

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



TESIS DOCTORAL

Las Úlceras por Presión en Gerontología

Dimensión epidemiológica,
económica, ética y legal

J. Javier Soldevilla Agreda · AÑO 2007

Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos, Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontológica del Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, como director de esta tesis,

INFORMA

Que la memoria adjunta titulada:

**“Las úlceras por presión en Gerontología.
Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal”**,

para optar al grado de Doctor, presentada por **J. Javier Soldevilla Agreda**, ha sido realizada bajo mi dirección.

Considerando que constituye un trabajo de tesis, autorizo su presentación en la Universidad de Santiago de Compostela.

Fdo. Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos
DIRECTOR

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



TESIS DOCTORAL

**“Las úlceras por presión en Gerontología.
Dimensión epidemiológica, económica,
ética y legal”**

Fdo. J. Javier Soldevilla Agreda
AUTOR

A mi esposa.

A mi hija.

A mi madre.

Guía, motor y punto de partida de mi vida.

MI AGRADECIMIENTO

Al Profesor Mayán, por su dirección, confianza y amistad.

A todo el Comité Director del GNEAUPP, por su crédito y aliento.

**A Joan Enric Torra, Pepe Verdú y Sonia Navarro,
por su insustituible ayuda en esta hechura.**

Al Colegio de Enfermería de La Rioja, por su sensibilidad.

**A los numerosos profesionales enfermeros e instituciones que
han participado en algún tiempo y forma en este trabajo,
por su valiosa dote.**

**A aquellas empresas del sector que siguen apostando
por la investigación y la formación como fórmulas de cambio,
por su colaboración.**

**A todos los familiares, amigos y colegas que han creído en mí,
por su calor.**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. Las úlceras por presión como síndrome gerontológico. Binomio vejez-úlceras por presión	21
1.2. Las úlceras por presión: Pasado y presente. De la invisibilidad a un naciente protagonismo	25
1.3. Definición, etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión	29
1.3.1. Definición de úlcera por presión	29
1.3.2. Etiología de las úlceras por presión	31
1.3.3. Incontinencia, envejecimiento y úlceras por presión	36
1.3.4. Clasificación de las úlceras por presión	38
1.3.5. Localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión	40
1.4. Las úlceras por presión “como problema”. Su verdadera dimensión	41
1.4.1. Consecuencias sobre el estado de salud, la calidad de vida y la propia vida	42
1.4.2. El alcance epidemiológico de las úlceras por presión	44
1.4.3. Repercusión económica de las úlceras por presión	47
1.4.4. Consideraciones legales relacionadas con las úlceras por presión	49
1.5. Sobre la prevención de las úlceras por presión	55
1.5.1. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión	56
1.5.2. Cuidados de la piel	57
1.5.3. Movilización y cambios posturales	59
1.5.4. Superficies especiales para el manejo de la presión	60
1.5.5. Manejo local de la presión	62
1.5.6. Cuidados nutricionales	63
2. JUSTIFICACIÓN	65
3. OBJETIVOS	73
3.1. Objetivo general	75
3.2. Objetivos específicos	75

4. MATERIAL Y MÉTODO	77
4.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor	81
4.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España	83
4.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español	89
5. RESULTADOS	91
5.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor	93
5.1.1. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria de salud	95
5.1.2. Prevalencia de úlceras por presión en hospitales	100
5.1.3. Prevalencia de úlceras por presión en centros sociosanitarios	106
5.1.4. Datos relativos a las lesiones	112
5.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España	123
5.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español	135
6. DISCUSIÓN	147
6.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor	149
6.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España	157
6.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español	161
7. CONCLUSIONES	183
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
9. ANEXOS	209

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ESQUEMAS

Tabla 1	Cambios fisiopatológicos y manifestaciones clínicas	32
Tabla 2	Cálculo del coste del personal sanitario implicado en el tratamiento de las úlceras por presión	85
Tabla 3	Costos relacionados con la infección como complicación de una úlcera por presión	86
Tabla 4	Costos de estancias en hospitales o centros sociosanitarios	88
Tabla 5	Procedencia de cuestionarios (todos) según comunidad autónoma	94
Tabla 6	Prevalencia media en atención primaria según grupos /tipos de población	96
Tabla 7	Prevalencia media de úlceras por presión en atención primaria por tipos de centro	96
Tabla 8	Edad media y número de úlceras por presión por paciente en pacientes de atención primaria	97
Tabla 9	Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad) según sexo. Todos los pacientes	97
Tabla 10	Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad) según sexo. Mayores de 65 y más años	98
Tabla 11	Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad) en mayores de 65 años por subgrupos de edad	98
Tabla 12	Incontinencia en los pacientes con úlceras por presión atendidos desde atención primaria. Por sexos	99
Tabla 13	Prevalencia de úlceras por presión en hospitales según tipo de unidad y de hospital	101
Tabla 14	Prevalencia de úlceras por presión según el tipo de unidad hospitalaria y la complejidad de los centros	102
Tabla 15	Edad media y número de úlceras por presión por paciente en pacientes hospitalarios	103
Tabla 16	Severidad de las lesiones en hospital (úlceras de mayor severidad) según sexo. Todos los pacientes	103
Tabla 17	Severidad de las lesiones en hospital (úlceras de mayor severidad) según sexo. Mayores de 65 y más años	104
Tabla 18	Severidad de las lesiones en hospital (úlceras de mayor severidad) en mayores de 65 años por subgrupos de edad	104
Tabla 19	Incontinencia en los pacientes con úlceras por presión atendidos en hospitales	105

Tabla 20	Prevalencia de úlceras por presión en centros sociosanitarios según tipo de unidad	107
Tabla 21	Prevalencia de úlceras por presión según el tipo de unidad sociosanitaria y la titularidad de los centros	107
Tabla 22	Edad media y número de úlceras por presión por paciente en usuarios de centros sociosanitarios	108
Tabla 23	Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad) según sexo. Todos los pacientes	109
Tabla 24	Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad) según sexo. Mayores de 65 y más años	109
Tabla 25	Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad) en mayores de 65 años por subgrupos de edad	110
Tabla 26	Incontinencia en los pacientes con úlceras por presión atendidos en centros sociosanitarios	110
Tabla 27	Localización de las úlceras por presión según su nivel asistencial y ordenadas de mayor a menor frecuencia	114
Tabla 28	Localización de las úlceras por presión según su estadiaje (ordenadas de mayor a menor frecuencia)	115
Tabla 29	Nivel asistencial dónde se han originado las lesiones	116
Tabla 30	Antigüedad media de las lesiones en días	117
Tabla 31	Dimensiones de todas las lesiones	118
Tabla 32	Índice de severidad de Braden de las lesiones	120
Tabla 33	Políticas de prevención de úlceras por presión según niveles asistenciales	121
Tabla 34	Uso y tipo de escalas de valoración de riesgo de desarrollo de úlceras por presión por niveles asistenciales	122
Tabla 35	Frecuencia de uso y opiniones sobre los cambios posturales	122
Tabla 36	Úlceras por presión Estadio II. Coste estimado hasta cicatrización: mano de obra y materiales	123
Tabla 37	Úlceras por presión Estadio III. Coste estimado hasta cicatrización: mano de obra más materiales	124
Tabla 38	Úlceras por presión Estadio IV. Coste estimado hasta cicatrización: mano de obra más materiales	125
Tabla 39	Prevalencia de úlceras por presión (pacientes tratados por semana) y nivel asistencial	126
Tabla 40	Coste del tratamiento por semana (asumiendo la mejor práctica con apósitos de cura en ambiente húmedo) por nivel asistencial	127

Tabla 41	Costes nacionales de tratamiento de las úlceras por presión en España por nivel asistencial	128
Tabla 42	Costes nacionales de tratamiento de las úlceras por presión en España por grupos de edad y nivel asistencial	128
Tabla 43	Costes nacionales del tratamiento por tipo de componente	129
Tabla 44	Coste medio del tratamiento de una úlceras por presión por paciente y por nivel asistencial principal	129
Tabla 45	Utilización media de recursos	130
Tabla 46	Comparación del coste medio por paciente según se utilicen apósitos de cura en ambiente húmedo o apósitos tradicionales	132
Tabla 47	Utilización de recursos por paciente y episodio de tratamiento en pacientes tratados con cura en ambiente húmedo	132
Tabla 48	Utilización de recursos por paciente y episodio de tratamiento en pacientes tratados con cura tradicional	133
Tabla 49	Pronunciamientos judiciales españoles relacionados con las úlceras por presión	138
Figura 1	Nivel asistencial de donde proceden los cuestionarios	93
Figura 2	Incontinencia en pacientes mayores con úlceras por presión en atención primaria, por sexo y subgrupos de edad	99
Figura 3	Incontinencia en pacientes mayores con úlceras por presión en hospital, por sexo y subgrupos de edad	105
Figura 4	Incontinencia en pacientes mayores con úlceras por presión en centros sociosanitarios, por sexo y subgrupos de edad	111
Figura 5	Estadía de las lesiones. Distribución según nivel asistencial	112
Figura 6	Recurrencia de las lesiones. Distribución según nivel asistencial y Estadio	113
Figura 7	Estadía de las lesiones. Distribución según nivel asistencial y grupos de severidad	116
Figura 8	Antigüedad de las lesiones por Estadios según grupos de mayores en atención primaria	118
Figura 9	Antigüedad de las lesiones por Estadios según grupos de mayores en hospital	119
Figura 10	Antigüedad de las lesiones por Estadios según grupos de mayores en centros sociosanitarios	119
Esquema 1	Proceso de investigación. Esquema cronológico	79

Decía **Simone de Beauvoir** sobre su famosa obra “**La Vejez**”:

“Para la Sociedad, la vejez parece ser una especie de secreto vergonzoso del cual es indecente hablar, y este libro está escrito justamente para quebrar esa conjuración de silencio”.

Este trabajo persigue desde su humildad, ayudar a deconstruir esta realidad que afecta con encono a la vejez y a las tan negadas úlceras por presión.

Para que sin demora, ambas se hagan visibles.



1. INTRODUCCION

1.1. Las úlceras por presión como síndrome gerontológico Binomio vejez - úlceras por presión

Los cambios relacionados con la edad en la piel, el pelo y faneras diferencian externamente al joven del viejo. En una sociedad teñida por un ideario juvenil, el reconocimiento no genera, como en otras, habitualmente actitudes positivas sino más bien reacciones negativas que pueden provocar aislamiento y malestar en un grupo de edad al que debemos, el momento actual.

Estos cambios morfológicos en la piel que hemos de considerar normales en la persona mayor como exclusivo tributo al paso del tiempo, pueden tener un claro correlato clínico, favoreciendo una mayor predisposición a que fuerzas mecánicas, por presión, roce o cizalladura, de escasa envergadura o presentes un breve tiempo, o la presencia de un exceso de humedad en la zona expuesta, puedan generar lesiones definitivas y de severo alcance.

Entre los cambios fisiológicos normales en la piel de la persona mayor, que puedan aumentar el riesgo de desarrollo úlceras por presión o hacer más desfavorable la cicatrización de posibles heridas en la piel, es destacable:

- La reducción con la edad del recambio celular de la epidermis, dando lugar a una lentificación de la velocidad de cicatrización y a una mayor probabilidad de desarrollo de infecciones secundarias tras un traumatismo¹
- La leve disminución de grosor de la epidermis con el envejecimiento, potenciando su fragilidad²
- Una reducción en el número de células de Langerhans que puede explicar una disminución de la respuesta inmunitaria cutánea y una mayor probabilidad para el desarrollo de tumores cutáneos y de infecciones micóticas o víricas³
- La pérdida de cerca del veinte por ciento del grosor de la dermis, responsable de la calidad fina y casi translúcida de la piel observada en muchos ancianos.
- El engrosamiento y fragmentación de las fibras de elastina.
- La disminución del lecho vascular, la capa de colágeno y los fibroblastos⁴

- La presencia de arrugas con atrofia de la dermis, reducción de la grasa subcutánea y cambios en la red elástica.
- El adelgazamiento de las paredes vasculares, responsable de la tendencia a los hematomas fáciles en el anciano.
- La presencia de modificaciones en la unión dermoepidérmica (membrana basal de la dermis) favoreciendo que traumatismos mínimos produzcan hematomas subepidérmicos.
- La menor elasticidad de las fibras de colágeno frente a la tensión, aumentando con ello la susceptibilidad a las lesiones de tipo laceración y la probabilidad de formación de ampollas^{4,5}
- La reducción del tejido celular subcutáneo y de toda la red capilar, hace más propenso al anciano a la hipotermia o a la hipertermia (dificultades en la termoregulación).
- La mayor dificultad en la aclaración-eliminación de materias de desecho haciéndoles más propensos a efectos alérgicos extendidos, una reducción en la resolución de las vesículas y un retardo o enmascaramiento de las respuestas al tratamiento⁶
- Los corpúsculos de Pacini y de Meissner del sistema nervioso periférico descienden en número en el proceso de envejecimiento provocando una disminución de la sensibilidad.
- Desciende la secreción sebácea en la persona mayor.
- Las glándulas eccrinas descienden en número y función, provocando una disminución de la transpiración y consecuente una mayor sequedad de la piel y del manto ácido graso que la protege.
- La generalizada mayor permeabilidad de la piel, lo que permite el paso de humedad desde el exterior, disminuye la resistencia ante fuerzas de fricción.

A estos cambios estructurales y funcionales en la piel del mayor, que pueden hacer más vulnerable o menos resistente al individuo, han de sumarse además de factores específicos, reconocidos con un valor causal elevado y que se contemplan en las

escalas de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión que analizaremos más adelante (incontinencia, malnutrición...), algunas características comunes a muchas personas de edad, especialmente los más frágiles y dependientes, que van a elevar indudablemente el riesgo de desarrollar úlceras por presión con respecto a otros grupos etarios.

A pesar del desconocimiento de las interacciones entre ellos y el peso determinante de cada uno en su relación con el desarrollo de úlceras por presión, cabe mencionar como factores de riesgo inespecíficos, distintivos o condicionantes de la vida en las personas mayores:

Factores de riesgo de origen orgánico

Los múltiples procesos de enfermedad (pluripatología) y su tendencia a la cronicidad e incapacidad.

En los mayores, lo común es encontrarnos con la presencia de varios procesos simultáneos, fruto a menudo, de la predisposición de una enfermedad a la aparición de otra por una menor capacidad de respuesta del organismo anciano.

Sería aventurado precisar el número de procesos que pueden aparecer a la vez, identificando algunos autores hasta cuatro y cinco de promedio en este grupo⁷, con claras tentativas al eclipse sintomático y a la indeterminación diagnóstica, con una especial relevancia en este tema de los numerosos y frecuentes procesos patológicos que pueden alterar el flujo sanguíneo sobre todo de tejidos periféricos⁸ o disminuir la capacidad motora y la actividad (alteraciones neurológicas: Enfermedad de Parkinson, Alzheimer)⁹, y una clara y generalizada tendencia hacia la cronicidad que los perpetúan, con repercusiones en su capacidad autónoma para realizar las actividades más básicas de la vida diaria.

El libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia¹⁰ publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales a comienzos del año 2005, nos ofrece un panorama global de la extensión de esas dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana, de valiosa utilidad desde la perspectiva de la prevención de las úlceras por presión. Partiendo de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999¹¹, el número de personas mayores de 65 años en nuestro país, con incapacidad para “*cambiar y mantener las posiciones del cuerpo*” por sus propios medios, superan las 435.000 (50,4 por mil en el grupo de 65 a 79 años y 131,2 por mil en el de 80 y más); al igual que se cifran en más de 660.000 aquellas personas mayores que tienen condicionada su autonomía para “*levantarse y acostarse*”.

La polifarmacia consecuente de la presencia de múltiples procesos de enfermedad, pueden traducir también disminución de la actividad de la persona o de su capacidad de resistencia ante fenómenos mecánicos o inmunes.

Es preciso sumar a todo lo descrito, la tenacidad incapacitante en la persona mayor de otro grupo importante de procesos relacionados con alteraciones del aparato locomotor, debilidad muscular, etc... que alimentan el inmovilismo y la peligrosa cascada de desastres asociada a este frecuente síndrome, entre los que ocupa un lugar preferente, las úlceras por presión.

Factores de riesgo de origen relacional y ambiental

- Soledad
- Aislamiento social
- Barreras arquitectónicas
- Inactividad
- Cambios en el entorno de cuidados (traslados entre niveles asistenciales –domicilio, hospital, residencia-, abuelos “*golondrina*”,...)
- Sobrecarga y dificultad en los cuidadores.

Las úlceras por presión por su peculiaridad como conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada: por su alta prevalencia y capacidad lesiva en el esfera de la salud, autonomía, calidad de vida, etc... de quien las padece y su entorno de cuidadores y otras repercusiones, como analizaremos en breve, son acertadamente, consideradas como uno de los grandes síndromes gerontológicos en todos los tratados de Gerontología Clínica.

1.2. Las úlceras por presión: Pasado y presente. De la invisibilidad a un naciente protagonismo

El cuidado de las heridas es sin duda una de las acciones más cotidianas en la actividad sanitaria y sociosanitaria desarrollada por los profesionales sanitarios en los distintos contextos asistenciales.

Pero la consideración social y profesional y dedicación por parte de investigadores y clínicos ha sido desigual en razón directa de su etiología, de su popularidad, del credo aplicado o de su conocimiento.

La mejora en el conocimiento del proceso de cicatrización de las heridas ha sufrido una inusual ralentización, durante muchos siglos, en la creencia de que se trataba de un proceso tranquilo, inevitable “*inmejorable*”¹² y sin duda las discretas experimentaciones e inversiones siempre estaban enfocadas a las heridas agudas, desde los tiempos más primitivos hasta la era moderna.

A pesar de la gran presencia de heridas de evolución crónica, de úlceras en la piel, como procesos de distinta etiología a los que se asigna como característica común, una escasa o nula tendencia a cicatrizar de forma espontánea, la propia Organización Mundial de la Salud no contempla como prioritarias en sus clasificaciones, los tipos de úlceras, englobándolas dentro de las complicaciones por mecanismos lesionales en el contexto de enfermedades sistémicas como la sífilis, sida, lepra, insuficiencia venosa crónica, diabetes, ..., elementos todos ellos causales y determinantes en la evolución, pero una vez ya establecida la solución de continuidad, entendemos que la herida cobra entidad propia con complejos mecanismos auto-rreguladores a nivel local y general, muchos de ellos todavía por estudiar.

*“Las úlceras de larga evolución constituyen un extenso e importante tipo de patologías... Su tratamiento es considerado en general como una práctica inferior, una tarea poco agradecida y escasamente gloriosa, donde mucho trabajo cuesta y escaso honor se otorga”*¹³

Tal vez este reconocimiento firmado desde el Departamento de Dermatología de la Universidad de Ottawa en Canadá, hace más de dos siglos, pueda ser la justificación para un ritmo de trabajo sobre ellas escandalosamente lento hasta hace muy pocos años, y especialmente encarnizado a mi modo de ver, ante las úlceras por presión (UPP), a las que se asocia una especial vocación por las personas mayores y en menor cuantía otros grupos aquejados de inmovilidad prolongada, con graves discapacidades o en situación terminal de su enfermedad. Ancianidad, discapacidad

o terminalidad, son ingredientes todos ellos, escasamente valorados, cuando no denostados, por la sociedad desde mucho tiempo atrás¹⁴

Pero las úlceras por presión no son un fenómeno nuevo. Se han hecho presentes en el ser humano desde sus orígenes, ininterrumpidamente a lo largo de todo este tiempo desde que una persona quedó postrada e inmóvil por su enfermedad o por la ancianidad más debilitante. El prisma de su cuidado ha variado desde la prehistoria hasta la actualidad, en clara sintonía con la condición de la persona que las sufría y siempre tildado por el desprestigio de las heridas de evolución crónica.

Una pequeña revisión histórica sobre los procedimientos y materiales utilizados por el ser humano para cuidar y tratar estas lesiones, quizá podamos iniciarla documentalmente en la civilización egipcia. En diversas ocasiones se hallan en los papiros médicos egipcios referencias a los cuidados de la piel y de las úlceras de diversa etiología¹⁵. En el papiro de Smith se citan numerosos casos de úlceras en el pecho. Además de las descripciones anotadas en los papiros médicos, la paleopatología ha permitido el estudio de lesiones del tiempo de los faraones en los restos bien conservados de las momias, como el de una sacerdotisa de Amón, que vivió durante la XXI Dinastía, que presentaba vestigios de grandes escaras en nalgas y espalda^{16,17}. Sus embalsamadores habían intentado maquillarlas durante el proceso de momificación recurriendo a una fina piel de gacela. Muy bien pudieran tratarse de úlceras por presión después de un largo periodo de encamamiento.

El cirujano holandés Fabricius Hildanus describía a finales del siglo XVI, por primera vez de manera explícita, las características clínicas de las úlceras por presión. Identificó factores naturales externos y sobrenaturales internos como causas, así como una interrupción en el aporte de “*pneuma*”, sangre y nutrientes¹⁸

En Francia, Ambrose Paré en esa misma época, fue famoso por sus tratamientos de las heridas de guerra. Derivadas de éstas, aludió al tratamiento de las úlceras por presión con directrices perfectamente equiparables a las mejores de las actuales: tratamiento de las enfermedades subyacentes, nutrición sana, alivio de la presión, apoyo psicológico, y eventualmente, tratamiento quirúrgico y apósitos¹⁹

Instalados en el siglo XIX cabe destacar, después de sus observaciones en la clínica, las notas que dejó impresas Haberdern²⁰: “*Deploro la condición desgraciada de los que, siendo postrados en cama a través de accidente o por cuidados, han contraído úlceras de una clase muy dolorosa y peligrosa*” y a Charcot²¹ le debemos la idea de que “*estas úlceras eran inevitables y el resultado de disturbios tróficos*”. Estos postulados instalados en la llamada “*era del fatalismo trófico*” o “*nihilismo terapéutico*” y especialmente el constructo de inevitabilidad asociado a las úlceras por presión, ha

permanecido férreamente enraizado durante mucho tiempo, haciendo flaco favor a la lucha contra estos procesos.

En el último tercio de este mismo siglo XIX, Florence Nightingale, considerada iniciadora de la enfermería moderna, en su libro *Notas sobre Enfermería*²² reconoce de forma inequívoca la responsabilidad de las enfermeras en la prevención de UPP, manteniendo que éstas podían ser prevenidas mediante unos buenos cuidados de enfermería. Apostilla con la severidad manifiesta de sus escritos: “*si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería*”.

El epílogo de la Primera Guerra Mundial acogió a una importante cifra de soldados con lesiones medulares y UPP, planteándose por primera vez conjeturas y dudas sobre la afianzada “*inevitabilidad*” de estas lesiones, pero como declara Munro²³: “*...todo el mundo sabía de las úlceras por presión asociadas a las lesiones medulares pero ninguno hace nada sobre ellas*”. Después de ese pequeño movimiento de cuestionamientos, especialmente alimentados por presentarse en un grupo de apóstoles de las distintas patrias, volvieron al ostracismo, a la negación o a la ocultación que hasta hoy en día creemos, no ha comenzado a disiparse.

