública de la entidad de estos procesos, el aumento creciente de la sensibilidad de usuarios y cuidadores familiares sobre la evitabilidad y cuidados adecuados de estas lesiones, el reconocimiento de su directa implicación en la pérdida de seguridad de instituciones sanitarias y la oportunidad observada por letrados especializados en demandas por problemas de salud de obtener “buenos resultados” (un “filón de oro” en otros países), son elementos que seguro harán cambiar el panorama actual, generar jurisprudencia y amenazar con mano de hierro a los que en sus senos permiten su aparición o no se cuidan de ellas una vez aparecidas, con el rigor que impone el conocimiento actual.

Sentirse amenazado, en nuestra cultura sanitaria, dice la historia reciente, que aún no siendo la fórmula deseada, puede ser motor del cambio.

## Bibliografía

1. Plaza Penadés J. El nuevo marco de la responsabilidad médica y sanitaria. *Revista Aranzadi de Derecho patrimonial* 2002. (2): 5-20
2. Soldevilla JJ; Navarro S.; Rosell C; Sarabia R; Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. GNEAUPP. Ed. SPA Grupo Drugfarma. 2004.
3. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. *Science of Surfaces*. London: Emap Healthcare, 2005: 4-5
4. Knowlton SP. Legal Aspects of wound care. En: Baranoski S; Ayello EA. *Wound Care Essentials. Practice Principles*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:19-33
5. Di Maio VJM; Di Maio TG. Homicide by Decubitus Ulcers. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2003; 23 (1): 1-4
6. Tsokos M; Heinemann A; Püschel K. Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *Int J Legal Med* 2000; 113:283-287.
7. Heinemann A; Tsokos M; Püschel K. Medico-legal aspects of pressure sores. *Legal Medicine*. 2003; (5): 263-266
8. Pearsall C. Forensic Biomarkers of Elder Abuse: What Clinicians Need to Know. *J Foren Nurs*. 2005; 1(4):182-186
9. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. *Directrices Generales sobre Prevención de Úlceras por Presión*. Logroño: GNEAUPP, 2003
10. Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda JJ, Novillo Briceño LM, Segovia Gómez T. Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra i Bou JE (eds). *Atención integral a las heridas crónicas*. Madrid: SPA, 2004
11. Pancorbo PL.; García Fernández. FP.; López Medina IM; López Ortega J. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos* 2005; 16 (4): 219-228.
12. Cabrera J; Fuertes J. *Medicina Legal en Atención Primaria*. Cauce Editorial. 2.004.
13. Vázquez del Rey Villanueva R. La responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria. *Boletín del Iltre. Colegio de Abogados de Madrid*, nº 24, enero 2.003
14. Rodríguez López P. Consentimiento Informado y estado de necesidad terapéutica. *Actualidad del Derecho Sanitario* 2003; 90 (enero): 1-17

15. Navarro Rodríguez S. Responsabilidad Sanitaria. Vías de Reclamación. Iuris 2005; 81 (febrero): 58-63
16. Medallo-Muñoz J.; Pujol-Robinat A.; Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med. Clin. (Barc). 2006; 126 (4): 152-6.
17. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre. Editorial Aranzadi, Pamplona, Septiembre 2001. Versión actualizada en Base de Datos Aranzadi, Pamplona, RCL 1995\3170.
18. Hurtado Martínez JA. Responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. RJC 2002.3
19. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 (III) de 10 de diciembre de 1948. Editorial-Gráficas SIGNO S.A.. Barcelona. 1.991.
20. Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950. Editorial-Gráficas SIGNO S.A.. Barcelona. 1.991.
21. Constitución Española de 6 de diciembre de 1.978. Ediciones Valbuena S.A., Madrid, Septiembre 1.996. Versión actualizada en Base de Datos Aranzadi RCL 1978\2836.
22. López Bejarano A; Guijarro ME; Esteban M; López Soto, R. Presentación y evaluación de la mejora en el protocolo de tratamiento de las upp en un hospital. En: Soldevilla JJ; Martínez Cuervo F (eds). Actas del V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004
23. De la Casa F; Rodríguez Torres M; Martínez Martos C et al. Seguimiento de un protocolo basado en evidencias de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ; Martínez Cuervo F (eds). Actas del V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004
24. Salvan A. Lo que se os viene encima. Semer. 2006; 5 (1): 33-6
25. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documentos Técnicos GNEAUPP. [www.gneaupp.org](http://www.gneaupp.org). 2006
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/2002, nº 274, pág. 40126).
27. Ley 8/2003, de 8 de Abril, de la Presidencia de la Junta de Castilla y León, sobre los Derechos y deberes de las personas en relación con la salud. (BOE 30/4/2003 nº 71/2003, pág. 16650).
28. Abel Lluch, X. Algunas consideraciones sobre el derecho de información, el derecho a la intimidad, el derecho de autonomía y el consentimiento informado. Revista Jurídica de Catalunya (RJC), 2002; (4): 123-47

29. Abel Lluch, X., El derecho de información del paciente como presupuesto del consentimiento informado. Su régimen jurídico en la Ley 41/2000, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En: Abel Lluch, X. (dir). El juez civil ante la investigación biomédica, Cuadernos de Derecho Judicial X/2004, CGPJ, Madrid, 2005, 17-125.
30. Ley 3/2001, de 28 de mayo, de la Presidencia de la Junta de Galicia, sobre las normas reguladoras del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (BOE 3/7/2001, N° 158/2001, pág. 23537).
31. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documento Técnico IX GNEAUPP: Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. [www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf](http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf) 2006
32. Provo B; Piacentine L; Dean-Baar. Practice versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. *J Wound Care* 1997; 24(5):265-9
33. De Con X; Diaz E; Cadavieso R. Planes de Cuidados y heridas crónicas: hacia la gestión clínica por procesos. En: Soldevilla JJ; Martínez Cuervo F (eds). Actas del V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004
34. French ET; Ledwell-Sifner K. A method for consistent documentation of pressure sore. *Rehabil Nurs* 1991; 16(4): 204-7
35. Harding CA. A record sheet for pressure sore risk assessment. *Prof Nurse* 1999; 14(11):778-82
36. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Editorial Aranzadi. Pamplona. RCL 1986\1316.
37. Gaspar, J. La protección de datos personales en el sector sanitario. *Ergon S.A. Madrid*; 2.004:26
38. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE 14/12/1999 n°298/1999, pág. 43088).
39. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
40. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. B.O.E. 27/7/2006, n° 178, pág. 28122 y ss.
41. Soldevilla JJ. Prescripción Enfermera en el Cuidado de Úlceras por Presión. *Enfermería Facultativa* 2006; (96): 15
42. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias. B.O.E. 22/11/2003, n° 280, pág. 41442 y ss.

43. Informe Jurídico. Asesoría Jurídica. Consejo General de Enfermería de España. Madrid. 5.Septiembre.2005
44. European Pressure Ulcers Advisory Panel: Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del Grupo Europeo de Úlceras por presión. Gerokomos. 1999. 10(1):30-33.
45. Torra JE; Rueda J; Soldevilla JJ; Martínez Cuervo F; Verdu J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2003; 14(1): 37-47
46. Soldevilla JJ; Torra i Bou JE; Verdú J, Martínez Cuervo F; López Casanova P; Rueda J; Mayán JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España,2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006 (en prensa).
47. Waterlow J. Pressure sores prevention manual. Taunton, 1996









Smith & Nephew, S.A.  
Fructuós Gelabert, 2-4  
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)  
España  
Tel.: +34 902 303 160  
Fax: +34 902 303 170  
[www.smith-nephew.com](http://www.smith-nephew.com)