Volviendo sobre la anterior e inculpatoria referencia de Nightingale a la enfermería en la génesis de una úlcera por presión, Carol Dealey²⁴, actualizando su reflexión, indica que: “*Más que la creencia de que un buen cuidado previene las úlceras por presión, un mal cuidado de enfermería sería la causa de ellas*”. La responsabilidad directa de las enfermeras en el desarrollo de esas lesiones, origen de grandes sentimientos de culpabilidad, han llevado a dos claras posturas que creo siguen conviviendo en la actualidad:

- Aquellas que tratan de silenciar su presencia, aliándose con una mayoritaria dejación de las instituciones (a quien no les importa, por subestimación de sus consecuencias) y de muchos profesionales de la medicina (que por formación o voluntad personal ante procesos “*poco gloriosos*” no alcanzan a delimitar), dejando a la postre, más huérfanas y desprotegidas a las personas que sufren esta patología.

- Aquellas que han tomado las riendas, escudándose en el reto de su consideración como problema mayoritariamente de enfermería²⁵ y están poniendo al servicio de los aquejados, comúnmente los más mayores y diezmados de nuestra sociedad, sus conocimientos (cada vez más afianzados en investigaciones), su interés (cada vez más justificado a la vista del alcance del problema) y su voluntad (construida sobre el credo de obligación moral y de servicio de un cuidador profesional).

1.3. Definición, etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión

1.3.1. Definición de úlcera por presión

Al comienzo de mi andadura profesional en la década de los ochenta, escuché en una alocución al entonces Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, **Dr. Jiménez Herrero**, decir: *“las úlceras por decúbito no son una enfermedad, son un accidente asistencial”*, y he de reconocer, pasado el tiempo, que esa afirmación quedó grabada en mi ser profesional, propiciando valiosas consideraciones sobre este proceso y simbólicas acepciones, que ahora nos servirá para establecer un preciso marco conceptual de un problema histórico.

No obstante, se hace necesario plasmar de inmediato mi desacuerdo con el autor de esa frase, al no reconocer a estas lesiones como un proceso de enfermedad, es decir de pérdida de salud, cuando esta situación es causa o efecto de graves complicaciones en el terreno de la salud con riesgo evidente de perder la vida. Quizá la intencionalidad del profesor Jiménez, fue destacar la condición de accidente y con ello evidenciar su evitabilidad, como la del resto de accidentes independientemente de su origen y, además circunscribirlo al espacio asistencial, al institucional, donde llama la atención, se hace claramente manifiesto.

Durante años y aún hoy encontramos, menos en la literatura científica y a menudo en documentos clínicos, la utilización del término úlcera por decúbito para referirse a estas lesiones que aunque tradicional, es rechazable por inexacto, dado que paradójicamente el decúbito no es la posición más potencialmente peligrosa en el desarrollo de estas heridas si se comparara con la posición de sentado. También en el ámbito profesional, trascendiendo a menudo al coloquial, se ha utilizado el término de escara para referirse a todas las lesiones de esta familia etiológica, cuando entendemos solo debiera de usarse ante lesiones, independientemente de su causa, que presenten ese tejido desvitalizado característico y bien descrito por el concepto dermatológico.

Popularmente son conocidas como llagas o enconos (cuando presentan supuración) y no es infrecuente que al referirse a éstas, se complete su descripción sumándole algunos datos como la ubicación de la lesión (sacro, nalgas, talones,...), la tipología del que las padece (anciano, encamado, parálítico, enfermo terminal,...), para hacerla más inteligible. En algunas otras lenguas oficiales de nuestro país, como es el caso del catalán, se refieren con más precisión al término que nos ocupa hablando de nafres o los castellanos viejos todavía aluden al término encentarse para referirse al hecho de llagarse o ulcerarse.

La denominación de úlcera por presión que se utiliza habitualmente en este área de investigación y cuidados, tiene la virtud de anunciar con claridad meridiana el mecanismo último y principal, no único, responsable de esta dolencia: la presión.

Se pueden definir las úlceras por presión como áreas de daño localizado en la piel y tejidos subyacentes causado por la presión, la fricción, la cizalla o la combinación de las mismas²⁶⁻²⁸

No obstante ante la controversia suscitada en los últimos años sobre la diferenciación entre úlceras por presión y otras lesiones por incontinencia²⁹, y haber etiquetado a buen seguro e inadecuadamente durante lustros como úlceras por presión, procesos cuya mayor responsabilidad etiológica residiría en el exceso de humedad más que en las otras fuerzas de índole mecánico que actuaran como desencadenantes, trataré de poner un poco de luz al tema.

1.3.2. Etiología de las úlceras por presión

El aludido cirujano holandés Fabricius Hidamus³⁰ describía ya en 1593 las características clínicas de las úlceras por presión, identificando dos tipos de factores causales: causas externas naturales e internas “*sobrenaturales*”.

En 1722 otro cirujano francés llamado de la Motte³⁰ destacaba que las fuerzas mecánicas de presión y la incontinencia jugaban un importante papel en el desarrollo de las úlceras por presión²

Durante los albores del siglo XX diferentes autores^{31,32} comenzaron a destacar de manera científica el papel de la presión en la etiopatogenia de las úlceras por presión, abriendo el camino a los trabajos de Kosiak^{33,34} que permitieron establecer la importancia de la presión en su génesis.

En la década de los ochenta empezaron a aparecer trabajos en la literatura científica que demostraban el efecto de las fuerzas mecánicas y de la incontinencia en el desarrollo de UPP³⁵⁻³⁷, reafirmando que su etiología siempre ha de ser considerada como multifactorial.

Las úlceras por presión son consecuencia directa del aplastamiento tisular entre dos planos, generalmente uno perteneciente al paciente (hueso,...) y otro externo a él (lecho, sillón, dispositivos terapéuticos, etc...)³⁸. La oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de arteriolas y de microcirculación, debidos principalmente a la aplicación de fuerzas tangenciales (cizalla) y de fricción³⁹, se conjugan en el desarrollo de estas lesiones.

El trabajo del fisiólogo británico Landis⁴⁰ permitió determinar en voluntarios sanos que la presión capilar normal oscila entre valores de 16 mmHg, en el espacio venoso capilar, y 33 mmHg en el espacio arterial capilar. En 1985 Ek et cols⁴¹ publicaron un trabajo en el que establecía por error como cifra de oclusión capilar la correspondiente al espacio arterial, cuando para que el espacio capilar no se ocluya son necesarias las cifras de referencia que corresponderían a la zona de menor presión y no a una media aritmética. En cualquier caso, estas cifras hay que verlas con cierta cautela al haberse obtenido de voluntarios sanos, y tal como puso de manifiesto el propio Landis⁴⁰ se observaron grandes diferencias entre individuos.

A efectos prácticos podemos considerar los 20 mmHg como presión máxima de referencia (presión de oclusión capilar). Si se ejercieran presiones superiores a esta

cifra en un área limitada y durante un tiempo prolongado se inicia un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, originando una rápida degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, ocasionando alteraciones a nivel de la membrana celular y liberándose aminas vasoactivas. Si se prolonga, se ocasiona en ese territorio necrosis y muerte celular (Tabla 1).

Tabla 1. Cambios fisiopatológicos y manifestaciones clínicas

Cambios fisiopatológicos	Estadía	“Lo que se ve o siente”
La sangre fluye dentro de los tejidos tras retirar la presión	Hiperemia reactiva	Enrojecimiento que desaparece cuando se elimina la presión
Interrupción de la microcirculación	Hiperemia que no palidece	Enrojecimiento que permanece y no blanquea al presionar con los dedos
Los capilares revientan y dañan los vasos linfáticos	Edema	Hinchazón
Muerte tisular	Necrosis	Decoloración
Continuación de la muerte tisular	Úlcera visible	Herida blanda y esponjosa; apariencia de esfacelo

Los niveles de presión de contacto entre la piel y una superficie de apoyo son muy superiores a las cifras de cierre capilar y de acuerdo con algunos autores, a medida que nos acercamos a la zona de prominencia ósea se incrementan esos niveles de presión⁴¹. En condiciones normales el cuerpo humano está constantemente expuesto a presiones superiores a las de cierre capilar, por lo que mediante cambios espontáneos y automáticos de posición⁴²⁻⁴⁴, pone en marcha una reacción de defensa fisiológica natural llamada hiperemia reactiva⁴⁵⁻⁴⁸

La hiperemia reactiva^{45,47,48} es un complejo conjunto de reacciones mediante las cuales el organismo incrementa el flujo sanguíneo en los tejidos que han sido privados de oxígeno, con lo que permite cubrir sus necesidades de oxígeno y nutrientes.

Cuando una persona se mueve de forma autónoma o es cambiada de posición mediante cambios posturales o las superficies dinámicas de apoyo, está poniendo en marcha mecanismos para defenderse del efecto de la presión en los tejidos. La capacidad de hiperemia reactiva está disminuida en pacientes con patología neurológica, en personas ancianas y en pacientes con patología vascular⁴⁶

El tipo y la duración de la presión van a condicionar la aparición de las úlceras por presión. Genéricamente podemos afirmar que el factor tiempo y la presión son inversamente proporcionales. Kosiak³³ fue el primer autor en cifrar las presiones que se precisaban para desencadenar un fenómeno de isquemia. Una discreta presión de 70 mmHg mantenida durante dos horas arrancaba ese proceso, que de no revertirse, puede originar lesiones definitivas en apenas unas pocas horas.

Algunos autores⁴⁹ destacan la concurrencia de tres tipos de presiones en el origen de las úlceras por presión:

- La presión vertical (el efecto de la presión entre la piel y la prominencia ósea)⁴¹
- La presión de contacto entre la epidermis y la superficie de apoyo
- La presión de cierre de los capilares

Junto a estas fuerzas de presión directas, perpendiculares, hay otras tangenciales o fuerzas de cizalla que se producen con el individuo sentado o acostado con la cabecera elevada, cuando se va resbalando, quedando la piel adherida al propio sillón o cama, también en el ejercicio de movilizar al paciente, cambiarlo de postura o desplazarlo (“*subirlo*”) sin haber separado totalmente su cuerpo del colchón. El ejercicio de estas fuerzas pueden ocasionar alteraciones en la microcirculación, especialmente a nivel de hipodermis, activando los mecanismos de cierre de los vasos afectados, aumentando el riesgo de necrosis⁵⁰. También en áreas especialmente vulnerables por un exceso de humedad, pueden ser responsables de eczemas o escoriaciones de la piel, rompiendo la barrera defensiva, permitiendo la introducción de bacterias y aumentando el riesgo de necrosis y sepsis.

Las arrugas de la piel, tan presentes y marcadas en el ámbito gerontológico, favorecen la formación de estas fuerzas tangenciales. La fricción-roce (fuerzas mecánicas paralelas a los tejidos) generada en ciertas áreas de la piel especialmente frágiles por estar sometidas a presión excesiva, humedad o cizalla por incorrectas maniobras de higiene-secado, utilización de ropa de cama inadecuada, etc... completaría junto a la incontinencia el listado de causas principales de las úlceras por presión.

Junto al efecto causado directamente por la presión (anoxia e isquemia tisular) o de manera indirecta al dificultar la circulación linfática y la eliminación de sustancias de

deshecho de las células y el espacio extracelular, algunos autores sugieren un nuevo elemento lesivo: la acción de los radicales libres en el contexto de las lesiones por reperfusión⁵¹⁻⁵⁸. La lesión de los tejidos por reperfusión, puede entenderse como el efecto tóxico en las células producido por un incremento de radicales libres de oxígeno, elementos de gran toxicidad, que se forman en exceso durante los períodos de hiperemia reactiva que siguen a periodos prolongados de anoxia celular. El uso de sistemas dinámicos y de productos con ácidos grasos hiperoxigenados sobre los tejidos afectados directamente por la presión, están avalados por su efecto contra estos radicales libres por reperfusiones.

Con punto de partida en los mencionados cambios fisiológicos en la piel fruto del envejecimiento y algunos factores de riesgo más distintivos en la vejez, de orden orgánico o relacional, en todos los grupos de edad, además de la presión mantenida en el tiempo y las fuerzas de cizalla y fricción, existen otros factores coadyuvantes o predisponentes en el desarrollo de estas lesiones que justifican el porque no en todas las circunstancias, un mismo tiempo de exposición a presiones semejantes, conlleva desenlaces fatales con destrucción tisular.

Entre éstos podemos establecer dos grandes grupos:

Factores intrínsecos

Relacionados con aspectos físicos y psicológicos de cada sujeto. En clara dependencia con el nivel de resistencia individual, éstos pueden condicionar los mecanismos de respuesta o justificar la alteración en componentes estructurales o en la perfusión tisular. Habitualmente sumados varios de éstos, merecen destacarse:

- La condición física: la **inmovilidad**. Sin duda ocupa el espacio estelar como mencionamos, con sonoridad en el ámbito de las personas mayores. La cascada de desastres derivadas de la pérdida de la capacidad de moverse autónomamente recalca obligatoriamente en las úlceras por presión. Un perfil: personas que por cualquier circunstancia tengan una restricción moderada o severa de la movilidad, incluyéndose afectados por lesiones medulares, enfermedades neurológicas (accidentes vasculares cerebrales, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, etc.)⁵⁴, procesos de coma o sedación⁵⁹, pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de larga duración (especialmente ancianos con fractura de fémur)^{60,61}, pacientes de cualquier edad en situación de terminalidad de su proceso de enfermedad, personas con dolor o grave afectación del estado mental.
- **Alteraciones respiratorias y circulatorias (anemia, etc.)**^{54,62,63} serán responsables de un menor aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos. El consumo de tabaco debe ser considerado igualmente un factor contribuyente⁶⁴

- La **diabetes**⁶⁵⁻⁶⁷, así como algunas otras enfermedades, se conoce que aumentan la probabilidad de necrosis fruto de la presión, es el caso de la insuficiencia vasomotora, la presión arterial baja, la vasoconstricción periférica, la insuficiencia cardíaca, la septicemia y las alteraciones endoteliales^{35,53,62,63,68}
- **Medicación** que pueda ser causa de sedación o inmovilización, fármacos citotóxicos que afectan al sistema inmunitario, esteroides que pueden fragilizar la resistencia tisular. También fármacos simpaticomiméticos así como drogas vasoactivas, como la norepinefrina, que producen vasoconstricción, y por tanto, reducen la perfusión tisular periférica y el flujo capilar^{61,68-70}
- La **nutrición**. La relación entre nutrición y curación de heridas está bastante bien documentada. Hasta fechas muy recientes, no ha sido bien estudiado y valorado el peso de los cuidados nutricionales en el proceso de prevención de las úlceras por presión, tal es así, que especialmente en la población mayor, el testado requerimiento de mayor cantidad de energía y otros nutrientes con ese fin, que otros más jóvenes, paradójicamente tiene una respuesta contraria, dando como resultado en muchos escenarios asistenciales, nutriciones deficientes⁷¹⁻⁸⁵
- La **deshidratación**.

Factores extrínsecos

- El uso de **perfumes** (por su alto contenido alcohólico), polvos de talco, agentes de limpieza, etc. pueden afectar la tolerancia y el ph de la piel.
- Inadecuadas condiciones de **humedad y temperatura en la estancia**.
- La **superficie de apoyo** sobre la que se encuentre acostado o sentado el paciente.
- Técnicas manuales sobre la piel: **Masajes**.
- La **humedad** excesiva en las áreas sometidas a presión y fricción, especialmente en la región perianal, por incontinencia, sudoración profusa o exudados, limita la resistencia de esos tejidos.

1.3.3. Incontinencia, envejecimiento y úlceras por presión

La ecuación incontinencia y vejez ha sido fiel en su discurrir a lo largo de los años y aún hoy.

El Instituto Carlos III en España en un estudio sobre incontinencia urinaria en personas no institucionalizadas mayores de 65 años ha encontrado que el 14,5% de los hombres y el 16,1% de las mujeres padecen incontinencia en nuestro país. De ellos el 13,3% tienen una edad comprendida entre los 65 y 74 años, el 16,3% entre 75 y 84 años y el 26,3% más de 84 años⁸⁶. Otros autores sostienen que la prevalencia de incontinencia urinaria en mayores de 65 años puede oscilar entre el 15 y el 36%, mientras que en ancianos institucionalizados las cifras varían entre el 40 y el 60%, de los cuales el 33,7% son mayores ingresados en unidades de larga estancia

En cuanto al coste económico de este proceso, se ha calculado que una persona con incontinencia gasta unos 1.000 euros anuales sólo en absorbentes, sin tener en cuenta otros productos necesarios para el cuidado de la piel. Se sabe que globalmente supone el 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados^{87,88}. En el año 2000 los absorbentes de incontinencia urinaria supusieron más de 33.000 millones de las antiguas pesetas, siendo, el 97,5% de todos los absorbentes de incontinencia urinaria imputables al grupo de pensionistas⁸⁹

Pocos son todavía los datos que recogen la problemática específica de la incontinencia fecal y mixta, estimándose que la incontinencia fecal afecta aproximadamente al 2% de la población adulta⁹⁰, con sustancial predominio del grupo mayor de la sociedad y un riesgo aumentativo en aquellos sujetos institucionalizados.

Son varios los autores^{91,92} que estiman que la incontinencia fecal puede llegar a originar riesgos para la integridad de la piel aún mayores que la urinaria, potenciándose cuando se trata de incontinencia mixta.

Padecer incontinencia fecal supone tener un 22% más riesgo de padecer una UPP⁹³

Desde que Doreen Norton⁹⁴ desarrollara en 1962 la primera escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP), en la que ya incluyó la incontinencia como uno de los factores de riesgo que favorecen la aparición de estas lesiones, todas las escalas posteriores, derivadas de Norton (Ek, Gosnell, Arnell, EMINA, Rubio-Soldevilla, etc...)⁹⁵⁻⁹⁷ han ido incluyendo la incontinencia urinaria y fecal como factor a ser considerado.

Las otras dos grandes escalas que no se basan en el esquema conceptual de Norton, Braden⁹⁸ y Waterlow⁹⁹, también lo valoran. Waterlow considera la continencia, mientras que Barbara Braden no considera la incontinencia como tal sino la exposición a la humedad oscilando entre raramente expuesta hasta habitualmente expuesta.

La diferenciación entre las úlceras por presión y las lesiones por incontinencia (o humedad), como nueva taxonomía acuñada por algunos autores¹⁰⁰, se ha hecho evidente en los últimos años desde foros internacionales, en Europa especialmente propuestos por la European Pressure Ulcer Advisory Panel y en nuestro país muy recientemente, como recoge el último documento técnico elaborados por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas²⁹.

El impacto de la incontinencia sobre la piel ha sido monitorizado por Defloor et al.¹⁰⁰ encontrando una alta incidencia de eritema blanqueable, particularmente en la región perineal. Ellos consideraron este hecho como un marcador de riesgo elevado para el desarrollo de UPP y otros desórdenes de la piel, pero parece razonable postular que un observador no entrenado podría considerar tales lesiones por incontinencia como úlcera por presión de grado I.

En el Anexo I se recoge de forma didáctica y ampliada las características de las lesiones por incontinencia comparadas con las úlceras por presión.

1.3.4. Clasificación de las úlceras por presión

A lo largo de la historia se han sucedido distintos sistemas de clasificar las úlceras por presión en razón de los objetivos buscados¹⁰¹, hasta alcanzar el actual, adoptado por consenso por las organizaciones nacionales e internacionales más relevantes en este ámbito.

Como modificación del propuesto en la década de los setenta por Shea¹⁰² y preconizado por el National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Development Conference (NPUAP 1989), la Wound Ostomy and Continence Nurse Society (WOCN) y la International Association of Enterostomal Therapy (IAET 1988), nace un sistema de clasificación que establece cuatro Estadios^{28,102}, siendo en la actualidad el más difundido, aceptado y en permanente revisión. El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) lo viene recomendando desde 1997, habiendo implementado en el año 2003¹⁰⁴ los cambios propuestos por el NPUAP americano ante la complejidad de asignar de forma certera el Estadio I en grupos raciales distintos al caucásico, mayoritario en nuestro medio, especialmente en pacientes de piel oscura. Desde entonces se ha modificado la definición clásicamente propuesta para el Estadio inicial (*“eritema cutáneo que no palidece en piel intacta”*), incluyendo nuevos signos que puedan facilitar un diagnóstico más certero.

La clasificación propuesta por el GNEAUPP¹⁰⁴, aceptada en todos los continentes, describe cuatro grados:

Estadio I

Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración)
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)

Estadio II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Estadio IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (por ejemplo: tendón, cápsula articular, etc.) En este estadio, como en el III, pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procediera, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el Estadio de la úlcera.

En el Anexo II, se incluyen algunas fotografías que ilustran estas asignaciones de Estadio, de acuerdo al presente sistema de clasificación¹⁰⁴

1.3.5. Localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión

Consonantes con los factores etiológicos de las úlceras por presión descritos, fácilmente se pueden presuponer las localizaciones más frecuentes de estas lesiones que, generalmente, se inclinan por las áreas corporales sometidas a mayor presión y los puntos de mayor relieve óseo.

Distintas series epidemiológicas de diferentes países en los últimos años, señalan semejantes resultados. La región sacra, los talones y trocánteres son las localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión.

Un estudio piloto realizado por el European Pressure Ulcer Advisory Panel en cinco países europeos, señalaba a los talones y zona sacra como los espacios más afectados, particularmente para las úlceras por presión en Estadio IV¹⁰⁵

El 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España¹⁰⁶, realizado por el GNEAUPP, evidenció la presencia en atención primaria (talón 27,74%; sacro 26,7%; trocánter 17,8%), en hospitales (sacro 50,45%; talón 19,26%; trocánter 7,64%) y en atención sociosanitaria (sacro 32,02%; talón 18,89%; trocánter 15,89%).

Escápula, espalda, glúteo, cresta iliaca, dedos de pies, parrilla costal, omóplato, genitales, metatarsianos, nariz, etc. completarían una larga lista de posibles emplazamientos para estas lesiones.

1.4. Las úlceras por presión como “problema”: Su verdadera dimensión

Hace algún tiempo titulaba mi intervención en una monografía sobre este tema¹⁰⁷, como “*Las úlceras por presión... como problema. Una epidemia viva, aún en el siglo XXI*”, destacando entonces y reviviendo ahora, que enunciar un proceso como problema es grave, apelando a su resonancia, pero encararlo como una epidemia viva, ha de ser sin duda alarmante para nuestros servicios sociales y sanitarios y para toda esta Sociedad del bienestar en la que vivimos.

A distinción de enfermedades de última generación, sobre las que mucho queda por conocer, en las que los esfuerzos de la ciencia para atenuarla son sólidos y por las que la conciencia social y profesional cierran filas, sobre las úlceras por presión, sabemos casi todo. Sabemos rotundamente como se producen, como se evitan casi en la totalidad de las situaciones y la forma más certera de tratarlas cuando se presentan. Esta enfermedad para unos, accidente asistencial para otros, proceso menor para muchos a tenor de cómo se vela por ellas, es un problema por y con el cual, en pleno siglo XXI nuestros conciudadanos, especialmente ancianos, discapacitados, enfermos en situación terminal de su enfermedad, mueren.

Trataré de documentar el porqué de esta consideración como problema epidémico de gran alcance, buscándole un espacio entre los grandes Problemas de Salud de nuestro tiempo, partiendo con la clara desventaja de una minusvaloración consentida e histórica quizá alimentada por la mayor presencia en los más mayores de esta comunidad.

1.4.1. Consecuencias sobre el estado de salud, la calidad de vida y la propia vida

Son numerosos los estudios que evidencian que las úlceras por presión se pueden producir en apenas unas pocas horas y tardar meses en curarse.

Nadie discute que estas lesiones presentan una morbimortalidad asociada importante, pudiendo ser pasto de numerosas complicaciones, destacando especialmente las relacionadas con la sobreinfección, local a sistémica, que alterarán la dinámica terapéutica, y aumentan notoriamente la probabilidad de morir.

Muchas personas con úlceras por presión experimentan dolor, aunque se estima que sólo una tercera parte de las que las padecen pueden manifestarlo por su estado, y de manera muy manifiesta en el grupo de los más mayores de nuestra sociedad.

En clara relación con el aspecto dolor, pero no sólo dependiendo de éste, la presencia de estas lesiones afectan la autoestima y la calidad de vida del que los padece. No he podido encontrar sino pequeñas referencias a esta afectación en la calidad de vida, siempre multidimensional¹⁰⁸, por causa de las úlceras por presión en los diversos estudios analizados, sin ninguna cuantificación que pueda acercarnos, pero he tenido acceso a lúcidas narraciones de algunos afectados que ilustran con sentimiento su vivencia. Tal es el caso del historiador Javier Tusell, desaparecido hace unos años y que en un artículo póstumo¹⁰⁹ aparecido en un periódico nacional a los pocos días de su deceso, nos brindaba la siguiente referencia a las úlceras por presión (*“el dolor persistente en una herida del coxis, consecuencia de la estancia prolongada en la UCI”*) con la que tuvo que convivir durante uno de sus múltiples ingresos en una institución sanitaria: *“De él nacía la poca agradable sensación de que uno podía estar pudriéndose”*.

Como es fácilmente entendible esta clara merma en la calidad de vida del afectado se extiende a su cortejo de cuidadores familiares.

En otros países, como indica específicamente Allman¹¹⁰, la estancia hospitalaria aumenta hasta cinco veces cuando los pacientes desarrollan una úlcera por presión, con un coste hospitalario medio cercano al doble de la situación normal.

Como comentaba anteriormente, la presencia de una úlcera por presión 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 avanzada¹¹¹ y en pacientes de cuidados intensivos¹¹².

Si aparecieran complicaciones en la cicatrización, la tasa se multiplica hasta seis veces¹¹³.

En Estados Unidos se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas de úlceras por presión y cerca de 60.000 mueren como consecuencia de complicaciones por ellas¹¹⁴

Allman¹¹⁵ encontró en un estudio prospectivo entre los años 1988 y 1992 en pacientes inmovilizados con una edad media de 73 años, una mortalidad entre los que desarrollaron úlceras por presión del 59,4% (24,3% en el hospital y un 35,1% un año después de ser dados de alta del hospital).

En nuestro país el estudio de Anaya et al¹¹⁶ señala una mortalidad de un 41,9% en el periodo de un año, entre 248 pacientes geriátricos con úlceras por presión ingresados en un hospital público andaluz.

En el año 2003 Verdú et al¹¹⁷ publicaron un estudio sobre la mortalidad por úlceras por presión como causa básica de defunción en España desde el año 1987 hasta el año 1999 en personas mayores de 65 años.

Entre los hallazgos más importantes de este trabajo cabe destacar que la probabilidad de que una persona muera como consecuencia de una úlcera por presión aumenta con la edad y que es un problema que afecta en mayor medida a las mujeres. Encontraron tasas ajustadas de hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres, según comunidad autónoma y período estudiado.

En los trece años estudiados murieron en España 5.268 personas mayores de 65 años como consecuencia de una úlcera por presión. En el año 1999 por cada 100.000 defunciones en España, 165 eran por estas lesiones.

Para los autores, ésto podría ser considerado sólo como la punta del iceberg, pues sólo hace referencia a las úlceras por presión registradas como causa básica de muerte, quedando sin duda un número mucho mayor de aquellas como causa mencionada y/o complementaria a la muerte de un individuo. A esto bien se pudiera asociar la heterogeneidad y raquitismo en la cumplimentación de los certificados de defunción en nuestro país, utilizados como fuente documental en este estudio.

1.4.2. El alcance epidemiológico de las úlceras por presión

Una exhaustiva recopilación de diferentes estudios de prevalencia e incidencia de UPP en el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos entre los años 1980 y 1997¹¹⁸ ponen de manifiesto variantes muy significativas entre ellos de acuerdo a los diferentes métodos de cálculo de los indicadores, así como criterios de inclusión y exclusión contemplados al tiempo de la recogida de datos.

En el Reino Unido la prevalencia oscila entre un 4,4% en pacientes de la comunidad a un 37% en unidades de cuidados paliativos. También en EEUU y Canadá el rango de la prevalencia de úlceras por presión es amplio, cifrándose entre un 4,7% y un 33% para pacientes con lesión medular que vive en su domicilio.

Parece claro que la mayor incidencia se produce en los ambientes hospitalarios mientras que la mayor prevalencia se da en las unidades de larga estancia como los centros geriátricos o los domicilios de los pacientes¹¹⁹

En España, hasta hace apenas unos años, no hemos podido disponer de información epidemiológica sobre las úlceras por presión que trascendiera de realidades locales concretas, y a menudo con enfoques metodológicos que dificultaban su comparación (confusionismo entre prevalencia-incidencia, distintos sistemas de clasificación, subregistro de casos debido a traslados a otros niveles, estudios prospectivos frente a retrospectivos, exclusiones de úlceras por presión Estadio I, otros criterios de exclusión no identificados, etc...) llevándonos a acercarnos a la dimensión de este problema mediante cifras importadas desde países de ámbito anglosajón, en la creencia de un ya desmentido mayor rigor.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) canalizó esta sentida necesidad de concienciar^{120,121}, tanto a los profesionales sanitarios como a la sociedad, acerca de la importancia del problema de las úlceras por presión, eligiendo inicialmente como vehículo la realización durante el año 1999 de un estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de La Rioja¹²² en la que se estudiaron los tres niveles asistenciales, atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Como principales resultados de este estudio podemos destacar que la prevalencia de úlceras por presión en hospitales de agudos fue del 12,26%, en las instituciones sociosanitarias del 12,84% y en la comunidad del 0,26% para el total de mayores de 65 años que seguían residiendo en sus domicilios. El 43% de los pacientes portadores de úlceras por presión en La Rioja estaban en la comunidad, el 34,6% en centros socio-sanitarios y el 19,9% en hospitales de agudos.

Este primer estudio generó una información epidemiológica de enorme valía, sirviendo de pilotaje de estudios posteriores con miras a todo el territorio español.

El Primer Estudio Nacional sobre Prevalencia de Úlceras por Presión en España¹⁰⁶, diseñado conjuntamente entre el GNEAUPP y la Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas del Consorci Sanitari de Terrassa, se inició a finales de 2001.

Se remitieron por correo un total de 2.000 cuestionarios postales, validados previamente entre los miembros del GNEAUPP, que pudo suponer para el estudio un posible sesgo a la baja ya que se trataría a buen seguro de personas con una mayor sensibilidad ante el problema de las úlceras por presión. La tasa de respuesta dentro del plazo establecido fue del 22,9%, aportando información sobre 941 pacientes con úlceras por presión y describiendo 1.739 lesiones.

La prevalencia de úlceras por presión en el grupo de pacientes atendidos desde la atención primaria se estimó en:

- Un 8,34% de los pacientes que recibían atención domiciliaria (AT DOM).
- Un 0,54% de los mayores de 65 años.
- Un 0,11% de los mayores de 14 años.

Las lesiones presentes en los pacientes de la atención primaria son las de mayor antigüedad, severidad y superficie, siendo este medio asistencial dónde encontraron un menor número de pacientes con úlceras por presión que están utilizando algún tipo de superficie especial para el manejo de la presión

La prevalencia media de úlceras por presión estimada en hospital fue del 8,81 +/- 10,21 (DS) % (IC₉₅%: 7,38; 10,24), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 45,45%.

La prevalencia media de úlceras por presión en centros sociosanitarios, según los datos reportados, fue del 7,6 +/- 6,68 (DS) % (IC₉₅%: 6,15; 9,04), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 31,58%. Los autores apuntan en este contexto gerontológico, la obligaba cautela al considerar claramente como sesgo el hecho de que los profesionales que informaban eran los más altamente motivados, en centros en los que las úlceras por presión son “*un problema de primer nivel y alta prioridad*”, faltando información de una gran cantidad de centros privados con ánimo de lucro en los que se presume las úlceras por presión constituyen un importantísimo problema sin controlar.

Como conclusiones derivadas del análisis de este trabajo, referente epidemiológico más fiel y reciente en nuestro país hasta el año 2005, en consonancia con los documentados de otros países de su área de influencia, apuntar que aún admitiendo el citado sesgo que nos pudiera conducir a una infravaloración de la situación real, las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema de salud que afecta primordialmente a personas mayores, de todos los niveles asistenciales donde, no es aventurado decir, la prevención aún no es considerada como una prioridad.

1.4.3. Repercusión económica de las úlceras por presión

A pesar de tratarse de un importante problema de salud, en cuanto a pacientes afectados, se dispone de muy poca información acerca del coste global de la atención de las úlceras por presión, en la que se conjuga un elevado gasto farmacéutico directo (materiales de limpieza local, apósitos, tratamiento de las complicaciones, intervenciones quirúrgicas y diagnósticas, tratamiento del dolor, incrementos de tiempos de cuidados, aumento en las estancias hospitalarias, etc.) y otros costes indirectos (costes relacionados con la calidad de vida y ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, incluso los nacientes gastos por litigio relacionados ...) ^{123,124}

El estudio de costes asociados a las úlceras por presión más preciso en el ámbito europeo fue sin duda el abordado por Bennet, Dealey y Posnett en el Reino Unido ¹²⁵

Los costes del tratamiento fueron determinados por los autores mediante una metodología inductiva. Desarrollaron protocolos de cuidados para reflejar buenas prácticas clínicas en el tratamiento de úlceras por presión de diferentes grados, definiendo la utilización diaria de recursos relacionada con el tratamiento. El cálculo del coste consideraba que los pacientes recibían los cuidados en una instalación institucional en la que no se les ha ingresado únicamente para el cuidado de úlceras de presión. Los costes de hospitalización se derivan de la parte de pacientes que desarrolla complicaciones como celulitis u osteomielitis. Cifraron los costes medios diarios en función del grado de la úlcera para pacientes que se curan de modo normal (sin complicaciones significativas relacionadas con la úlcera) y ante los motivos más comunes por los que se retrasa la curación: colonización crítica, celulitis y osteomielitis, calculando el coste adicional asociado a la resolución de cada una de estas complicaciones. Obtuvieron una matriz de dieciséis estados de salud relacionados con las úlceras. Las estimaciones del tiempo de curación medio esperado y de la incidencia de complicaciones las extrajeron de un informe estructurado de bibliografía clínica ¹²⁶⁻¹³⁷, a partir de una búsqueda de los trabajos publicados sobre el tema de 1966 hasta el 2000, representando las mejores pruebas disponibles en ese momento.

Estimaron finalmente que el coste de tratar una úlcera por presión puede variar desde 1.080 Libras esterlinas para el Estadio I hasta las 15.000 para el Estadio IV, poniendo de relieve que el coste se incrementa con el Estadio porque se aumenta el tiempo de cicatrización y la incidencia de complicaciones. Se estimó un coste para el sistema de atención sanitaria y social de unos 2000 millones de libras esterlinas anuales (lo cual suponía cerca del 5,1% del gasto bruto del Servicio de Salud Británico en el ejercicio 1999/2000).

El Estudio de Prevalencia de Úlceras por Presión en La Rioja (1999)¹²², con unas estimaciones claramente a la baja, permitió una primera aproximación global al costo del tratamiento anual de todo el país, cifrándose éste por encima de los setenta mil millones de las antiguas pesetas.

Con base en el citado estudio británico¹²⁵, sin duda el más amplio y metodológicamente certero en el cálculo de costes derivados del tratamiento de las úlceras por presión en un país europeo, el Dr. Posnett y Torra¹³⁸, extrapolaron los datos a la realidad económica española y los valores epidemiológicos disponibles, determinando costes por episodio de 211 euros para el Estadio I y de 16.600 euros para el Estadio IV. El coste global anual para nuestro sistema se estimó en 1.687 millones de Euros, lo que supondría un 5,2% del gasto sanitario total de nuestro país.

1.4.4. Consideraciones legales relacionadas con las úlceras por presión

Partiendo del reconocimiento de que las úlceras por presión pueden evitarse al menos en un 95% de los casos¹³⁹, la incidencia de estas lesiones pueden ser, a primera vista, consideradas como una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios y por ende los gestores de las mismas¹⁴⁰⁻¹⁴⁷

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 Unido¹⁴⁸ el problema legal de las úlceras por presión se puede tratar tanto desde el derecho penal, 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 los EE.UU.¹⁴⁹ tradicionalmente las consecuencias por un defectuoso tratamiento en pacientes con úlceras por presión 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, con cuantías considerables¹, aunque recientemente se está entendiendo que el desarrollo de úlceras con resultado de muerte es demasiado grave y debería perseguirse criminalmente^{II 150}

¹ Texas, de 25 de abril de 2002: Un anciano de 71 años acaba muriendo tras la aparición de úlcera por presión y su infección. La residencia fue condenada a pagar más de 3.800.000 de dólares por tratamiento inapropiado.

Missouri, 23 de septiembre de 1.996: 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 úlceras por presión 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 de dólares.

Florida, 25 de septiembre de 1.995: Paciente de 88 años con Alzheimer, dejado frecuentemente en una silla de ruedas, desarrollando úlceras por presión 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 de dólares.

Alabama, 29 de junio de 1.990: Paciente con síndrome mental orgánico a quien le aparece una úlcera por presión a las dos semanas de su ingreso y posteriormente múltiples úlceras por presión 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 de dólares.

Tanto en EE.UU. como en el Reino Unido¹⁴⁸ la mejor defensa en casos abiertos contra los profesionales, 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 supone la pieza más importante de la prueba en un caso de mala praxis de los profesionales sanitarios.

Pese a haberse aceptado ampliamente que las úlceras por presión se pueden evitar casi en todos los casos y que, una vez han aparecido, pueden ser tratadas eficazmente, en Estados Unidos¹⁴⁹ y Alemania^{151,152} aún son muchos los profesionales de la salud que consideran que el desarrollo de úlceras por presión por pacientes mayores ingresados es algo normal, sin que la gran mayoría den importancia al resultado potencialmente fatal de las úlceras por presión, y las complicaciones asociadas con esta situación no son tenidas en cuenta. Incluso cuando la muerte es atribuida a complicación infecciosa por úlcera por presión, 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 la citada lesión.

En EE.UU. la situación se ve agravada por el hecho de que durante la pasada década muchos hospitales, con el fin de maximizar sus 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.

Se hace necesario añadir a lo anterior, 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 úlceras por presión entre los biomarcadores forenses que pueden ayudar a evaluar la existencia de abuso o maltrato en ancianos¹⁵³. 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 Unido¹⁴⁸ donde se considera que en litigios sobre úlceras por presión “*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

¹¹ 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.

estado actual de la ciencia permite evitar, tanto la aparición de úlceras por presión como el deterioro de las úlceras a estadios superiores o graves complicaciones.

Cada vez más pacientes del Reino Unido interponen demandas legales contra el Sistema Británico de la salud (NHS) en los casos en que se cree que el cuidado no es adecuado.

”En el Reino Unido son cada vez más comunes las actuaciones judiciales relacionadas con las úlceras por presión en las que se pueden ver involucrados los diferentes actores de la atención de la salud y que han dado como resultado indemnizaciones millonarias y graves implicaciones penales para los profesionales y las instituciones, algo que de forma inminente podría ocurrir en España”, afirmó recientemente en una mesa de debate organizada por el GNEAUPP¹³⁸ en nuestro país, el juez y médico británico Nigel Chapman.

En España, las demandas formuladas a nivel civil o penal contra profesionales sanitarios o instituciones relacionados con las úlceras por presión, no ha superado el plano de lo extraordinario y anecdótico, con ausencia de jurisprudencia al respecto y prácticamente nula actividad investigadora sobre la documentación jurídica que puede contemplar estos procesos. Como hemos apuntado, esa no es la realidad de otros países referentes y cercanos. Una débil frontera separa a nuestro país de la cotidianeidad en las demandas legales relacionadas con las úlceras por presión de los estados vecinos.

Entendiendo que puede facilitar el entendimiento y alcance ulterior de la parte de este trabajo de tesis correspondiente a las consideraciones y repercusiones legales relacionadas con estas lesiones, señalaré algunos aspectos relevantes de la 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 adecuadoⁱⁱⁱ. Por ello, el desempeño de una conducta diligente basta para que se considere cumplida la obligación, aunque no llegue a darse el resultado.

ⁱⁱⁱ Sentencia nº 68/2001 del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 5 de febrero.

^{iv} *“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.

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*^{IV}.

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 técnico¹⁵⁴. 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 medicina¹⁵⁵ ni actitudes extremas¹⁵⁴. Por otra parte, no debe caerse 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*¹⁵⁶

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). Es recomendable por ello, 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.

Como se ha visto sucede en EE.UU. y Reino Unido, en España 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 concertados¹⁵⁷ por ésta.

Ambas (civil y patrimonial) comprenden la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios¹⁵⁷, y en ambas, pese a su configuración legal (radicalmente distinta)¹⁵⁸, 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*^{V,157}

La responsabilidad penal se da cuando se incurre en actos u omisiones que se encuentren tipificados como delito o falta en el Código Penal¹⁵⁹. 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 (por ejemplo, de la pérdida de un miembro), 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^{VI, 157}

El homicidio por úlceras por presión, 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^{VII}. 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^{VIII}. Será considerada imprudencia grave o leve, y por lo tanto, delito o falta, dependiendo de la intensidad de la infracción del deber de cuidado.

^V Lex Artis en el caso concreto.

^{VI} 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.

^{VII} Artículo 142.1 y 142.3 del Código Penal.

^{VIII} Artículo 621.2 del Código Penal.

Si como consecuencia de una negligente falta de prevención o de tratamiento de una úlcera por presión, 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 ^{ix} (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 ^x

Cuando se trata de lesiones causadas por imprudencia grave que precisen para su atención, 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 ^{xi}

Ahora espero tengan frente a si suficientes argumentos para considerar estos procesos como verdaderos Problemas de Salud Pública que necesitamos sacar de la invisibilidad, *“una epidemia debajo de las sábanas”*, como se refería a ellas Pam Hibbs ¹⁶⁰

Como yo mismo apuntaba en un reciente foro ¹³⁸, *“el estado actual de conocimiento y desarrollo social, ha de lograr desterrar la concepción de las úlceras por presión como un proceso banal, fatal, inevitable y silente”*. Estas líneas sobre su impacto entiendo que pueden ser un buen contribuyente a esta causa.

^{ix} Artículo 149 del Código Penal.

^x Artículo 150 del Código Penal.

^{xi} Artículo 621 en relación con el artículo 147, ambos del Código Penal

1.5. Sobre la prevención de las úlceras por presión

Sin duda alguna, la mejor de las estrategias frente al problema de las úlceras por presión (UPP), y el mejor de los métodos de tratamiento es prevenir su aparición.

Se hace necesario que toda iniciativa dirigida a reducir su presencia esté basada en la mejor evidencia disponible de efectividad clínica, instándose a llevar a cabo, siempre que sea viable, ensayos clínicos bien diseñados, aleatorizados, controlados e independientes¹⁶¹.

La prevención de las úlceras por presión, para alcanzar las aludidas cuotas de efectividad¹³⁹, que prácticamente permiten en la actualidad alcanzar a casi la totalidad, se ha de articular sobre cinco grandes grupos de acciones-intervenciones¹⁶², que en todos los casos será preciso individualizar en razón directa de las características del individuo, el entorno en el que se encuentre y el segmento de riesgo en el que se sitúe en ese momento concreto:

- Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión
- Cuidados de la piel
- Movilización y cambios posturales
- Manejo de la presión: Superficies especiales y manejo local
- Cuidados nutricionales

1.5.1. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión

Como valioso apoyo al juicio clínico de los profesionales es recomendable utilizar de forma sistemática una escala de valoración de riesgo (EVRUPP), consensuada por el equipo de cuidados y que se adapte a las necesidades de su contexto asistencial, preferiblemente validada y no someterla a modificaciones que imposibilite su comparación.

Por su especificidad, sensibilidad, valor predictivo y variabilidad inter-observador, la Escala de Braden-Bergstrom¹⁶³, con sus diversas modificaciones, es la que más garantías de validez presenta¹⁶⁴ la Escala de Norton¹⁶⁵ por su simplicidad y veteranía está muy extendida, habiendo sufrido numerosas adaptaciones sobre la original (por ejemplo la realizada en nuestro país por un grupo de trabajo del Insalud, etc...). Muy recientemente ha sido validada en nuestro país la Escala Emina^{® 96} elaborada por una comisión de trabajo del *Institut Català de la Salut*. En el Reino Unido sigue teniendo un gran predicamento la Escala de Waterlow¹⁶⁶

La valoración del riesgo ha de realizarse al inicio y en los plazos estimados en el entorno asistencial donde se encuentre o siempre que varíen las condiciones generales de ese individuo que así lo sugieran¹⁶⁴. Todas estas valoraciones habrán de quedar perfectamente registradas en la historia clínica. Le facilitará la identificación de los factores de riesgo y orientará la planificación de los cuidados de prevención.

1.5.2. Cuidados de la piel

Realizar una inspección sistemática de la piel (de la cabeza a los pies) a los pacientes de riesgo, observando especialmente las zonas de prominencia ósea, al menos una vez al día, es el prologo obligado de este proceso de cuidados. Esta valoración puede realizarse en el momento de la higiene del paciente, haciendo un gran hincapié en la valoración de las prominencias óseas, vigilando los puntos de apoyo específicos según la posición del paciente (sacro, coxis, codos, talones, caderas, omóplatos, isquion, etc...).

Las zonas lesionadas con anterioridad, si las hubiera, precisarán una vigilancia más estrecha, ya que son más susceptibles de desarrollar nuevas lesiones.

Se deberá detectar de forma temprana la presencia de edema, eritema local, calor, cambios de turgencia, excoriaciones, pequeñas lesiones, induración, etc..., como signos de alarma.

Deberá valorarse con atención las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o estomas (zonas perineal y perianal, pliegues cutáneos, orificios de estomas, etc...).

En los puntos de apoyo de determinados dispositivos, tales como sondas nasogástricas, mascarillas y gafas de oxígeno, sondas vesicales, tubos endotraqueales, drenajes, ostomías, férulas, etc... deberá realizarse una rigurosa vigilancia y cuidados (manejo de la presión local, cambio periódico de los puntos de anclaje-fijación de esos sistemas, etc...).

Con más énfasis en personas mayores, sustentado por los cambios fisiológicos que acontecen en esa piel¹⁵⁻²⁰, y para evitar una mayor sequedad, se recomienda utilizar cremas o lociones hidratantes por toda la superficie corporal aplicadas de forma suave y sin masaje, hasta conseguir su completa absorción.

Se hace necesario ante la presencia de un exceso de humedad en la piel relacionada con incontinencia, sudoración profusa, etc. realizar una adecuada higiene de la zona afectada y acondicionamiento de los dispositivos absorbentes en caso de precisarse. Pueden ser de gran utilidad en estas circunstancias la utilización de productos barrera.

En la actualidad se han generado evidencias científicas¹⁶⁷ que avalan la efectividad preventiva mediante la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados sobre las zonas de riesgo cuya piel esté aún intacta, originando una amplia hidratación hasta niveles profundos de la piel a la que sumar una acción antiisquémica que los posiciona también como un tratamiento efectivo en las úlceras por presión Estadio I.

Es necesario recordar la no conveniencia de masajear las zonas enrojecidas ni las prominencias óseas, al poder ser responsables de daños adicionales en esas áreas y no contribuyendo en absoluto al proceso de prevención.

1.5.3. Movilización y cambios posturales

Siempre que sea posible y clínicamente seguro, los cambios posturales deben llevarse a cabo como una medida básica de prevención de úlceras por presión.

Los cambios posturales se realizarán a aquellas personas que no puedan cambiar de posición por sí mismo, generalmente con una frecuencia de 2-3 horas en los encamados que deberán quedar registrados, para garantizar una continuidad de los cuidados y evitar repeticiones innecesarias. En razón directa de la disponibilidad y características de las superficies especiales para el manejo de la presión utilizadas, en la cama o el sillón, estos plazos deben ser adaptados.

Los cambios de posición deben seguir una rotación programada e individualizada, manteniendo el alineamiento corporal en todo momento, la distribución del peso y el equilibrio del paciente, protegiendo las prominencias óseas y la posición establecida, pudiendo para ello usarse dispositivos, tales como almohadas o cojines de espuma, cuña de almohada en la zona sacra (en decúbito lateral) puede ser de gran utilidad para disminuir los niveles de presión y evitando la fricción mediante una adecuada movilización, higiene y uso de ropa de cama.

En decúbito supino o lateral no debe sobrepasarse los 30° de elevación de la cabecera de la cama para evitar el cizallamiento en sacro y talones, en decúbitos laterales no deben sobrepasarse los 30° de inclinación para evitar lesiones en las zonas trocántreas.

Los pacientes que se encuentran sentados también deben ser reposicionados para minimizar la presión sobre las zonas de riesgo. Si el paciente tiene capacidad para moverse por sí mismo, se le indicará que lo haga cada 15 minutos, si por el contrario es dependiente de otra persona para ello, la frecuencia de reposición será cada hora. Si no fuera posible garantizarlo, es preferible que esté encamado, situación en la que el peso se reparte en una mayor superficie disminuyendo las presiones.

No se deben nunca utilizar flotadores o cualquier otro dispositivo en forma de rosco, la incrementar la presión en las zonas de apoyo.

Una máxima que siempre ha de estar presente: un paciente con úlceras por presión no debe apoyarse sobre sus lesiones.

1.5.4. Superficies especiales para el manejo de la presión

La superficie sobre la que apoya su peso corporal de manera continuada un paciente en riesgo de desarrollar úlceras por presión es un elemento que puede influir en gran manera en su desarrollo.

El término superficie especial para el manejo de la presión (SEMP), hace referencia a cualquier superficie, sobre la que puede apoyarse un paciente, ya sea en decúbito supino o prono, o en sedestación, y que debido a su configuración física y/o estructural presenta propiedades de reducción (capacidad de reducir los niveles de presión en los puntos de contacto del paciente con la superficie de apoyo que se consigue merced a sistemas de tipo estático que incrementan la superficie de contacto de la superficie de apoyo con el paciente) o alivio de la presión (capacidad de disminuir o eliminar la presión en los puntos de contacto del paciente con la superficie de apoyo, que se consigue con sistemas de tipo dinámico, los cuales mediante procesos de hinchado y deshinchado actúan variando los niveles de presión de la superficie de contacto con el paciente durante un período de tiempo determinado)¹⁶⁸

Algunas SEMP pueden además reducir el efecto de la fricción y de la cizalla, así como el calor y la humedad e incrementar el confort de los pacientes.

A pesar de no disponer de evidencias científicas rotundas, las recomendaciones aportadas por distintos documentos basados en evidencias o en revisiones sistemáticas¹⁶⁸, permiten afirmar que las SEMP constituyen un elemento básico tanto para la prevención de las úlceras por presión cómo para su tratamiento.

Los sistemas estáticos están indicadas en pacientes de bajo o de bajo a medio riesgo de desarrollo de úlceras por presión (que pueda moverse por si mismo), al no permitir conseguir cifras de presión por debajo del umbral aceptado para producir cerramiento capilar.

Los sistemas dinámicos producen, aunque el paciente no pueda moverse por si solo, cambios en la presión de contacto de las diferentes puntos de el organismo que contactan con la superficie de apoyo. Están indicados en pacientes de medio o alto riesgo de desarrollo de úlceras por presión.

Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.

Según el tipo de dispositivo, pueden encontrarse: colchonetas (dispositivo que se coloca encima del colchón del paciente, siendo su espesor menor), colchones de reemplazo (sustituyen el colchón habitual), cojines especiales (preparados específicamente para reducir o aliviar la presión) o camas especiales (fluidificadas o sistemas rotatorios).

Las SEMP, a pesar de sus importantes prestaciones, deben ser consideradas como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados.

1.5.5. Manejo local de la presión

Es recomendable realizar una protección local de la presión en aquellas zonas del organismo de mayor riesgo: talones, región occipital, maléolos.

Los clásicos vendajes protectores en talones son de escasa eficacia, frente a ellos, algunos espumas poliméricas almohadilladas adaptadas al talón son eficaces para prevenir las úlceras por presión en esta localización^{169,170}

Los apósitos hidocoloides y de película de poliuretano carecen de acción protectora ante la presión y solo protegen ante la fricción.

1.5.6. Cuidados nutricionales

La nutrición e hidratación son elementos clave, tanto en la prevención como en el tratamiento de las úlceras por presión¹⁷¹

El paciente en alto riesgo de desarrollar úlceras por presión requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica¹⁶². Existen comercializados productos nutricionales que cumplen éstos requisitos para la prevención. Asegure, igualmente, un estado de hidratación adecuado, que aumentará el potencial de resistencia de los tejidos ante la presión o fricción.

Consideren finalmente que encontrarse ante un paciente que se encuentre en estadio terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión, no obstante, será necesario no culpabilizar al entorno de cuidados en el caso de aparición de nuevas lesiones, probablemente inevitables en ese estado sin intervenciones rigurosas que a buen seguro hipotecarían el confort. En fases finales habrá de valorarse incluso la conveniencia de mantener los cambios de postura¹⁶²



2. JUSTIFICACION

Sólo desde la ignorancia, el desinterés o la irresponsabilidad se podría negar la importancia de este **Problema**.

Como he tratado de reflejar en la introducción, las úlceras por presión (UPP) son un problema que afecta al sistema social y sanitario de todos los países desarrollados y prueba de ellos es que ante sus dimensiones y alcance se han definido políticas específicas en diferentes sistemas de salud, tal es el caso de Gran Bretaña con la inclusión de objetivos concretos en el documento de “*Health of the Nation*” orientados a la disminución de su incidencia, o en los Estados Unidos con estrategias federales orientadas hacia la consecución del objetivo de reducir la prevalencia de úlceras por presión en centros socio sanitarios en un 50% para el año 2010¹⁷².

En nuestro país, tras de una efímera inclusión del problema de las úlceras por presión en un Plan de Salud Regional¹⁷³, hemos asistido hace unos pocos meses por primera vez en la historia del Sistema Nacional de Salud a la presentación dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud¹⁷⁴, pendiendo del principio de Fomento de la Excelencia al 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 morbilidad 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 úlceras por presión en pacientes en riesgo.

Por primera vez en un Plan de Calidad de carácter nacional, las úlceras por presión 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.

Como sonoro eco, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha publicado en las pasadas semanas la Estrategia para la Seguridad del Paciente¹⁷⁵ incidiendo en su Objetivo 21 en la necesidad de Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito. A pesar del uso de un trasnochado término para referirse a estas lesiones, establecen dos líneas de acción concretas dirigidas a promover el diseño e implantación de protocolos para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el tratamiento de las úlceras por presión con criterios unificados entre niveles y proporcionar material de apoyo, adecuado y recomendado según la evidencia, para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el tratamiento de estas lesiones en el marco domiciliario u hospitalario.

Por fin asistimos a declaraciones y acciones institucionales reconociendo que las úlceras por presión, lesionan el derecho a la seguridad que los pacientes han de disfrutar durante su estancia en establecimientos hospitalarios, estimando inversiones para esta conquista. Queda pendiente un reconocimiento similar para los que pasan los últimos años de vida en su domicilio o en un centro residencial.

En sintonía con este nuevo panorama no vivenciado hasta fechas recientes, se articula el primer pilar de este trabajo. Es el momento de calibrar y sostener estudios epidemiológicos, económicos, ético-legales, actualizando los habidos hasta la fecha como claro valor añadido a este movimiento.

A partir de la década de los ochenta se han conformado en distintos países grupos interdisciplinarios de trabajo centrados en el estudio de las úlceras por presión (destacar el National Pressure Ulcer Advisory Panel en Estados Unidos de América). Desde 1994, el Grupo Español para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), viene velando por y para que este proceso de pérdida de salud, minusvalorado por una gran mayoría, ocupe el espacio que merece y se beneficie del avance científico que la ciencia en el siglo XXI está en condiciones de facilitar.

El germen de este trabajo de tesis fue aislado en el seno de este Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en cuya fundación y dirección me honro inscribirme desde sus inicios.

Aun partiendo de una teórica abundante información sobre las UPP en la literatura, hasta hace apenas unos años, en nuestro país no hemos podido disponer de estudios comprables por la heterogeneidad de los enfoques metodológicos. En el año 1999 se realizó, como se apuntó con anterioridad, el primer estudio supra-institucional en el ámbito de toda una Comunidad Autónoma desde el seno del GNEAUPP¹²² y tras de ese rodaje un primer asalto a todo el territorio nacional con la realización en el año 2001 del Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión¹⁰⁶

Ambos trabajos supusieron un ensayo formal del tipo de estudios a reproducir en el tiempo y una rúbrica a la trascendencia del problema, alimentando la necesidad de continuar con el conocimiento y ulterior difusión de los datos epidemiológicos relacionados con las úlceras por presión como herramienta básica además de para la adecuación de su impacto, para la ruptura con un pasado sombrío y como piedra angular para el diseño de políticas sanitarias y sociales orientadas a su prevención y adecuada atención.

El trabajo actual persigue conocer la evolución epidemiológica de las úlceras por presión pasados estos años y singularmente la trascendencia numérica de estos procesos en el grupo de las personas mayores, que hasta la fecha en nuestro país apenas han sido estudiadas.

La capacidad lesiva de estas lesiones una vez presentes en la salud y calidad de vida de quienes las presentan conviven con el alto consumo de tiempo y recursos asignados a su cuidado y el elevado desgaste emocional en los propios pacientes, sus familiares y a menudo los profesionales encargados de su atención.

Al tiempo que la dimensión epidemiológica de las úlceras por presión, se hace obligado como esperemos, fructífero aliado para el cambio de actitudes en todos los responsables, continuar cifrando el impacto económico asignado a su tratamiento.

La información sobre los costes específicos del tratamiento de un paciente, aporta datos valiosos para crear un marco de referencia que justifique las inversiones, tanto en prevención, como en un buen tratamiento que se centre en frenar la evolución hacia Estadios más graves o complicados.

La previsión de los autores de los estudios más significados hasta la fecha sobre costes relacionados con el tratamiento de las úlceras por presión tanto en el Reino Unido¹²⁵ como en España¹³⁸, es considerablemente superior a cualquier otra realizada con anterioridad. Es posible que los costes que han estimado sean excesivos porque se basan en el uso de los recursos necesarios para aplicar las normas de prácticas correctas en los cuidados. En el día a día, los costes pueden ser inferiores, ya que los cuidados ofrecidos, como ellos mismos señalan, en realidad no satisfacen completamente esas normas.

Aplicando una metodología algo distinta a la empleada en los estudios precedentes, trataré de aproximar las cifras del coste del tratamiento de las úlceras por presión, a un plano más realista.

Las úlceras por presión son un problema importante y caro para los sistemas de salud y servicios sociales, y a pesar del mayor conocimiento sobre su prevención y abordaje, es posible que sin un esfuerzo de todos los actores implicados, el número de afectados aumente en el futuro, a expensas del crecimiento numérico del grupo de los más mayores y dependientes de nuestra Sociedad.

Desde el propio escenario asistencial y jurídico hemos comprobado en los últimos años en algunos países de nuestro entorno económico y cultural, las graves responsabilidades

relacionadas con las úlceras por presión, al tratarse de un problema de salud evitable, un injustificado “*accidente*”.

Desde los años sesenta y hasta la fecha en España se está produciendo un significativo cambio de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria, todavía no tan desarrollada en el ámbito social o sociosanitario, 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 sanitarias¹⁷⁶.

En el último decenio hemos asistido a un discreto despertar de reacciones, reclamaciones y denuncias, por parte de los usuarios y sus familiares en relación con las úlceras por presión, al alejar la clásica concepción social que entendía a éstas como algo inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente y cerciorarse de que se pueden evitar en un altísimo porcentaje 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.

Situados en ese punto de inflexión, de cambio, hace tres años dimos luz a una monografía¹⁰⁷ con la que se iniciaba una reflexión y recopilación sobre las repercusiones legales relacionadas con este tema, que era necesario continuar.

Entiendo justificado ahondar con un análisis más profundo y actualizado en los criterios tribunales, aspectos jurídicos concretos de nuestra legislación en relación con las úlceras por presión y algunas situaciones y pronunciamientos judiciales recientes que reabren este nuevo escenario.

Los profesionales responsables del cuidado y las instituciones sanitarias y socio-sanitarias vamos a tener que responder ante la justicia de esta clara negligencia clínica. Quizá aunque lamentable, sea otro eficaz revulsivo para conseguir que se reconozca su verdadera importancia y el valor soberano y efectivo de su prevención.

En clara relación con las consideraciones legales se hace necesario encadenar en este trabajo una serena reflexión sobre la responsabilidad ética de los profesionales que ante cualquier decisión de cuidados debe tener como objetivo preservar, potenciar y defender el bien de la persona, centrándonos especialmente en el espectro del anciano. El desarrollo de una úlcera por presión puede suponer una lesión en los más básicos

principios de la bioética pudiendo acariciar, como ya se ha visto en otros países, una fácil lectura de maltrato, profesional e institucional.

Hoy se conocen las fórmulas para prevenir acertadamente estos procesos en todas las instancias donde sea necesario, con unas dotes elevadas de efectividad, siempre que se conjuguen procedimientos, materiales, profesionales y sensibilidad, expresada en facilitación de formación y materiales, por parte de los administradores de los establecimientos sanitarios o residenciales.

Hoy somos testigos del nacimiento vertiginoso de los nuevos materiales para el tratamiento de estas lesiones, modernos, testados y que persiguen desplazar actitudes terapéuticas trasnochadas o de dudosa efectividad, pero dirigidas a unas lesiones que no debieran de existir.

Aliviado el argumento de la ignorancia o de la falta de medios, sólo desde las otras premisas, de la falta de interés o responsabilidad se podría permanecer cómodo o despreocupado frente a la todavía elevada presencia de las úlceras por presión en este recién estrenado siglo, especialmente destacada en el grupo de los más mayores de nuestra sociedad, y vivenciada a diario con altas dosis de sufrimiento, por ellos, sus cuidadores familiares y millares de profesionales gerontológicos en este país.



3. OBJETIVOS

Este trabajo busca, contribuir a hacer visible un grave problema en el mundo de los mayores poco conocido, banalizado y secundarizado por una ciudadanía ignorante que lo cree inevitable y, sumergido por un inaceptable menosprecio entre los profesionales de la salud y los servicios sociales

3.1. Objetivo general

Dimensionar la entidad del problema de las úlceras por presión (UPP) en el ámbito gerontológico de nuestro país a través del análisis de sus repercusiones epidemiológicas, económicas, éticas y legales.

3.2. Objetivos específicos

- Actualizar el conocimiento sobre el impacto epidemiológico de las úlceras por presión en España con especificidad sobre el grupo de personas mayores.
- Aproximar el coste económico derivado del tratamiento de las úlceras por presión en España y la asignación que correspondiera a su atención en los mayores de la sociedad.
- Documentar las repercusiones legales que pueden derivarse de la presencia de las úlceras por presión en nuestro contexto jurídico español.
- Desarrollar elementos de reflexión ética para los profesionales del ámbito gerontológico en relación con el desarrollo de las úlceras por presión en las instituciones de cuidados.



4. MATERIAL Y METODO

Aproximar la verdadera entidad del problema de las úlceras por presión (UPP) en el ámbito gerontológico de este país, supone aproximarnos al mismo desde diferentes escenarios *-epidemiológicos, económicos y ético-legales-* tan próximos en la práctica, pero tan aislados en su escasa investigación.

Por ello se ha precisado establecer tres partes diferenciadas, formuladas y ejecutadas con distinto cronograma (Esquema 1) y método, acordes a los objetivos específicos establecidos y detallados en el apartado anterior. Algunos de los resultados de unos han servido de base para la cimentación de otros.

Esquema 1. Proceso de investigación. Esquema cronológico



Con fines puramente facilitadores de su seguimiento, han sido enunciados como:

- 4.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España (UPP). Resonancia en la población mayor.
- 4.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España.
- 4.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español.

De igual manera, en los capítulos de Resultados y Discusión mantendremos la presentación en base a los apartados referenciados anteriormente.

4.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor

A raíz de la experiencia generada en los estudios epidemiológicos previos promovidos por el GNEAUPP^{106,122} y ya citados, se elaboró un cuestionario de administración postal (ver Anexo 3) cuyo diseño fue validado por parte de un grupo de componentes del GNEAUPP, para estimar la prevalencia^{xii} puntual y media de úlceras por presión (UPP) a partir de una muestra no aleatoria.

Durante el mes de mayo de 2005 se remitieron por correo postal un total de 2.500 cuestionarios entre todos los miembros adheridos al 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 Cuidados de Heridas de Smith&Nephew España^{xiii}

A través de este cuestionario 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 facilitasen información acerca de los pacientes de sus respectivas unidades.

Para el cálculo de la epidemiología de las úlceras por presión se utilizaron las directrices de clasificación¹⁰⁴ e indicadores epidemiológicos¹⁷⁹ del GNEAUPP.

Se ha definido la prevalencia como “prevalencia puntual” porque se obtiene información sólo 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, tal y como sigue:

- **Prevalencia Cruda (PC)** = (Todos los pacientes con úlceras por presión / total de pacientes estudiados en cada nivel) x 100.

^{xii} Aunque diferentes estudios^{17,177,178} sitúan la incidencia como mejor indicador epidemiológico que la prevalencia, la imposibilidad material de poder realizar un estudio de incidencia a gran escala, llevó a la elección del cálculo de la prevalencia de úlceras por presión.

^{xiii} Esta parte del trabajo de tesis se realiza en conjunción con el GNEAUPP y el soporte, dada su envergadura, de una beca de investigación de la División de Curación de Heridas de Smith & Nephew.

- **Prevalencia Media (PM)** = Se calcula la prevalencia en cada unidad de análisis de cada cuestionario y posteriormente se calcula la media estadística +/- la desviación estándar (DE). En otras palabras:

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

Los cuestionarios contenían preguntas que buscaban obtener datos sobre los pacientes con úlceras por presión (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 úlceras por presión 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**.

4.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España

La segunda de las partes de este trabajo, plantea la realización de un estudio que permitiese cuantificar las diferentes variables implicadas en el coste de las úlceras por presión (UPP), con datos lo más cercanos a la realidad de nuestro país, en tres escenarios diferentes, la atención primaria de salud, hospitales y centros socio-sanitarios, estableciendo costes totales, los correspondientes a la atención de las personas mayores afectadas y costes separados por otras variables como el tiempo de enfermería, estancias hospitalarias añadidas para hospitales y centros socio-sanitarios y materiales empleados.

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

- a) Los datos relativos al número de úlceras por presión tratadas en los tres niveles asistenciales, provienen del estudio epidemiológico nacional realizado en el año 2005 como investigación inicial de esta tesis, cuyo diseño se ha planteado líneas atrás, y del que se ha extractado información relativa a la prevalencia de úlceras por presión, por grupos etarios, 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 por presión, cuyos datos provienen del análisis de los cuestionarios administrados a un primer panel de expertos a los que se solicitó información relacionada con el tratamiento de las úlceras por presión 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.

Para ello se definió como panel de expertos, a los asistentes al Segundo 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 úlceras por presión. 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 (SS). 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 de los profesionales de hospitales era de 17,2 (8 DE) años y en el caso 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 úlceras por presión “tipo” de Estadio I, II, III y IV, al igual que 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 úlceras por presión 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 4 y 5 se recogen las conclusiones del citado grupo de expertos.

c) La cuantificación del coste de los diferentes elementos que componen el coste total del tratamiento de las úlceras por presión, que 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 úlceras por presión de diferentes estadios y superficies (Anexo 6).

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 en este caso, por accesibilidad al investigador, la Comunidad Autónoma de La Rioja (Tabla 2).

Los costes de tratamiento se han estimado según el estadio de las úlceras por presión 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

Tabla 2. Cálculo del coste del personal sanitario implicado en el tratamiento de las úlceras por presión

Retribución anual especialista de área (médico) (1)	<p>Médico: 38.844,57 €/año</p> <p>Sueldo + coste patronal: 38.844,57 € + 12.527,37 €: 51.371,9 €</p> <p>Coste por hora sobre una media de 1.500 h/año: 34,2 €</p> <p>Coste/minuto: 0,57 €</p>
Enfermeras APS (1)	<p>Enfermera: 22.442,93€/año</p> <p>Sueldo + coste patronal: 22.442,93 € + 7.237,8 €: 29.680 €</p> <p>Coste por hora sobre una media de 1.500 h./año: 19,8 €</p> <p>Coste/ minuto: 0,33 €</p>
Enfermera hospital y sociosanitaria (1) y (2)	<p>Coste por minuto personal enfermería hospital: 0,33 € de enfermera + 0,057 € de auxiliar (ver celda inferior): 0,387 €</p>
Auxiliar enfermería (hospital)	<p>Auxiliares: 15.586 €/año</p> <p>Sueldo + coste patronal: 15.586 € + 5.026 €: 20.612 €</p> <p>Coste por hora sobre una media de 1.500 h/año: 13,70 €</p> <p>Coste/minuto: 0,23 €. 25% del coste por minuto: 0,057 €</p>

(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” 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.

Costo de los cambios de apósito

El cálculo se ha efectuado incluyendo el tiempo de enfermería y el coste de los apósitos y del resto de 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

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 3.

Tabla 3. Costos relacionados con la infección como complicación de una úlcera por presión

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

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 (SS) por vía oral).
- Se asume que la infección sistémica lleva asociado tratamiento antimicrobiano local.
- Un médico le dedica al paciente con úlceras por presión 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 cm.): 6,92 €; Calgitrol Ag®: 4,77 €; Actisorb Plus® (10,5x10,5 cm.): 3,83 €).
- (b) Sulfadiazina Argéntica 5 gr: 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 hospital: (13,22 x 10 días: 132,2 €) (tratamiento de 10 días)

- Amoxicilina-Clavulánico 1-2/0,2 gr. c/6 h. i.v.	-día-	3,96 €	€
- Amikacina 15 mg/kg/día i.v.	-día-	2,60 €	€
- Ceftazidima 2 gr. c/8 h. i.v.	-día-	23,10 €	€
- Cefepima 2 gr. c/12 h. i.v.	-día-	29,16 €	€
- Cefotaxima 1 gr c/8 h.	-día-	2,31 €	€
- Cloxacilina 1 gr c/4 h. i.v.	-día-	3,84 €	€
- Ceftriaxona 1 gr/día i.v.	-día-	0,80 €	€
- Clindamicina 600 mg. c/6 h.	-día-	3,56 €	€
- Imipenem 1 gr. c/6 h. i.v.	-día-	44,00 €	€
- Metronidazol 500 mg. c/ 8 h. i.v.	-día-	2,55 €	€
- Piperacilina-tazobactam 4-0,5 gr. c/6-8 h.	-día-	39,00 €	€
- 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-Clavulánico 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 días)	-día-	2,77 €	
- (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 úlceras por presión. Sólo 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 úlcera por presión).

En la Tabla 4 se ofrece la información relativa a los costes diarios de camas hospitalarias o de atención sociosanitaria.

Tabla 4. Costos de estancias en hospitales o centros sociosanitarios

Coste diario de cama hospitalaria (1)	350 € / día
Coste diario de cama sociosanitaria (2)	52,37 € / día

(1) Datos de la CCAA de La Rioja. En una Unidad de Medicina Interna del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro-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).

4.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español

La tercera parte de esta investigación, tendente a documentar las consideraciones legales y éticas en nuestro contexto jurídico y profesional, relacionadas con las úlceras por presión y las connotaciones específicas en el campo de la gerontología, precisó de una metodología cualitativa para acercarnos a los objetivos marcados.

Con el fin de crear una situación interactiva que se acerque más a la vida cotidiana y permita descripciones detalladas de situaciones y comportamientos que son observables y experiencias propias, como señalan diferentes teóricos de la investigación cualitativa¹⁸⁰⁻¹⁸², se conformó un grupo de discusión integrado por siete personas, todos ellos, destacados miembros de comisiones y grupos de trabajo en el área de las úlceras por presión de diferentes niveles asistenciales del país, aprovechando su presencia en un foro científico nacional sobre este área de atención. Convertido el grupo en una herramienta para reconstruir las opiniones individuales más apropiadamente, se estableció un debate de grupo sobre un problema concreto enunciado a través de la siguiente frase:

“Desde su perspectiva personal y profesional, avalada por una amplia experiencia, y en relación con las múltiples consideraciones de orden legal que pueden ligarse a las úlceras por presión en su medio, ¿qué situaciones y demarcaciones de responsabilidad, escenarios preocupantes, acciones u omisiones, medios de protección, espacios descubiertos o con posibles repercusión jurídica señalaría?”

El autor de este trabajo, en su rol de moderador, únicamente se limitó a fijar el principio y el curso del debate, controlando el orden de los oradores y enumerando finalmente la frecuencia de los fenómenos observados, jerarquizando las áreas de debate más preocupantes del grupo, buscando una aprobación unánime. En una fase ulterior, en trabajo compartido con una abogada especialista en derecho sanitario de nuestro país, se procedió al análisis del discurso, con ampliación y profundización en esas diferentes áreas emergentes que serán presentadas en el capítulo de resultados.

Otra fase de este último recorrido de la investigación, simultánea en el tiempo a la anterior, consistió en buscar los procedimientos judiciales españoles en donde se encausaran casos de úlceras por presión. Se estableció como periodo de búsqueda del año 1990 al 2006. La búsqueda se realizó a través del Repertorio Aranzadi y la base Westlaw®, servicio jurídico on-line de Editorial Aranzadi en colaboración con el Grupo The Thomson Corporation. Se considera la base de datos de legislación,

jurisprudencia y bibliografía más completa que existe actualmente en España, que sirvió para ampliar el sistema de búsqueda iniciado con el repertorio Aranzadi, en su versión electrónica. El concepto de búsqueda pasó por los términos úlcera por presión, úlcera por decúbito, escara, llaga o antiescaras en el texto de las sentencias. Se procedió a la revisión de los autos, que presentaremos y en algunos casos se consideró acertado incorporar un comentario de la mano del autor de esta tesis.

La última fase de este apartado, precisó nuevamente de la constitución de un grupo de discusión, fijado por su composición y trayectoria en la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja, compuesta por seis miembros. Previo consentimiento de participación y en una doble sesión, se articuló un debate de grupo centrado en sus valoraciones y consideraciones ante la siguiente cuestión:

“Desde el ámbito estrictamente profesional, en el ámbito institucional, permitir hoy que se desarrolle una o varias úlceras por presión en una persona mayor durante su estancia en el hospital o centro residencial ¿puede considerarse un atentado contra las bases fundamentales de la bioética?, desde su juicio y a sabiendas de que se pueden prevenir prácticamente la totalidad de los casos, ¿podría considerarse como una forma o expresión de maltrato?”

El método empleado para la recogida de información vertida por los grupos de discusión fue la grabadora.

Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas a texto y, sobre éste, se llevó a cabo el análisis del discurso, recogiendo los temas emergentes por saturación.



5. RESULTADOS

5.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor

Dentro del plazo establecido se recibieron un total de 662 cuestionarios de los 4.500 difundidos, de los cuales 293 (44,2%) provenían de unidades hospitalarias, 213 (32,2%) de realidades de atención primaria y 156 (23,6%) de unidades de centros socio-sanitarios (Figura 1). Estos cuestionarios representan una muestra estudiada de aproximadamente 723.041 personas.

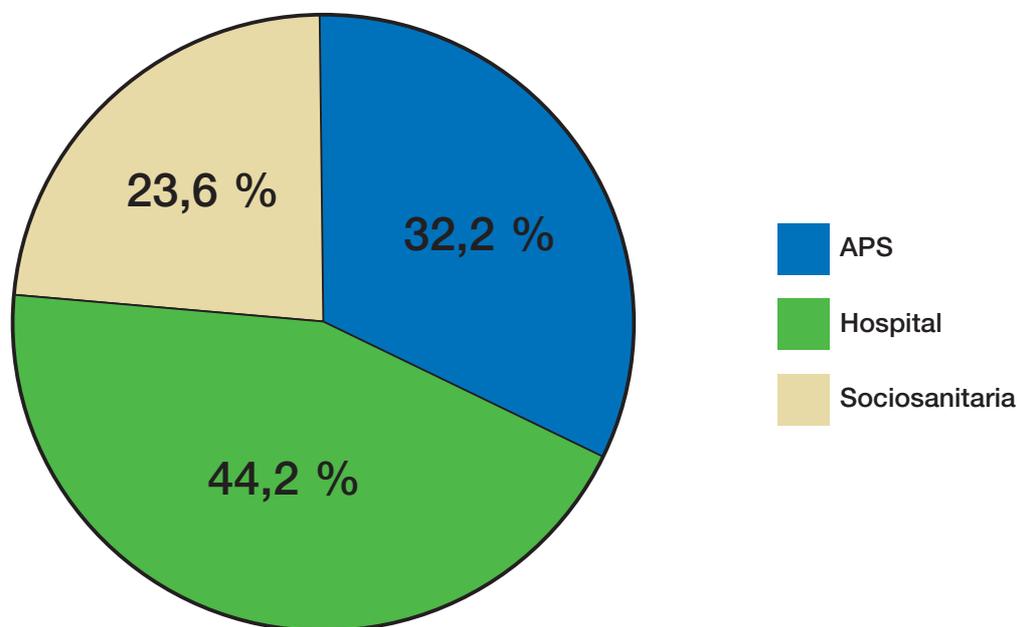


Figura 1. Nivel asistencial de donde proceden los cuestionarios

En la Tabla 5 se describe la procedencia geográfica de los cuestionarios según comunidad autónoma.

Los profesionales que respondieron a los cuestionarios informaron acerca de 1.791 pacientes con úlceras por presión. Seiscientos noventa y ocho 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.

Tabla 5. Procedencia de los cuestionarios (todos) según comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	Nº TOTAL	% TOTAL	Atención Primaria % grupo	Hospitales % grupo	Sociosanitaria % grupo
Catalunya	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%)

De éstos, 1.517 (84,7%) son pacientes con úlceras por presión 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 úlceras por presión en atención primaria (un 27,6% del total), 1.134 úlceras por presión en hospitales (un 40%) y 921 en atención sociosanitaria (un 32,5%).

5.1.1. Prevalencia de úlceras por presión 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 comunidades autónomas de España, a 1 de Enero de 2005^{xiv}). En la Tabla 5 se ha presentado 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 (AT DOM) (1,83% de los usuarios mayores de 14 años estudiados).

Seiscientos dieciséis pacientes presentaban úlceras por presión, pudiéndose estimar una Prevalencia cruda (PC) según sigue:

■ **PC en pacientes mayores de 14 años:**

$$PC = (483 / 704.572) \times 100 = 0,07\% \text{ (IC}_{95} = [0,06-0,08])$$

■ **PC en pacientes mayores de 65 años:**

$$PC = (483 / 147.614) \times 100 = 0,33\% \text{ (IC}_{95} = [0,30-0,36])$$

■ **PC en atención domiciliaria:**

$$PC = (483 / 12.937) \times 100 = 3,73\% \text{ (IC}_{95} = [3,42-4,07])$$

En la Tabla 6 se presentan los resultados de prevalencia media (PM) en atención primaria según grupos/tipos de población.

En la Tabla 7 se describen las cifras de prevalencia de acuerdo con la tipología de los centros de salud.

^{xiv} 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).

Tabla 6. Prevalencia media (PM) de úlceras por presión en atención primaria según grupos/tipos de población

Población	PM +/- DE	IC ₉₅	Mínimo-Máximo
Mayor de 14 años	0,2 +/- 0,5	0,1 - 0,2	0 - 6,67
Mayor o igual a 65 años	0,7 +/- 0,9	0,6 - 0,8	0 - 7,6
Incluída 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 éste presentaba úlcera por presión

Se dispone de información ampliada de 483 pacientes de atención primaria con úlceras por presión de los que 310 (64,2%) son mujeres, 172 (35,6%) son hombres y en un caso (0,2%) no consta su sexo.

Tabla 7. Prevalencia media (PM) de úlceras por presión en atención primaria por tipos de centro

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

En la Tabla 8 se resume la información relativa a la edad media, número de úlceras por presión por paciente y distribución por intervalos de edad en los pacientes de atención primaria con úlceras por presión.

Tabla 8. Edad media y número de úlceras por presión por paciente en pacientes de atención primaria

Edad*	Media +/- DE	IC ₉₅	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

Numero de úlceras por presión por Paciente				
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

Por grupos de edad, los pacientes padecedores de úlceras por presión 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 9 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad que presentan todos los pacientes portadores de úlceras por presión en atención primaria y en la Tabla 10, lo correspondiente a las personas mayores de 65 y más años.

Tabla 9. Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad) según sexo. Todos los pacientes

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Estadio I	14,9%	30,6%	69,4%
Estadio II	34,2%	39,4%	60,6%
Estadio III	36,6%	37,9%	62,2%
Estadio IV	13,7%	27,3%	72,7%

Tabla 10. Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad) según sexo. Mayores de 65 y más años

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Estadio I	15,8%	30,3%	69,7%
Estadio II	34,4%	34,7%	65,3%
Estadio III	36,5%	34,6%	65,4%
Estadio IV	13,4%	25%	75%

La Tabla 11 ofrece información relativa a la úlcera de mayor severidad que presentan los pacientes mayores por subgrupos de edad en atención primaria.

Tabla 11. Severidad de las lesiones en atención primaria (úlceras de mayor severidad) en mayores de 65 años por subgrupos de edad

	Entre 65 y 74 años	Entre 75 y 84 años	> 85 años y más
Estadio I	16,7%	42,4%	40,9%
Estadio II	13,2%	47,9%	38,9%
Estadio III	15%	49,7%	35,3%
Estadio IV	7,1%	44,6%	48,2%

Respecto a la incontinencia, como factor de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, en la Tabla 12 se presenta información relativa a la presencia de incontinencia en los pacientes con úlceras por presión, atendidos en atención primaria.

Tabla 12. Incontinencia en los pacientes con úlceras por presión atendidos desde atención primaria, por sexos

	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%

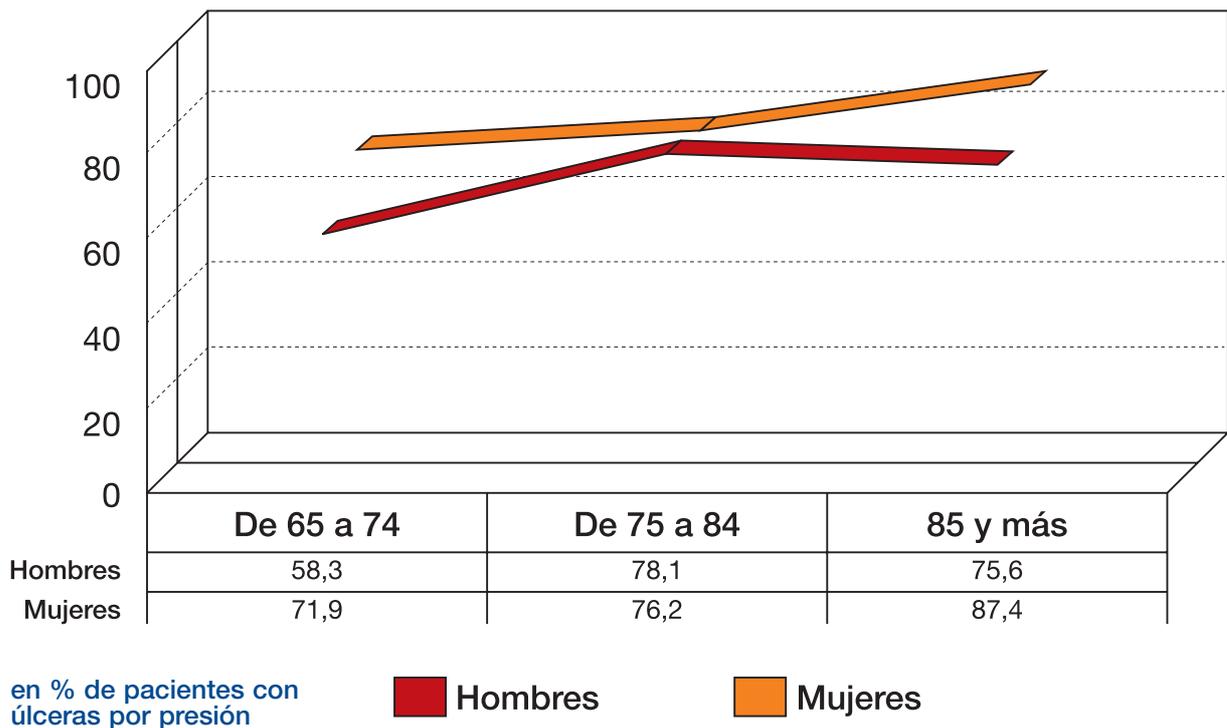


Figura 2. Incontinencia en pacientes mayores con úlceras por presión en atención primaria, por sexo y subgrupos de edad

En la Figura 2, se ofrece información específica sobre los pacientes mayores de 65 años con incontinencia y úlceras por presión atendidos desde atención primaria, en razón de sexo y subgrupos de edad.

5.1.2. Prevalencia de úlceras por presión en hospitales

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

Los 293 cuestionarios recibidos de unidades de hospitalización 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^{xv} a partir de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2003 (actualizado a 31/XII/2003)^{xvi}. En el momento del estudio estaban ocupadas por 8.475 pacientes (92,17% de ocupación). En la Tabla 5 se presenta la información relativa a la población hospitalaria estudiada según comunidad autónoma.

Ciento veinte 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%) 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.

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

■ PC en hospitales:

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

^{xv} 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.

^{xvi} Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2003. 10/05/2006. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/edestudios/estadisticas/esthospinternado/inforanual/home.htm (consultado el 27/06/2006).

- La prevalencia media (PM) de úlceras por presión según los datos reportados por las 293 unidades de enfermería hospitalarias es de 8,91 +/- 12,20 (IC₉₅: [7,5 - 10,3]), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 100%.

En la Tabla 13 se resumen datos relativos a la prevalencia media de úlceras por presión en unidades hospitalarias según tipología. En la Tabla 14 se compara la prevalencia media de unidades hospitalarias según la complejidad de los centros y el tipo de unidad.

Tabla 13. Prevalencia de úlceras por presión en hospitales según tipo de unidad y de hospital

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

En relación con las unidades que reportan una prevalencia del 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 14. Prevalencia según el tipo de unidad hospitalaria y la complejidad de los centros

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

A partir de los cuestionarios, se dispone de información acerca de 698 pacientes hospitalarios con úlceras por presión, 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 15 se presenta información relativa a los pacientes hospitalarios con úlceras por presión.

Si analizamos la edad de los pacientes hospitalarios portadores de úlceras por presión 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 16 se muestra información relativa a la úlcera de mayor severidad que presentan todos los pacientes portadores de úlceras por presión en hospital según sexo y en la Tabla 17, lo correspondiente a las personas mayores de 65 y más años y en la Tabla 18, se explicitan dentro de los mayores de 65 años, por subgrupos de edad.

Tabla 15. Edad media y número de úlceras por presión por paciente en pacientes hospitalarios

Edad	Media +/- DE	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
Ambos sexos	72,5 +/- 17,03 (ds) años	(71,2; 73,8)	1	97
Mujeres	75,2 +/- 15,1 (ds) años	(73,6; 76,8)	1	96
Hombres	69,7 +/- 18,4 (ds) años	(67,8 , 71,7)	1	97

Significación
diferencia P<0,001

Nº UPP/Paciente				
Ambos sexos	1,7 +/- 1,1 (ds) UPP	(1,6 ; 1,7)	1	13
Mujeres	1,6 +/- 1,1 (ds) UPP	(1,5; 1,7)	1	13
Hombres	1,7 +/- 1 (ds) UPP	(1,6; 1,8)	1	6

Tabla 16. Severidad de las lesiones en hospital (úlceras de mayor severidad) según sexo. Todos los pacientes

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,1%	100%	0,0%
Estadio I	27,4%	46,6%	52,4%
Estadio II	38,5%	50,2%	49,8%
Estadio III	23,5%	49,4%	50,6%
Estadio IV	10,5%	54,8%	45,2%

Tabla 17. Severidad de las lesiones en hospital (úlceras de mayor severidad) según sexo. Mayores de 65 y más años

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,2%	100%	0%
Estadio I	28,9%	43,9%	55,5%
Estadio II	39,1%	50,5%	49,5%
Estadio III	22,9%	39,8%	60,2%
Estadio IV	8,9%	50%	50%

Tabla 18. Severidad de las lesiones en hospital (úlceras de mayor severidad) en mayores de 65 años por subgrupos de edad

	Entre 65 y 74 años	Entre 75 y 84 años	> de 85 y más
No consta	100%	0%	0%
Estadio I	22,6%	44,5%	32,9%
Estadio II	23,8%	48,6%	27,6%
Estadio III	32,5%	43,1%	24,4%
Estadio IV	18,8%	45,8%	35,4%

En la Tabla 19 se presenta información relativa a la presencia de incontinencia en los pacientes con úlceras por presión en atención hospitalaria y la Figura 3 ofrece información específica sobre los pacientes mayores de 65 años con incontinencia y úlceras por presión atendidos en hospitales, en razón de sexo y subgrupos de edad.

Tabla 19. Incontinencia en los pacientes con úlceras por presión atendidos en hospitales

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

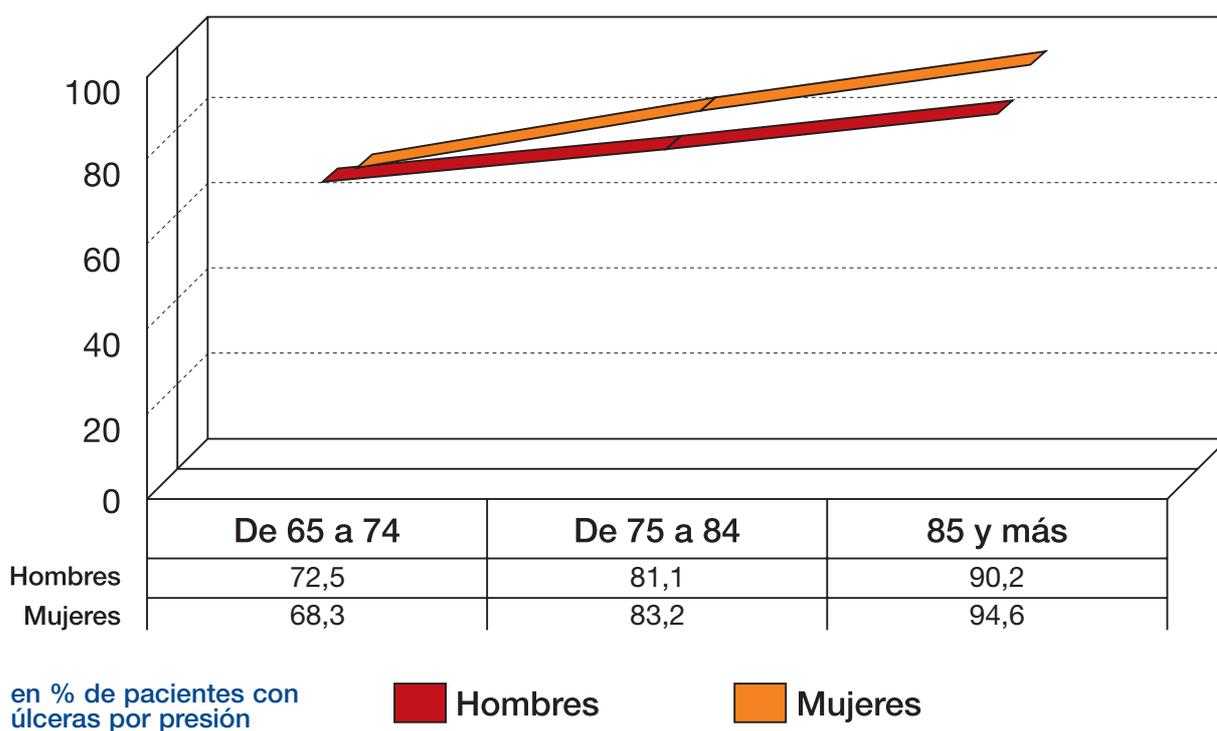


Figura 3. Incontinencia en pacientes mayores con úlceras por presión en hospital, por sexo y subgrupos de edad

5.1.3. Prevalencia de úlceras por presión 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 5 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%) 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 úlceras por presión, la prevalencia en las unidades sociosanitarias se determinó como sigue:

■ **PC** en centros sociosanitarios:

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

- La prevalencia media (PM) de úlceras por presión según los datos reportadas por las 113 unidades de enfermería sociosanitaria es del 10,9 +/- 11,9 (IC₉₅: [9,0 - 12,8), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 73,7%.

En la Tabla 20 se resumen datos relativos a la prevalencia de úlceras por presión en unidades sociosanitarias según el tipo de unidad y en la Tabla 21 según su titularidad.

Tabla 20. Prevalencia de úlceras por presión en centros sociosanitarios según tipo de unidad

Tipo de Unidad	Media +/- DE	IC ₉₅	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 21. Prevalencia de úlceras por presión según el tipo de unidad sociosanitaria y la titularidad de los centros

Tipo 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%	N: 1 20%	N: 2 8,03 +/- 2,78

En relación con las unidades que reportan una prevalencia de cero, 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 úlceras por presión.

Se dispone de información acerca de 610 pacientes de centros sociosanitarios portadores de úlceras por presión, de los que 423 (69,3%) son mujeres, 181 (29,7%) hombres y en 6 casos (1%) no consta el sexo. En la Tabla 22 se presenta información relativa a los pacientes de centros sociosanitarios portadores de úlceras por presión.

Tabla 22. Edad media y número de úlceras por presión por paciente en usuarios de centros sociosanitarios

Edad	Media +/- DE	IC ₉₅	Mínimo	Máximo
Ambos sexos	81,4+/-10,68 (ds) años	(80,6; 82,3)	17	104
Mujeres	82,8 +/- 9,6 (ds) años	(81,9; 83,7)	27	104
Hombres	78,3 +/- 12,3 (ds) años	(76,5; 80,1)	17	98

Significación
diferencia P<0,01

Nº UPP / Paciente				
Ambos sexos	1,51 +/- 0,89 (ds) UPP	(1,4; 1,6)	1	6
Mujeres	1,5 +/- 0,9 (ds) UPP	(1,4; 1,6)	1	6
Hombres	1,6 +/- 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 úlceras por presión 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 úlcera de mayor severidad que presentan todos los pacientes portadores de úlceras por presión según sexo en atención sociosanitaria se muestra

en la Tabla 23. En la Tabla 24 lo correspondiente específicamente a las personas mayores de 65 y más años y en la Tabla 25 se explicitan dentro de los mayores de 65 años, por subgrupos de edad.

La asociación entre pacientes portadores de úlceras por presión de los centros sociosanitarios e incontinencia, se presenta en la Tabla 26 y la Figura 4, recoge la información específica sobre los pacientes mayores de 65 años con incontinencia y úlceras por presión atendidos en centros sociosanitarios, en razón de sexo y subgrupos de edad.

Tabla 23. Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad) según sexo. Todos los pacientes

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,5%	33,3%	66,7%
Estadio I	15,6%	26,3%	68,4%
Estadio II	38,2%	30,9%	68,7%
Estadio III	29,8%	30,8%	69,2%
Estadio IV	15,9%	27,8%	72,2%

Tabla 24. Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad) según sexo. Mayores de 65 y más años

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0,2%	0%	100%
Estadio I	15,1%	27,4%	72,6%
Estadio II	37,8%	30,3%	69,7%
Estadio III	31,2%	30,5%	69,5%
Estadio IV	15,8%	26,1%	73,9%

Tabla 25. Severidad de las lesiones en centros sociosanitarios (úlceras de mayor severidad) en mayores de 65 años por subgrupos de edad

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
No consta	0%	100%	0%
Estadio I	13,1%	34,5%	52,4%
Estadio II	12,8%	41,7%	45,5%
Estadio III	16,1%	40,8%	43,1%
Estadio IV	20,5%	37,5%	42%

Tabla 26. Incontinencia en los pacientes con úlceras por presión atendidos en centros sociosanitarios

	Entre 65 y 74 años	Entre 75 y 84 años	> de 85 y más
No consta	13,6%	16%	12,8%
Estadio I	10,8%	7,7%	12,3%
Estadio II	1,8%	1,7%	1,9%
Estadio III	68,1%	70,8%	67,8%
Estadio IV	5,7%	3,9%	5,2%

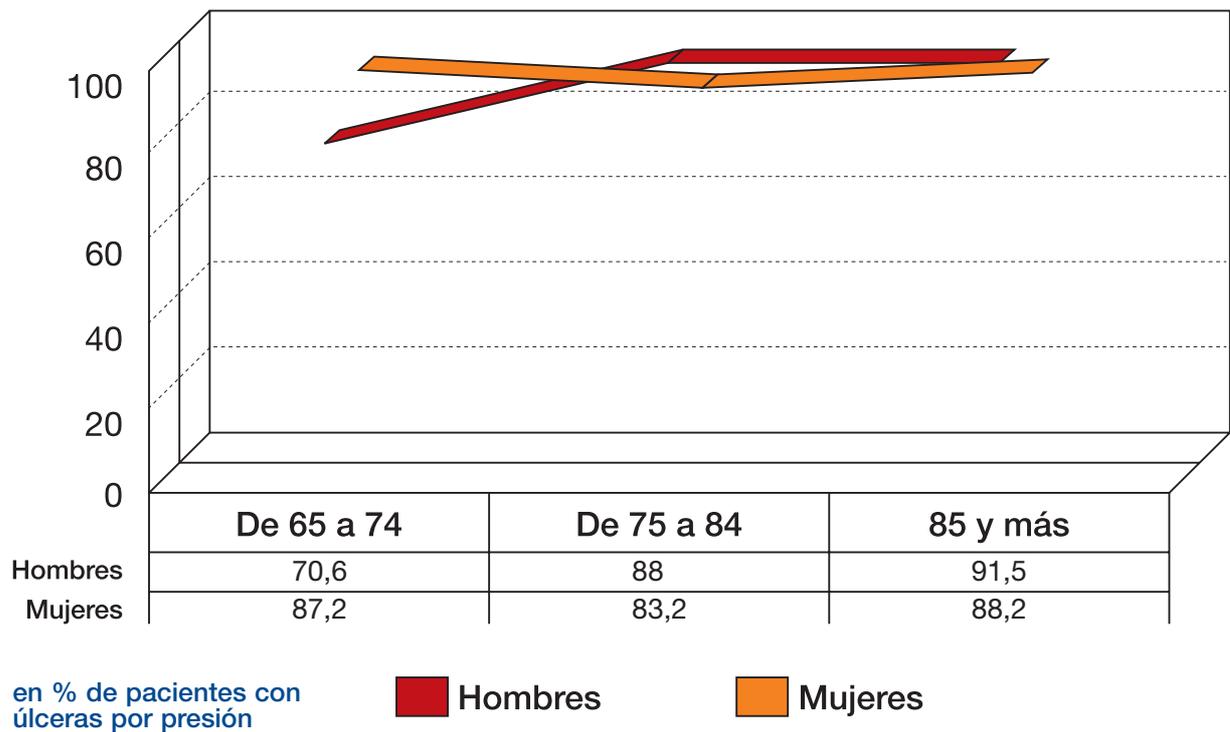


Figura 4. Incontinencia en pacientes mayores con úlceras por presión en centros sociosanitarios, por sexo y subgrupos de edad

5.1.4. Datos relativos a las lesiones

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

Seiscientas cincuenta y siete 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 5 representamos el estadiaje de las lesiones por niveles asistenciales.

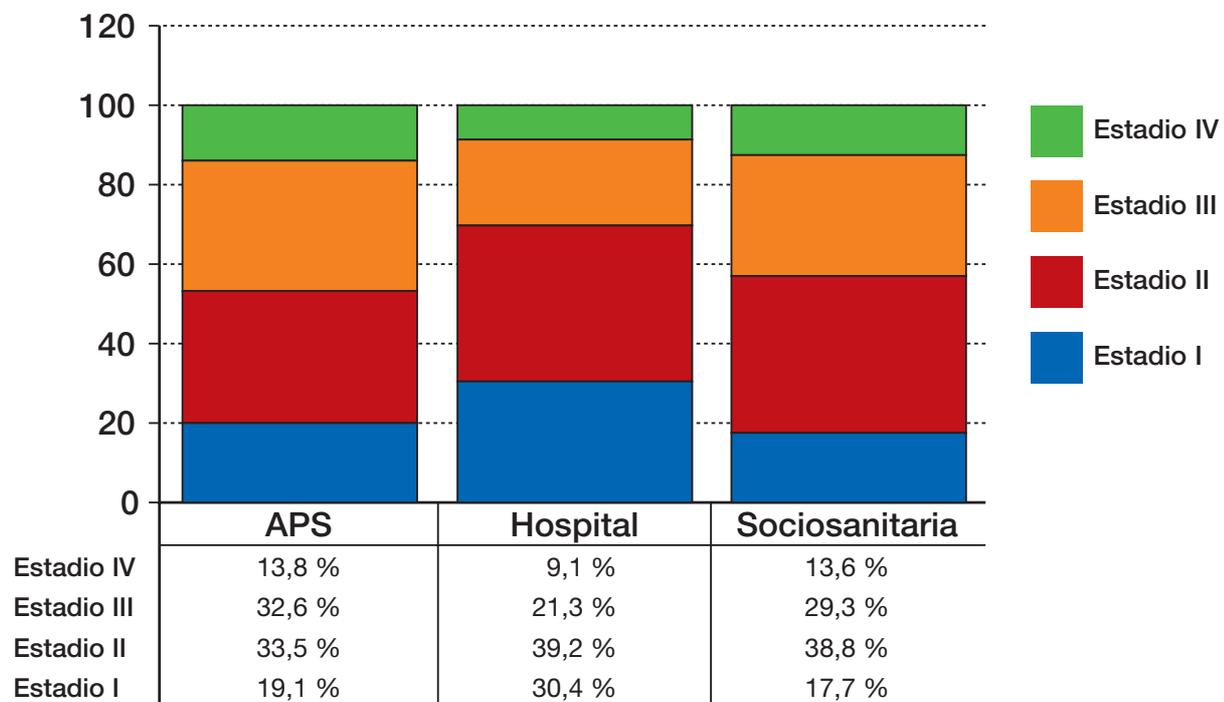


Figura 5. Estadiaje de las lesiones. Distribución según nivel asistencial

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 6 se presenta información sobre el porcentaje de recurrencia de lesiones según niveles asistenciales y estadiaje.

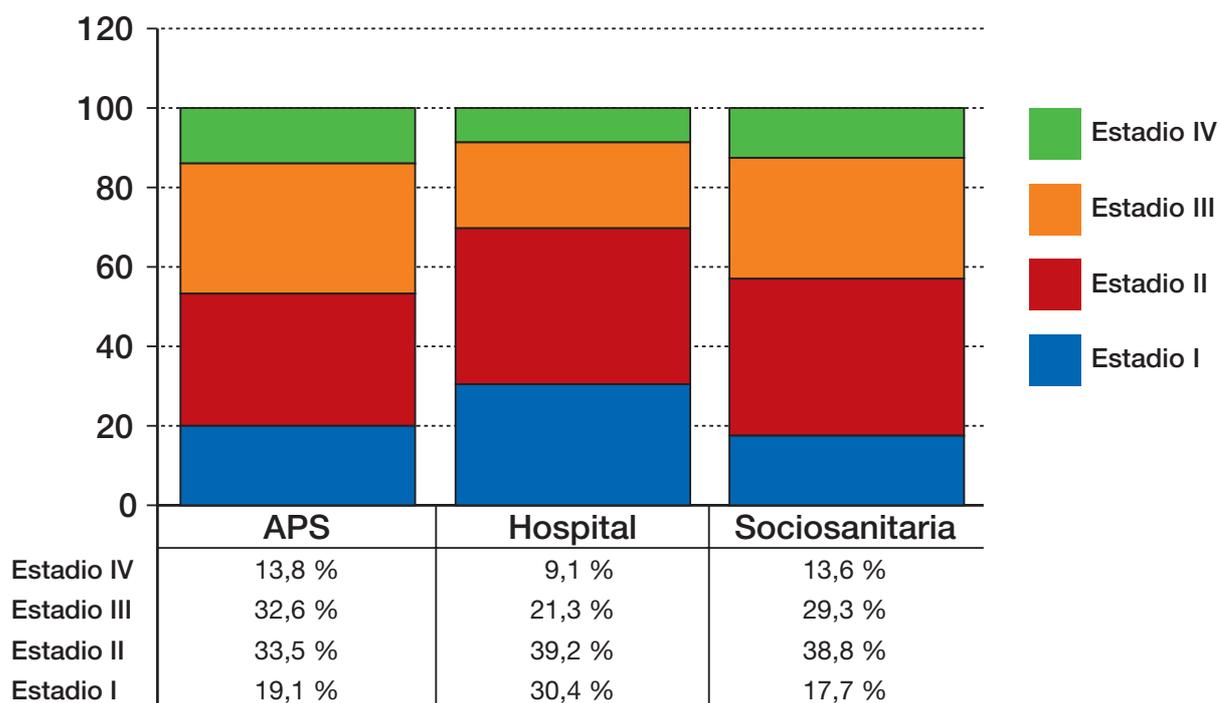


Figura 6. Recurrencia de las lesiones. Distribución según nivel asistencial y estadio

En la Tabla 27 se resume la información relativa a la localización de las lesiones según nivel asistencial y en la Tabla 28 según su localización y estadiaje.

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 sociosanitaria no consta el estadiaje.

Tabla 27. Localización de las úlceras por presión según su nivel asistencial y ordenadas de mayor a menor frecuencia

En todos los Niveles	%	Atención Primaria	%	Hospitales	%	Socio sanitaria	%
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	Isquión	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 verteb.	1,1	Rodillas	0,5
Apófisis vert.	0,6	Rodillas	0,6	Zona genital	0,5	Apófisis vert.	0,3
Orejas	0,5	Apófisis vert.	0,3	Isquión	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 abdom.	0,1
Nariz	0,1			Mucosa bucal	0,1		
Zona abdom.	0,1			Zona abdom.	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 28. Localización de las úlceras por presión según su estadiaje (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	Isquión	3,7
Piernas	3,9	Escápulas	3,2	Escápulas	2,4	Maléolos	2,1
Codos	1,2	Codos	2,2	Isquión	1,2	Zona occipital	0,9
Apófisis vert.	0,8	Isquión	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 vert.	0,9	Apófisis vert.	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 abdom.	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 abdom.	0,2	Muñón	0,1				
		Nariz	0,1				
		Zona temporal	0,1				

((a) Excepto talones. Incluye: dedos pies, cara lateral y pie en general

En la Figura 7 se compara la severidad de las lesiones por estadio (se agruparon úlceras por presión de Estadios I y II y de Estadio III y IV) según nivel asistencial.

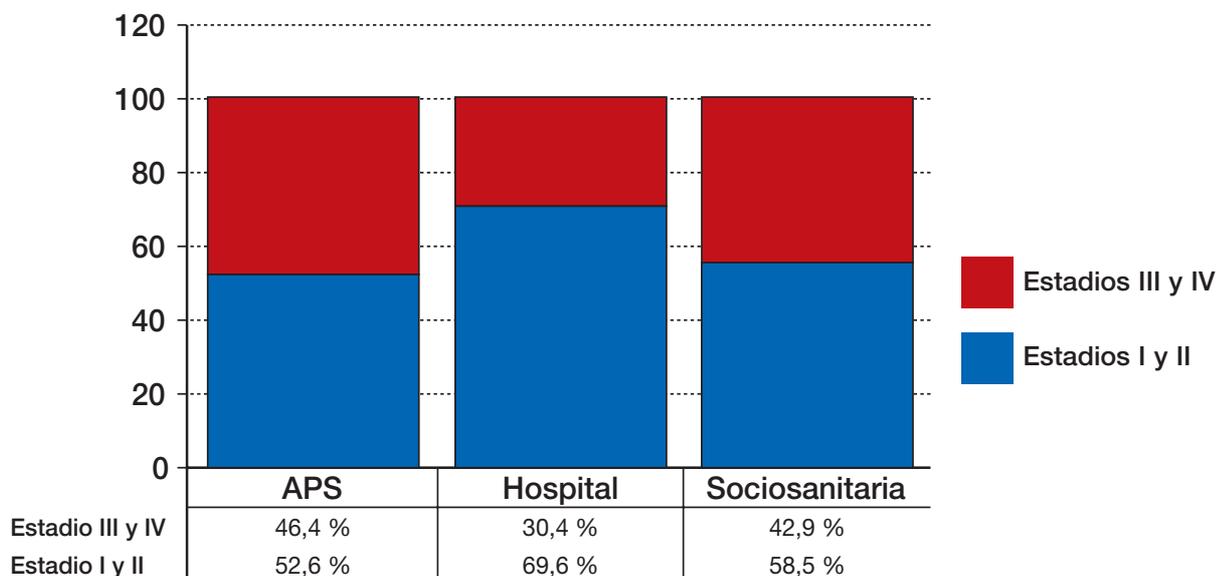


Figura 7. Estadía de las lesiones. Distribución según nivel asistencial y grupos de severidad

En la Tabla 29 se presenta la información relativa al nivel asistencial dónde se han originado las lesiones.

Tabla 29. Nivel asistencial dónde se han originado las lesiones

Atención primaria	%	Hospitales 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 el domicilio del paciente	14,7
Desconocido	11,4	En centros sociosanitarios	6,7	Desconocido	11
		Desconocido	11,2		11

Dentro del grupo de las unidades de hospital, de las úlceras originadas en el hospital (575 úlceras por presión), 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 30 y 31 respectivamente. En conjunto, todas las lesiones estudiadas tienen, de promedio, 118 +/- 335 días de antigüedad (IC₉₅ = (104,5-131,2); con un valor mínimo de 1 día y máximo de 9.000 días).

Tabla 30. Antigüedad media de las lesiones en días

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

En las Figuras 8, 9 y 10, se pueden apreciar los resultados de las relaciones entre la antigüedad de las lesiones y las personas mayores por subgrupos de edad en los diferentes ámbitos asistenciales.

Tabla 31. Dimensiones de todas las lesiones

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

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

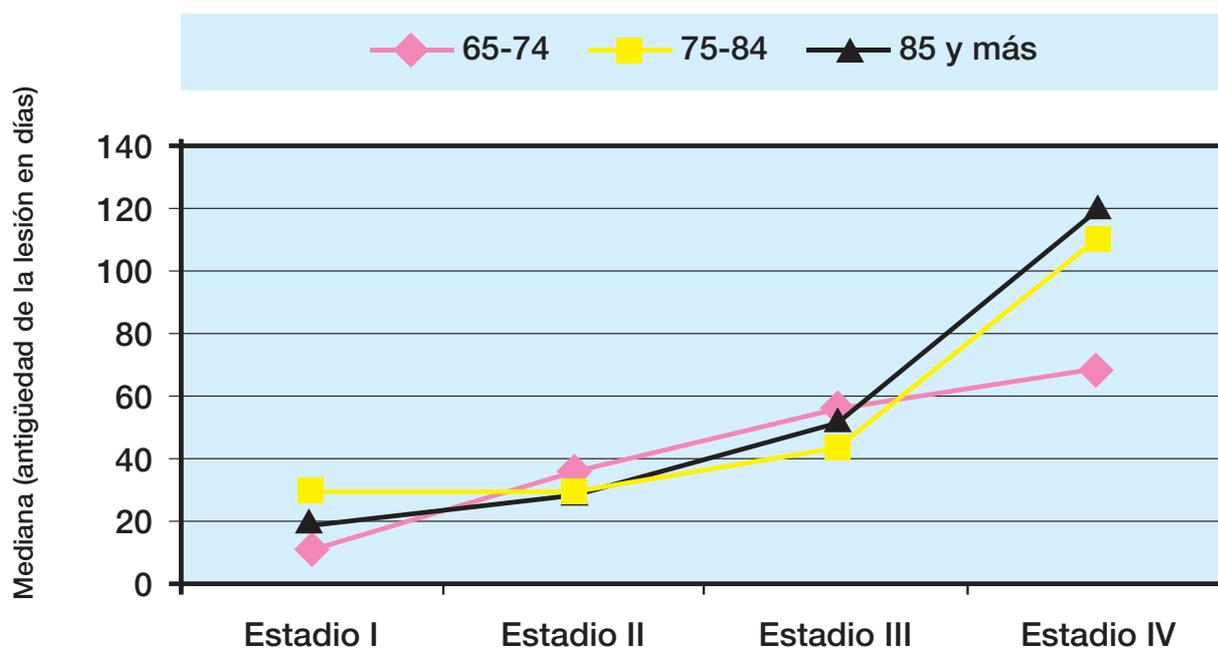


Figura 8. Antigüedad de las lesiones por estadios según grupos de mayores en atención primaria

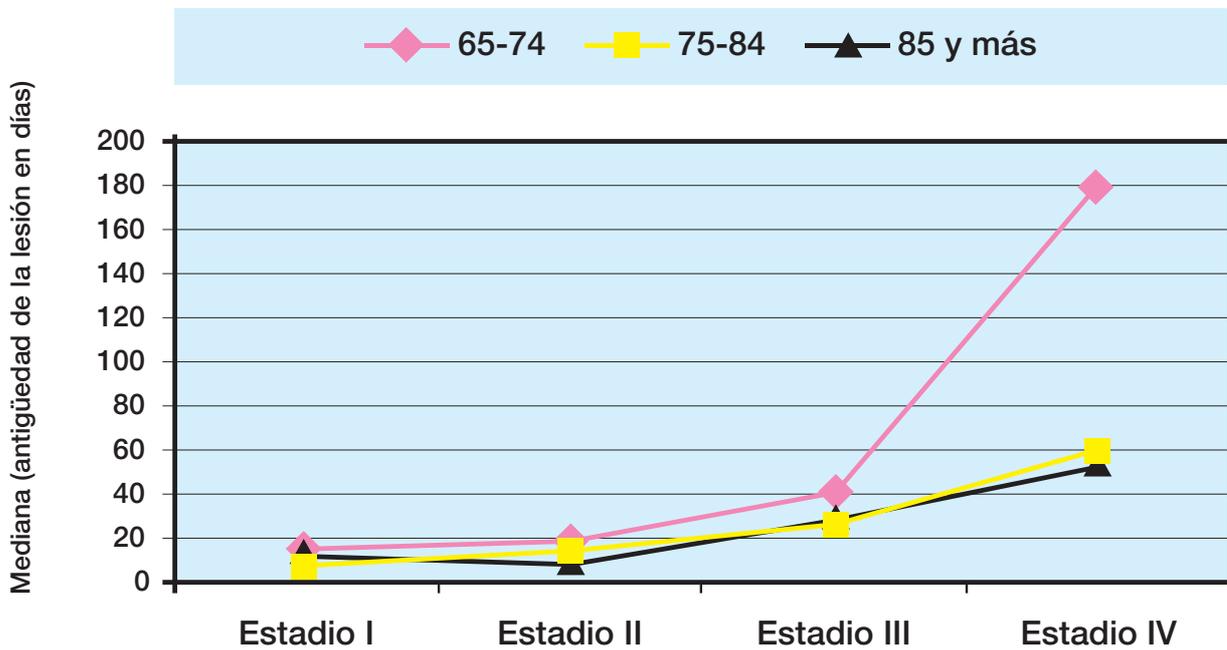


Figura 9. Antigüedad de las lesiones por Estadios según grupos de mayores en hospital

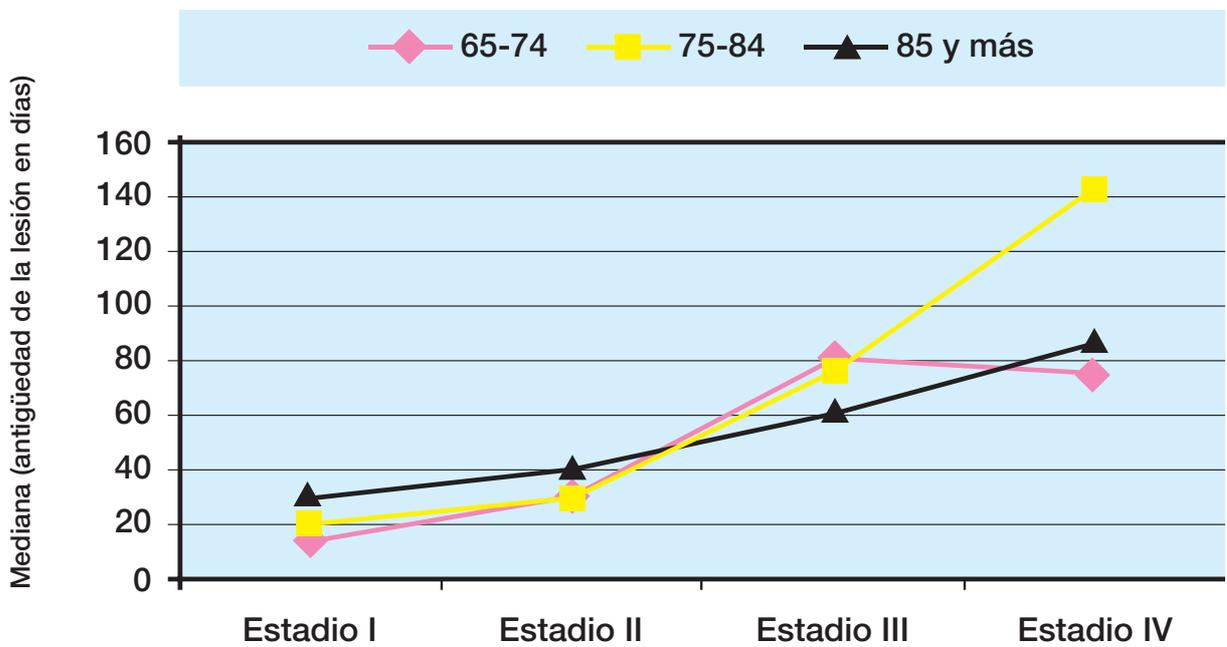


Figura 10. Antigüedad de las lesiones por Estadios según grupos de mayores en centros sociosanitarios

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 32:

$$\text{IS Braden: Estadio de la lesión} \times ((\text{largo} + \text{ancho})/2)$$

Como se menciona en el apartado de Material y Método, en el cuestionario, se incluían preguntas sobre las estrategias de prevención de úlceras por presión y en las Tablas 33, 34 y 35 se resume la información obtenida sobre políticas de prevención, escalas de valoración de riesgo y cambios posturales, respectivamente.

Tabla 32. Índice de severidad de Braden de las lesiones

	Todos los niveles	Atención Primaria	Hospital	centro Sociosanitario
	Media +/- DE [IC ₉₅] Mínimo-Máximo			
Todas las 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)

Tabla 33. Políticas de prevención de úlceras por presión según niveles asistenciales

	Atención primaria	Hospitales	Sociosanitarios
¿Existe comisión de UPP en el centro?	Sí: 22,9%	Sí: 74,2%	Sí: 35,3%
¿Se calcula periódicamente la prevalencia?	Sí: 15,7%	Sí: 59,1%	Sí: 52,1%
¿Se calcula periódicamente la incidencia?	Sí: 16,4%	Sí: 61,3%	Sí: 52,9%
¿Existe un protocolo de prevención por escrito?	Sí: 39,3% No sabe: 4,3%	Sí: 84,9% No sabe: 1,1%	Sí: 71,4% No sabe: 2,5%
¿Se registran las medidas de prevención?	Sí: 62,1%	Sí: 89,2%	Sí: 87,4%
¿Se valora el riesgo de los pacientes con una escala?	Sí: 58,6%	Sí: 86%	Sí: 80,3%
¿Con qué 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 34. Uso y tipo de escalas de valoración de riesgo de desarrollo de úlceras por presión por niveles asistenciales

Atención primaria	Hospitales	Sociosanitarios
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)	(% de los que responden)	(% de los que responden)
Escala Braden: 51,1	Escala Norton: 46,2	Escala Norton: 72,4
Escala Norton: 38,9	Escala Braden: 24,4	Escala Braden: 13,8
Escala Norton-INSALUD: 6,7	Escala Norton-INSALUD: 11,5	Escala Norton-INSALUD: 4,6
Escala EMINA-ICS: 3,3	Escala EMINA-ICS: 7,7	Escala EMINA-ICS: 4,6
	Escala Gosnell: 3,8	Escala NOVA 4: 2,3
	Escala NOVA 4: 3,8	Escala de Gosnell: 1,1
	Escala Arnell: 1,3	Escala Arnell: 1,1
	Escala propia: 1,3	

Tabla 35. Frecuencia de uso y opiniones sobre los cambios posturales

	Atención primaria	Hospitales	Sociosanitarios
Frecuencia de cambios en horario diurno (cada X horas)	Cada 2,9 +/- 1,4 h. IC 95%: [2,6-3,1] Mínimo: 1 Máximo: 8	Cada 3,4 +/- 1 h. IC 95%: [3,2-3,6] Mínimo: 2 Máximo: 8	Cada 2,7 +/- 1 h. 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 h. IC 95%: [4,8-5,2] Mínimo: 0 Máximo: 12	Cada 4,1 +/- 1,1 h. IC 95%: [3,8-4,3] Mínimo: 2 Máximo: 8	Cada 3,5 +/- 1,3 h. 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

5.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España

De acuerdo con la metodología descrita en el apartado anterior, el coste individual del tratamiento de una úlcera por presión 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 36, 37 y 38.

Tabla 36. Úlcera por presión Estadio II. Coste estimado hasta su cicatrización: Mano de obra y materiales

ESTADIO II	Atención primaria*	Hospitales**	Sociosanitarios
Hasta 4x 4cm.	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 cm.	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 8x8 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

Partiendo del número de pacientes con úlceras por presión en España extraído de la primera parte de esta investigación, se pudo establecer una estimación del número total de pacientes tratados en una semana por nivel asistencial y Estadio de las úlceras (ver Tabla 39).

En esa parte del estudio se obtuvo información de un 1,86% de la población mayor de 14 años en España a 1 de enero de 2005¹⁸³, 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 de diciembre de 2003¹⁸⁴), 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 Sociales¹⁸⁵).

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.

Tabla 37. Úlcera por presión Estadio III. Coste estimado hasta su cicatrización: Mano de obra y materiales

ESTADIO III	Atención primaria*	Hospitales**	Sociosanitarios
Hasta 4x 4cm.	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 cm.	17% UPP	22,4% UPP	15,9% UPP
Cura ambiente húmedo	422,6 €	342,2 €	530,8 €
Cura tradicional	1.028,5 €	549,3 €	840 €
Más de 8x8 cm.	17,8% UPP	19,5% UPP	10% UPP
Cura ambiente húmedo	766,2 €	601,8 €	926,3 €
Cura tradicional	1.425,1 €	769,2 €	1.181 €

(*) Incluye desplazamientos; (**) Incluye tiempo de auxiliar

Tabla 38. Úlcera por presión Estadio IV. Coste estimado hasta su cicatrización: Mano de obra y materiales

ESTADIO IV	Atención primaria*	Hospitales**	Sociosanitarios
Hasta 4x 4cm.	43,4% UPP	32,6% UPP	51,4% UPP
Cura ambiente húmedo	865,6 €	532,6 €	650,6 €
Cura tradicional	1.283,1 €	760,3 €	996 €
De 4x4 a 8x8 cm.	17% UPP	16,9% UPP	15,2% UPP
Cura ambiente húmedo	1.256,2 €	832,4 €	1.238 €
Cura tradicional	1.572,4 €	1.149,9 €	1.903 €
Más de 8x8 cm.	39,6% UPP	50,6% UPP	33,3% UPP
Cura ambiente húmedo	1.973,8 €	1.753,9 €	1.758 €
Cura tradicional	2.291,7 €	1.833,6 €	2.232 €

(*) Incluye desplazamientos; (**) Incluye tiempo de auxiliar

La extrapolación de los datos del estudio de prevalencia a toda la realidad poblacional de España de acuerdo con información censal y estadísticas oficiales de instituciones sanitarias¹⁸³⁻¹⁸⁵ nos permiten afirmar que en un momento determinado se tratan unos 53.000 pacientes con úlceras por presión.

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.

El citado estudio de prevalencia permite evidenciar, en promedio, el número de úlceras por presión 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 40) 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 este estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión. 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 úlceras por presión del estudio de prevalencia ya mencionado.

Tabla 39. Prevalencia de úlceras por presión (UPP) (pacientes tratados por semana) y nivel asistencial*

UPP	Atención primaria N (%)	Hospitales N (%)	Sociosanitarios N (%)	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 hospitalización de agudos en España (estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado) 2003	Sobre un total de 265.712 camas (según datos publicados en "Atención a las personas en situación de dependencia en España" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) 2004	
Estadio I	5.116 (19,3)	3.216 (30,5)	2.885 (17,8)	11.217
Estadio II	8.987 (33,9)	4.133 (39,2)	6.321 (39)	19.441
Estadio III	8.722 (32,9)	2.246 (21,3)	4.781 (29,5)	15.749
Estadio IV	3.711 (14)	959 (9,1)	2.221 (13,7)	6.891
TODAS	26.536 (49,8)	10.554 (19,8)	16.208 (30,4)	53.261

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

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 úlcera por presión de Estadio II en centros sociosanitarios es debido a la proporción significativa de pacientes (un 7,5%) a este nivel asistencial que son derivados a un hospital durante una parte de su episodio.

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.

Tabla 40. Coste del tratamiento por semana (asumiendo la mejor práctica con apósitos de cura en ambiente húmedo) por nivel asistencial*

Ambiente húmedo	Atención primaria	Hospital	Sociosanitario
Estadio I**	27 €	17 €	13 €
Estadio II	51 €	73 €	309 €
Estadio III	76 €	539 €	353 €
Estadio IV	201 €	794 €	384 €

(*) Nivel dónde se proporciona la mayoría del tratamiento.

(**) Úlceras por presión de Estadio I tratadas con productos de ácidos grasos hiperoxigenados.

En las Tablas 41 y 42 se presenta una estimación del coste nacional anual del tratamiento de las úlceras por presión en España por niveles asistenciales y una estimación del coste anual del tratamiento de las úlceras por presión por grupos de edad y niveles asistenciales.

Tabla 41. Costes nacionales de tratamiento de las úlceras por presión (UPP) en España por nivel asistencial*

UPP en millones de euros	Atención primaria	Hospital	Sociosanitario
Estadio I	7,18	2,8	1,98
Estadio II	23,97	15,75	101,62
Estadio III	34,68	62,90	87,87
Estadio IV	38,74	39,59	44,32
Todas	104,57	121,04	235,79
461 millones €	(22,7%)	(26,2%)	(51,1%)

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

Tabla 42. Costes nacionales de tratamiento de las úlceras por presión (UPP) en España por grupos de edad y nivel asistencial*

Edad	Atención primaria pacientes % - coste en millones de euros	Hospital	Sociosanitario
< 65 años	8,9% - 9,31	22,3% - 27	5,1% - 12,01
65 - 74 años	12,3% - 12,86	19,5% - 23,6	14,3% - 33,7
75 - 84 años	43,4% - 45,4	35,6% - 43,14	37,8% - 89
85 y más años	35,4% - 37	22,6% - 27,3	42,9% - 101,08
Todas			
461 millones €	104,57	121,04	235,79

El costo estimado del tratamiento de las UPP en España correspondiente a la población mayor de 65 años (el **89,52%** del total) se cifra en: **412,68 millones de euros**.

El coste total nacional del tratamiento de las úlceras por presión 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 43).

Tabla 43. Costes nacionales del tratamiento por tipo de componente

Estadio	Costo TOTAL millones de €	Materiales	Tiempo de Enfermería	Estancia extra en hospital	Estancia extra centro sociosanitario
Estadio I	11,96	7%	93%	---	---
Estadio II	141,34	12%	14%	48%	26%
Estadio III	185,45	15%	19%	44%	22%
Estadio IV	122,66	16%	20%	45%	19%
TODAS	461	67,4 14,6%	88,6 19,2%	205,8 44,6%	99,7 21,6%

A modo de resumen del coste del tratamiento de las úlceras por presión en España, y bajo la dimensión de los episodios individuales, en la Tabla 44 se representan los valores medios correspondientes al tratamiento de una úlcera por presión según su Estadio y nivel asistencial contemplando las posibles complicaciones (infección y estancia extra); en la Tabla 45 se desglosan las diferentes variables del coste medio de un episodio de úlcera por presión.

Tabla 44. Coste medio del tratamiento de una úlcera por presión por paciente y por nivel asistencial principal

	Asistencia primaria	Hospital	Sociosanitario
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 45. Utilización media de recursos

EN BASE A UN EPISODIO MEDIO DE ÚLCERA POR PRESIÓN				
ESTADIO DE LA UPP	Apósitos	Tiempo Enfermería	Estancia extra en hospital	Estancia extra centro sociosanitario
	Euros	Horas	Días	Días
Estadio I	5	3,1	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 43, 44 y 45 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 úlceras por presión 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 significativa¹⁸⁶

En la Tabla 46 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%.

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 47 y 48 se resume esta información.

Tabla 46. Comparación del coste medio por paciente según se utilicen apósitos de cura en ambiente húmedo o apósitos tradicionales

UPP	Cura en ambiente húmedo	Apósito tradicional	Diferencia	
	Coste total del episodio (€)		Coste (€)	%
Estadio I	67	84	17	25
Estadio II	705	99	287	41
Estadio III	1.688	2.290	602	36
Estadio IV	4.082	4.939	857	21
TODAS	1.298	1.695	397	31

Tabla 47. Utilización de recursos por paciente y episodio de tratamiento en pacientes tratados con cura en ambiente húmedo

UPP	Material	Tiempo Enfermería*	Estancia extra en hospital	Estancia extra centro sociosanitario
	Euros	Horas	Días	Días
Estadio I	5	3,1	0	0
Estadio II	82,8	4,8	4,5	0,6
Estadio III	245,5	16,3	9,3	1,6
Estadio IV	661,4	40,3	17	6,3
TODAS	189	12,4	6,6	1,5

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

Tabla 48. Utilización de recursos por paciente y episodio de tratamiento en pacientes tratados con cura tradicional

UPP	Material	Tiempo Enfermería*	Estancia extra en hospital	Estancia extra centro sociosanitario*
	Euros	Horas	Días	Días
Estadio I	6,3	3,9	0	0
Estadio II	104,3	13,6	4,8	0,8
Estadio III	276,2	37,8	9,9	2
Estadio IV	5,39,9	70,2	18,4	7,8
TODAS	191	26	7,1	1,9

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

5.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español

El análisis del debate del primer grupo de discusión conformado por destacados profesionales en el ámbito de las úlceras por presión (UPP), estableció como grandes temas que emergen con potenciales repercusiones legales ligadas a las UPP en los diferentes contextos asistenciales:

- Los protocolos para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión como responsabilidad del centro
- Responsabilidad por falta del material adecuado para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.
- Necesidad del consentimiento informado antes de la aplicación de determinadas técnicas terapéuticas relacionadas con el tratamiento de las úlceras por presión.
- Trascendencia legal de la historia clínica, historia de enfermería y registros específicos para úlceras por presión. Uso adecuado de los registros fotográficos como instrumento para la valoración y seguimiento de úlceras por presión.
- Las úlceras por presión como causa de Ingreso hospitalario.
- Altas hospitalarias de pacientes con úlceras por presión.
- La prescripción enfermera en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Por otra parte, los resultados del análisis del grupo de discusión conformado por expertos en bioética pertenecientes a la Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja, como se precisó en el capítulo de Material y Método, se pueden sintetizar en:

- *“La pasividad o permisividad, consciente o no, ante el desarrollo de las úlceras por presión en los distintos centros asistenciales, máxime en el grupo de los más mayores*

de nuestra sociedad, debiera considerarse una clara manifestación de negligencia y un atentado contra los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”.

- En clara relación con lo anterior, *“debe de considerarse como una expresión de maltrato en el anciano institucionalizado”.*

La búsqueda de los procedimientos judiciales en el estado español en donde se encausaran casos de úlceras por presión y su resolución por los Tribunales, dió como resultado un discreto número de aquellas (19) que contuvieran textualmente el término de búsqueda (úlceras por presión, úlcera por decúbito, escara, antiescaras o llaga) en el corpus o resumen de la sentencia, de las que hubo que descartar varias (6) tras de su lectura, por no proceder (referencia aislada sumada a otros problemas que no inciden sobre la decisión, llagas de diverso origen no vinculadas a la etiología habitual, etc). Una vez realizado ese primer filtro, son de destacar las trece que se recogen a continuación (Tabla 49), con fidelidad a los autos revisados, y acompañadas de algunos comentarios cuando así se considera:

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

La aparición y/o su deterioro de la persona debido a úlceras por presión pueden causar un tipo de reclamaciones, que pase por la solicitud del reintegro de gastos médicos que, a diferencia de las otras vías explicitadas en la introducción, se enjuician ante los juzgados y tribunales de lo Social, tal es el caso que se cita.

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.

CANARIAS. Social. Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas nº 232/1994, de 22 de marzo (Repertorio Aranzadi AS 1994\948)

Varón de 66 años 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 nuevamente 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 convivían 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 ortoprotesis, no contemplan entre las prestaciones a usuarios, las superficies especiales de apoyo para la prevención o tratamiento de las úlceras por presión, 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 úlceras por presión 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.

Tabla 49. Pronunciamientos judiciales españoles relacionados con las úlceras por presión*

Provincia CCAA	Vía del Recurso	Órgano Sentencia	Fecha Sentencia	Base de Datos
País Vasco	Social	Tribunal Superior de Justicia	22 Junio 1993	Repertorio Aranzadi AS 1993/2875
Canarias	Social	Tribunal Superior de Justicia de Las Palmas N° 232/1994	22 Marzo 1994	Repertorio Aranzadi AS 1994/948
Valencia	Contencioso Administrativo	Tribunal Superior de	9 Febrero 2001	Repertorio Aranzadi JUR 2001/273553
Vizcaya	Civil	Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección 3ª) N° 625/2001	15 Junio 2001	Repertorio Aranzadi JUR 2001/305328
Albacete	Penal	Audiencia Provincial de Albacete N° 94/2001	1 Octubre 2001	Repertorio Aranzadi JUR 2001/328481
Andalucía	Contencioso Administrativo	Tribunal Superior de Justicia de Andalucía N° 858/2001	10 Diciembre 2002	Repertorio Aranzadi JUR 2002/66595
Álava	Civil	Audiencia Provincial de Álava (Sección 2ª) N° 53/2002	4 Marzo 2002	Repertorio Aranzadi JUR 2002/19866
Barcelona	Civil	Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 4ª)	22 Marzo 2002	Repertorio Aranzadi JUR 2002/152176
Sevilla	Penal	Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 3ª) N° 62/2003	12 Marzo 2003	Repertorio Aranzadi JUR 2003/228133
Valladolid	Penal	Audiencia Provincial de Valladolid (Sección 4ª) N° 325/2003	10 Diciembre 2003	Repertorio Aranzadi JUR 2004/77985
Madrid	Social	Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sección 3ª) N° 225/2004	19 Febrero 2004	Repertorio Aranzadi AS 2004/2374
Cádiz	Penal	Audiencia Provincial de Cádiz (Sección 5ª) N° 34/2004	7 Abril 2004	Repertorio Aranzadi JUR 2004/153183
Barcelona	Penal	Audiencia Provincial de Barcelona Auto n° 177/2005	21 Marzo 2005	Repertorio Aranzadi JUR 2005/115422

* Años 1990-2006.

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 consecuente: Úlceras por presión.

VIZCAYA. Civil. Sentencia nº 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 úlceras por presión. 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 úlceras por presión 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 úlcera por presión, 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 úlceras por presión en UCI, descontextualizadas y trasnochadas (como así demuestran

los estudios epidemiológicos sobre úlceras por presión realizados en este país en los años 2001¹⁰⁶ y el actual presentado en este trabajo de tesis, y si siempre es difícil en este ámbito asegurar la evitación, se presta el informe a considerar mucho más elevados, los datos aportados de Pam Hibbs, citada por Waterlow¹³⁹ que aseguran que hasta el 95% de las lesiones son evitables, con los cuidados y los recursos adecuados.

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 de 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 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 7 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.

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 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*”.

ÁLAVA. Civil. Sentencia 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 los servicios sanitarios de médico y enfermera. En la paciente se daban todos los factores de riesgo. Le aparece una úlcera por presión 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. 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.

BARCELONA. Civil. Sentencia Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 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 úlceras por presión 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 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.

Se enjuicia en este caso un supuesto de daño colateral o indirecto causado por la aparición y deterioro en un caso de úlcera por presión.

Repercusión que ha trascendido y fácilmente han asignado al problema de las úlceras por presión. 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.

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 úlceras por presión 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.

VALLADOLID. Penal. Sentencia nº 325/2003 Audiencia Provincial de Valladolid (Sección 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, úlceras por presión. 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 del 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^{162,187} sólo 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.

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

Un nuevo caso de reclamación de reintegro de gastos médicos es el que se recoge en esta sentencia.

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 úlcera por presión 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 €).

CÁDIZ. Penal. Sentencia nº 34/2004 Audiencia Provincial de Cádiz (Sección 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 úlceras por presión 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.

BARCELONA. Penal. Auto nº 177/2005 (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 de fémur por la que debía ser operado quirúrgicamente. Durante su estancia en el hospital le aparecieron varias úlceras por presión: una en el coxis y otras dos en los talones, derecho e izquierdo. Le dan el alta con úlcera por presión en el talón izquierdo en situación evolutiva de grado III, con escara necrosada de 3 cm. sin mostrar signos de infección. El paciente ingresa en un centro sociosanitario causando alta voluntaria, regresando al cabo de 22 días con úlcera por presión 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 úlcera por presión (edad, trastornos vasculares, etc...) que hacen que el problema subsiguiente quede en la plataforma de “casi imposible de prevenir”, 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 úlceras por presión, 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 sólo citan el uso de un clásico apósito hidrocólico 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.



6. DISCUSSION

6.1. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor

El conocimiento de la epidemiología de las úlceras por presión es una herramienta básica para el diseño de políticas sanitarias y sociales orientadas al abordaje de este problema, con especial relevancia en el ámbito de la gerontología y que ha sido considerado, tradicionalmente, como algo inevitable y asociado a la vejez extrema, postración en cama o silla de ruedas.

Así, sin género alguno de duda, y de acuerdo con los resultados extraídos en esta parte del trabajo de tesis, (el 84,7% de todos los pacientes con úlceras por presión (UPP) de España son mayores de sesenta y cinco años) se puede afirmar con rotundidad, que las úlceras por presión son procesos que no sólo afectan sino que se ensañan con nuestros mayores.

De acuerdo a 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^{125,138}, proyectados sobre la población general mayor de 14 años a enero de 2005, estaríamos hablando de que entre 48.000 y 85.000 pacientes mayores de 65 años con úlceras por presión son atendidos diariamente en España.

Es destacable que entre las personas mayores que sufren por y con estos procesos, más del 65% son mujeres, presumiblemente a expensas de su reconocida mayor supervivencia, que no calidad de vida.

Los datos epidemiológicos obtenidos sobre prevalencia y mortalidad en los últimos años, de ámbito nacional, como el que aquí nos ocupa, vienen a complementar los 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 comparación con el estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión realizado en el año 2001¹⁰⁶, y el actual, es destacable que 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 úlceras por presión en España.

La utilización del cuestionario postal, testado en otros estudios¹⁰⁶, ha sido de gran utilidad y nos sitúa ante una metodología útil para estudios de grandes ámbitos

poblacionales. Pero, no puede olvidarse 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 selección de la muestra de profesionales informantes. Del mismo modo, se considera, estaríamos ante un sesgo de resultados a la baja (puesto que no sabemos que pasa en aquellos centros donde no hay profesionales motivados, por su inestabilidad, formación, bajos salarios, como sucede en numerosos centros gerontológicos) 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 de 2001¹⁰⁶ 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. Esta línea de trabajo permitirá igualmente refinar las herramientas metodológicas con el fin de minimizar sesgos y acercar una estimación más precisa del problema.

Posiblemente, testar otra metodología para estimar la prevalencia, como por ejemplo utilizar una muestra aleatoria a partir de la población objeto de estudio, y utilizar para la recogida de datos investigadores independientes mediante observación directa, podría ayudar a identificar esos posibles sesgos y testar si ambas metodologías son concordantes en el resultado final de la prevalencia, aun y cuando se estima, que las dificultades de acceso directo a los centros seleccionados serían muy serias.

En el caso de la atención primaria de salud las cifras son bastante concordantes con las del estudio de prevalencia de la Rioja¹²², pero sorprenden las diferencias encontradas con el primer estudio nacional de prevalencia¹⁰⁷. 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, 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.

A buen seguro merecerá la pena 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 haya multiplicado por 3 en 4 años de diferencia?*

- Otra posible explicación podría radicar en que un participante informase de los pacientes con úlceras por presión 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.

Sin embargo, las cifras de prevalencia media si que son afines con las encontradas en los otros estudios de prevalencia de este país ya mencionados. No obstante, la media es una medida de tendencia central y podría verse afectada por valores extremos que desvirtúen el “*valor real*” hacia ellos. Por ello, en este caso, se presentan los intervalos de confianza así como los valores mínimos y máximos que pueden dar una idea más clara de la distribución de la muestra.

Situados de nuevo en atención primaria y en comparación con el aludido primer estudio español de prevalencia de 2001¹⁰⁶, 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. La edad media de los pacientes con úlceras por presión detectados en este nivel se fija en 79,8 años.

Cerca de la mitad de todas las personas mayores con UPP permanecen en sus domicilios atendidos por los equipos de atención primaria.

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 33, 34 y 35) tienen la menor tasa de comisiones de úlceras por presión 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 los mayores de 65 años con úlceras por presión atendidos desde la atención primaria, casi una tercera parte de sus lesiones son de estadios II y III, constatándose que a medida que uno envejece más, tiene mayor riesgo de presentar úlceras por presión y de mayor profundidad (el 48,2% de los mayores de 85 y más años, tienen UPP de estadio IV).

En este estudio y en todos los niveles asistenciales, se ha analizado un problema de salud que aparece frecuentemente asociado al riesgo de desarrollar úlceras por presión, como es la incontinencia. Se acercan cifras que indican que entre el 80% y el 90% de los pacientes con úlceras por presión son incontinentes, siendo además la zona sacra la localización más frecuente. Sobre este tema, en los últimos años ha surgido un debate²⁶, como se ha comentado en el capítulo de introducción, 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. La metodología de este estudio no permite determinar si las lesiones están correctamente clasificadas. Un estudio llevado a cabo mediante observación directa en una muestra aleatoria de pacientes, como se ha proyectado, ayudaría a esclarecer esta incógnita.

La relación de la incontinencia y las úlceras por presión en el ámbito de la atención primaria es manifiesta. Más de tres cuartas partes de todos los pacientes con UPP tienen algún tipo de incontinencia, predominando la de tipo mixto (56,5%). De acuerdo a la bibliografía¹⁸⁸, este tipo de incontinencia de orina y heces, tiene una mayor capacidad lesiva en la piel que el resto.

En el caso de los mayores de 65 años con úlceras por presión, la incontinencia es más frecuente en mujeres y aumenta su frecuencia con la edad.

En las instituciones hospitalarias, los datos generales obtenidos coinciden bastante con los del referido estudio del 2001 en España. Por supuesto, es más sencillo recoger datos de prevalencia en instituciones y el problema del denominador que se ha detectado en atención primaria no se da ahora. De nuevo, las cifras de prevalencia evidencian 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 úlceras por presión 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 edad media de todos los pacientes con úlceras por presión hallados en hospitales se cifra en 72,5 años. A pesar de ello, se observa que un 21% de los pacientes con

úlceras por presión son menores de 65 años, un 4% más que en el estudio nacional del 2001, utilizado como referencia de vanguardia.

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. En los mayores de 65 años con úlceras por presión, el 68% de éstos presentan lesiones de Estadio I y II, igualándose su frecuencia por sexos. También puede ayudar en este sentido que es el nivel asistencial donde se aplican con mayor frecuencia políticas de prevención (Tabla 33) y consideran un 71% que los cambios posturales se utilizan suficientemente.

La frecuencia de incontinencia en pacientes con úlceras por presión se mantiene en el hospital respecto a lo analizado para la atención primaria. No obstante, entre las personas mayores de 65 años, es llamativa la diferencia entre los grupos más jóvenes y los más mayores de los ancianos. El riesgo de pérdida de continencia parece confirmarse, se agrava en el grupo de grandes viejos.

En cuanto a los datos de centros sociosanitarios y en contraste con el 2001, la cantidad de cuestionarios recibidos y la población que engloban han permitido elaborar una mejor foto de este nivel asistencial y, como se indicaba y preveía en aquel estudio del 2001, arrojar cifras medias de prevalencia más altas.

La edad media de los pacientes con UPP en este nivel, razonablemente es el más elevado sobrepasando los 81 años. Las mujeres mayores siguen siendo las que más lesiones presentan y de mayores estadios. Respecto a la severidad de las lesiones, es destacable que en el 69% de los casos de úlceras por presión en este grupo de edad son de Estadio II y III, pero, a pesar de ello, situándose como el nivel con más pacientes (16%) con lesiones profundas (Estadio IV). Es el grupo de los más mayores entre los mayores los que presentan úlceras por presión más severas.

Con relación a la titularidad de los centros revistados (Tabla 21), es llamativo que los centros concertados son los que presentan las cifras de prevalencia más elevadas y los privados las más bajas. Lo que lleva a plantear varias preguntas que no pueden llegar a encontrar respuesta 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 quizá, ¿pueden no ser fiables las cifras que reportan los profesionales de los centros privados?

En los centros sociosanitarios se da el mayor volumen de coincidencia de pacientes mayores con úlceras por presión e incontinencia mixta (hasta en un 68,1%). Es al menos curioso señalar, por subgrupos de edad, que a partir de los setenta y cinco años, las cifras se igualan entre sexos.

Con respecto al análisis de la antigüedad de las úlceras por presión en personas mayores de 65 años y estadios de las mismas, en los tres contextos asistenciales, es reseñable que:

- En todos los niveles asistenciales y subgrupos de edad, la antigüedad de las lesiones se mantiene constante en los tres primeros estadios.

- Existen notorias diferencias para las lesiones de Estadio IV, llamando poderosamente la atención que en el hospital sólo los más jóvenes de entre los mayores, tienen lesiones de mayor antigüedad. Tal vez pudiera deberse este hecho a cierta resistencia para ingresar en estos centros a los pacientes más mayores y con lesiones más severas. La respuesta a esta cuestión precisará también, de nuevas líneas de investigación que confirmen o descarten y sitúen la responsabilidad, de esta posible forma de discriminación por razón de la edad.

Como se ha comentado, es difícil comparar las cifras de prevalencia con otros estudios (salvo el aludido de prevalencia en el estado español 2001¹⁰⁶, por su semejanza en el método aplicado) debido a las diferencias metodológicas, definiciones operacionales y/o fórmulas 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 prevalencia¹⁸⁹, 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. Thoroddsen¹⁹⁰ realizó una encuesta nacional de prevalencia en Islandia, también en hospitales (22 hospitales), donde la prevalencia fue de 8,9%, las úlceras por presión 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 al¹⁹¹ 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 al¹⁹² 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.

No ha sido posible realizar un análisis comparativo minucioso, alejadas las dificultades metodológicas, con otros muchos estudios centrados en aspectos epidemiológicos de las úlceras por presión en el estrato de los mayores de 65 años, por su escasez. Fuentelsaz y otros¹⁹³ en un reciente estudio de revisión sobre estas lesiones en personas mayores entre los años 1997 y 2003, apuntan su escasez además de la gran variabilidad y problemas metodológicos entre ellos, pudiendo confirmarse a pesar de todo, que las cifras obtenidas en éste se encuentran entre las halladas en los estudios nacionales e internacionales seleccionados en su trabajo^{116,194-203}

6.2. Repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España

Como puede observarse, el coste de tratar las úlceras por presión en España supone un importante desembolso para el sistema sanitario y de bienestar social. Es preciso señalar, 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 úlceras por presión en España a 2005, es importante destacar que:

- El 90% del mismo se puede atribuir directamente a la población anciana de este país, por lo que prácticamente la totalidad de este proceso de discusión tendrá a este grupo como referente.
- 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 39, la mayoría (50%) de los pacientes son tratados, principalmente en la atención primaria de salud, mientras que sólo representan un 23% del coste total (Tabla 41). De la misma manera, el 20% están siendo tratados en el hospital con un 26,6% del gasto 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 úlceras por presión, este nivel representa el 51% del coste total.
- El coste de los materiales empleados en el tratamiento de las úlceras por presión (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 úlceras por presión 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 atención primaria se ven aumentados por el tiempo de los traslados de los profesionales hasta el domicilio del paciente.

- Por la severidad de la lesión, es destacable que los costes son más elevados para una úlcera por presión 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 úlceras por presión 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 se puede destacar que:

- De acuerdo al 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 UPP 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 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, y quizá por tratarse de un problema mayoritariamente gerontológico, las úlceras por presión 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 (por su frecuente minusvaloración, no se hace comparación con algún trasunto social que tenga como protagonista absoluto a la persona mayor), como por ejemplo, el SIDA o la diabetes tipo II (con un valor añadido al tratarse de procesos que no tienen la fijación de las úlceras por presión sobre un solo grupo de población, el de los ancianos) tendremos una idea más clara de la dimensión que alcanza el problema de las úlceras por presión:

- Según los indicadores de infección por VIH y SIDA en España, publicados en el 2006²⁰⁴, 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 presenta 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) ^{205,206} frente a una horquilla promedio, en el caso del tratamiento de las úlceras por presión, entre 1.298 y 1.695 euros, según el tipo de tratamiento (cura en ambiente húmedo o tradicional).

Destacar que las dos primeras partes del trabajo de tesis han permitido acercarnos a la cuantificación de algunas de las variables relacionadas con el problema de las úlceras por presión, aunque no ha hecho posible medir ni la “*epidemiología*” ni el “*coste*” del impacto de las úlceras por presión en el sufrimiento y en la calidad de vida de quienes las sufren, especialmente los más mayores y sus cuidadores, familiares y profesionales, variables de gran trascendencia para esa ansiada búsqueda del dimensionamiento global del problema de las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y que serán los motores de nuevas investigaciones en un futuro.

6.3. Consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español

En relación a los temas que emergieron como más preocupantes en el grupo de discusión de profesionales expertos en úlceras por presión (UPP), y siguiendo sus enunciados podemos destacar:

Los protocolos para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión como responsabilidad del centro

“Protocolo, ¿arma o escudo?”

Así abría su intervención uno de los integrantes de este grupo de debate.

Como apuntan certeramente Pancorbo y cols²⁰⁸ en un reciente artículo: *“un recurso importante para la prevención y el tratamiento de úlceras por presión 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 úlceras por presión”*

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, o que puede ser causa de responsabilidad legal del centro^{xvii}

Del mismo modo, adecuados protocolos de prevención y tratamiento de úlceras por presión, 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^{208,209} en nuestro país.

^{xvii} En este sentido se pronuncia la Sentencia 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”*.

Responsabilidad por falta del material adecuado para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión

“¿ Y cuando ese material que tu consideras debes de utilizar no es posible conseguirlo en los circuitos normales en tu centro?, ¿qué haces?, ¿a quién puedes reclamar?, ¿quién te defiende a ti en el caso de que alguien te acuse de mala elección?”.

Una de las preocupaciones más reiteradamente manifiestas en el curso del grupo de debate, estaba articulada en esos términos.

Sin duda, la todavía generalizada y manifiesta escasez de muchos materiales “*precisos*” para la prevención de úlceras por presión (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 posibles 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 se puede 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 solución²¹⁰. 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 disponibles¹⁵⁶ y, a *sensu contrario*, de los no disponibles.

Este proceder, 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 despido²¹¹. 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 revisión²¹¹, 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”*.

Necesidad del consentimiento informado antes de la aplicación de determinadas técnicas terapéuticas relacionadas con el tratamiento de las úlceras por presión

“Pero ¿ para todas nuestras técnicas se precisa pedir consentimiento?”

Nutrido fue el debate sembrado en el grupo de discusión acerca de la necesidad de solicitar el consentimiento y la forma de hacerlo, como revela el texto de encabezamiento.

En referencia obligada, decir que la Ley 41/2002 de Derechos del Paciente (LDP)²¹², 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 LDP 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 León²¹³ 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*”^{xviii}

La información comprende, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias^{xix}, 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 pacientes²¹⁴

^{xviii} Artículo 21.4 LDP. Junta de Castilla y León.

^{xix} 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”* ²¹⁵

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 Galicia²¹⁶ 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. 4.2 LDP), deberá prestarse por escrito en los mismos supuestos en que el consentimiento exige tal forma.

En relación con lo planteado en esta área, sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, 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 úlceras por presión

- 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 úlcera por presión. En ambos supuestos el cirujano general o plástico será el encargado de su solicitud.

2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos relacionados con úlceras por presión

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 úlceras por presión 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 úlceras por presión

3.1. Se entiende, 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 úlcera por presión. 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, y suscitadas en el debate, 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 sólo 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 Presión²¹⁷ de reciente aparición.

Trascendencia legal de la historia clínica, historia de enfermería y registros específicos para úlceras por presión.

Uso adecuado de los registros fotográficos como instrumento para la valoración y seguimiento de úlceras por presión

“La eterna resistencia de las enfermeras a escribir, ha de terminar. Lo no escrito no existe. Siempre vamos contracorriente. Otros compañeros sanitarios ocupan más tiempo en escribir lo hecho que en el pase de visita o...”.

“Ha pasado el tiempo donde la propiedad de la historia clínica era del médico. Hoy debemos de exigir que esa herramienta circule por todas las manos”

“Durante años no he sabido donde escribir lo concerniente a las heridas y cuando lo hacía en la historia médica, todos los días había lío”

“Y las fotos que tomamos muchos de nosotros a los pacientes que vemos con úlceras por presión, ¿son del todo legales?,... ¿qué claves han de reunir para no complicarnos judicialmente?”

Estos fueron algunos de los cuestionamientos literales que dieron peso a esta nueva área de “*perturbación*” en su relación con lo legal o ilegal.

El grado de documentación en la historia clínica de los cuidados preventivos y de tratamiento realizados a los pacientes ha sido estudiado por diversos autores¹⁵⁴, 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 enfermeras²¹⁸. 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 Asturias²¹⁹ 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^{220,221} que proponen que la utilización de registros específicos para los cuidados a pacientes con úlceras por presión puede mejorar el grado de documentación.

Un reciente estudio llevado a cabo en Andalucía²⁰⁷ ha concluido que “*el grado de implantación en la práctica clínica habitual de instrumentos para el cuidado preventivo y de tratamiento de las úlceras por presión, 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 sociosanitaria”. A pesar de que no existen registros certeros, que nos permitan categorizarlo, no es aventurado afirmar que esta misma situación se reproduce en el resto de regiones de nuestro país.

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 úlceras por presión, 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 úlceras por presión, cuidados de UPP, entre otros) que viven aislados física y conceptualmente de la única y multidisciplinaria, 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 Sanidad²²² 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 asistencial²²³

Siempre que sea posible es recomendable incluir registros fotográficos de las úlceras por presión 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^{224, XX}. A la luz de este criterio, si se considera que la incorporación de registros fotográficos de úlceras por presión 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^{XXI}. 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^{XXII} cuando a la historia clínica accedan personal no sanitario que no esté sujeto a un deber de secreto. En este sentido, es aconsejable 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 aceptación²²³

^{XX} 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.

^{XXI} El centro.

^{XXII} De acuerdo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Las úlceras por presión como causa de Ingreso hospitalario

“Yo he sufrido, como seguro algunos más de los presentes, ..., con cara descompuesta y sin palabras que decir a los familiares..., como me han devuelto pacientes desde servicios de urgencias porque eran viejos y tenían úlceras...”

Por norma las úlceras por presión no son consideradas como causa directa de ingreso hospitalario en ninguna guía de práctica clínica. Como se ha visto en una de las sentencias recogidas en el capítulo de resultados^{xxiii}, 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 dérmico 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 úlceras por presión, una expresión más del deterioro. La muerte puede sobrevenir por esta desordenada suma de problemas.

Sería muy 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 diezmadas. En líneas precedentes y a tenor de los resultados encontrados en relación con la antigüedad, Estadio y grupos de edad de los pacientes con UPP, se abría un interrogante sobre posibles desigualdades en el acceso de los servicios hospitalarios para personas muy mayores y muy lastimadas por estos procesos.

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

^{xxiii} Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Sala Social) de 22 de junio de 1993.

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 de pacientes con úlceras por presión

“¿Y quien de nosotros no ha recibido a pacientes ulcerados desde el hospital sin referencia escrita en el informe?”

“Con que cara dura te devuelven al paciente a la residencia con úlceras muy profundas, con tejido necrótico, signos de infección... sin haberle metido mano... “

La presencia de úlceras por presión 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 mediante 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 hemos visto uno de los casos de enjuiciamiento en el que ni los peritos judiciales ni el juzgador llegan a reprochar al centro hospitalario el alta del paciente con una úlcera por presión generada en el propio centro en situación evolutiva de grado III, con escara necrosada de 3 cm. sin signos de infección^{xxiv}

El grupo de discusión aportó referencias verbales, no documentadas, de negativas por parte de cuidadores familiares a recibir el alta o traslado de su familiar a otros centros, el cual ha desarrollado una úlcera por presión 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, se entiende que 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.

^{xxiv} Auto nº 177/2005 de la Sección 6ª (Penal) de la Audiencia Provincial de Barcelona, de 21 de marzo.

La prescripción enfermera en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión

“En el caso del tratamiento de las úlceras por presión, especialmente en el medio domiciliario y residencial, las enfermeras llevan las riendas y sin embargo, creo que estamos desamparados legalmente hablando...”

“Si esto no se soluciona, nos tendremos que negar a decidir por nuestra cuenta como hasta ahora...”

“Por puros principios, yo no pasaré por aceptar indicaciones de especialistas que vuelvan años atrás en las formas de hacer ...”

La actualidad despertada en los últimos meses, en torno a la prescripción enfermera, llega claramente a este grupo de discusión, haciéndose eco de la preocupación y 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^{225, XXV}

Es manifiesto, y así quedo constatado con rotundidad por este grupo que la prescripción enfermera en el ámbito del cuidado de las úlceras por presión y de otras heridas crónicas en nuestro país es una práctica *“arraigada, consentida, aplaudida y practicada desde hace años”*²²⁶, aún cuando todavía no esté contemplada en el actual marco legal.

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

^{XXV} Art. 77.1: *“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”.*

ilegalidad, a diferencia de los profesionales enfermeros anglosajones, 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 úlceras por presión, 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 alusión ciertamente soliviantada por parte de algunos miembros del grupo llevaba a 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 úlceras por presión 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.²²⁷ 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 tal²²⁸

El análisis de la animada y categórica intervención del segundo grupo de discusión propuesto, no dejó, según su criterio, espacio a conjeturas.

Las intervenciones metodológicas para conducir este grupo apenas fueron precisas, dado que la apertura del proceso de debate se encauzó en poco tiempo, tal vez por la dinámica de funcionamiento aprendida como grupo estable, a pesar de tener una práctica extemporánea como comisión ética y deontológica de la organización colegial de enfermería en La Rioja.

En un planteamiento ético-racional (no emotivista, ni utilitarista), el conocimiento de los profesionales de la evitabilidad masiva (casi de la totalidad de los casos) de las úlceras por presión con adecuadas medidas preventivas, y su no implementación, o no de la forma adecuada, hasta posibilitar la aparición de una úlcera por presión, además de la responsabilidad legal, ya comentada, amenaza algunos de los principios bioéticos, otros principios éticos y morales que rigen en el ser humano de forma universal, y los derechos humanos, con una dote añadida de complejidad, al tratarse en muchos casos, de personas mayores, donde las consideraciones éticas van a participar de una sutil especificidad.

A pesar de que en la actualidad al tratar temas relacionados con el entorno de las ciencias de la salud, los principios bioéticos tienen preponderancia, en este grupo de debate afloraron algunos principios éticos que pudieran verse conculcados por la pasividad o permisividad expresada en la aparición de úlceras por presión en personas, especialmente mayores, alojadas en centros asistenciales.

Entre los principios éticos señalados por Thiroux²²⁹, interdependientes y aplicables en cualquier situación, analizados por el grupo, el principio del valor de la vida puede verse vulnerado ante una situación, como la que nos ocupa, en la que el desarrollo negligente de úlceras por presión puede poner en peligro seriamente la vida.

Este principio ético, enunciado habitualmente el primero en muchos manuales²³⁰ por ser lo único que tenemos en común todos los seres humanos, se vive de manera diferente por cada persona, no debiendo significar que la vida es vida “*a toda costa*”, ni tampoco que la cantidad debe colocarse antes que la calidad, pero su respeto, el valor de la vida, incluso la consideración de qué es una vida buena o no la disfrutada es muy complejo de análisis como dilema moral, puesto que las cuestiones bueno, correcto, justicia, verdad y libertad personal son valoradas de forma diferente en clara sintonía con nuestros valores básicos y también la de la persona que está a nuestro cuidado. Sin perder de vista que la vida no es ilimitada, debe venerarse la vida, e impedir ponerla en peligro, y estas lesiones, claramente la ponen.

El principio de lo bueno y lo correcto, también tuvo su desgaste ante el planteamiento propuesto al grupo. Este principio, básico en ética, no debería ser abstracto, y en el campo del cuidado, en situaciones en que no es posible hacer directamente el bien, como acción principal, se puede aportar a la consecución de este principio, no haciendo el mal. El principio de lo bueno y lo correcto reclama, como apuntan varios autores²³⁰⁻²³², promocionar la bondad por encima de la maldad, no causar daño ni malestar e impedir el malestar y el daño. La no evitación de úlceras por presión, a sabiendas de cómo hacerlo, y las trascendentes y lesivas consecuencias de las mismas, confirman el atentado a este principio, que puede ser previo al resto de los principios de la ética.

Entre aquellos principios éticos enunciados por Thiroux²²⁹ y utilizados como guión no pactado por el grupo de debate, el principio de justicia e imparcialidad también tuvo su presencia, partiendo de no poder ser buenos, sin ser justos e imparciales.

La imparcialidad debe materializarse en función de aquellos que han demostrado merecer o necesitar. En caso de una gran parte de la población gerontológica, ámbito específico de esta investigación, la cuestión de la necesidad es casi exclusiva, ya que se supone siempre el requerimiento de un tratamiento particular (preventivo o terapéutico en el caso de las úlceras por presión) de quienes tienen esa particular situación de necesidad.

Es reseñable en este análisis, lo impactante de un hecho extrapolable al caso de la afectación de algunos pacientes de úlceras por presión por no tener recursos humanos o materiales para su prevención, planteando *¿quién decide quien vive o pone en peligro su supervivencia?*. La manera justa y equitativa de determinar quien se beneficia de esa limitación de recursos pudiera conducir en justicia al sorteo, que no discriminaría en base a la edad o la situación de salud.

Al igual que el principio de lo bueno y correcto el de igualdad es muy difícil de aplicar, y cuando nos enfrentemos con la imposibilidad de respetarlo, se deberá esforzar en como mínimo, no provocar daño.

Desde la década de los setenta, los principios éticos básicos referidos al ámbito sanitario se plantean como principios bioéticos²³³, surgiendo de la necesidad de tener una guía que ayude a los profesionales a tomar la mejor decisión. Los principios bioéticos son una respuesta a las nuevas posibilidades de diagnóstico y tratamiento que el avance científico y técnico han hecho factible, ocupándose la bioética, de analizar las diversas perspectivas que puede tener una misma situación desde los valores humanos implícitos en ella, tratando de proporcionar a los profesionales elementos de reflexión ética para que cualquier situación profesional se desarrolle desde la buena praxis profesional, tanto si plantean conflictos de valores o no²³⁴

La tradición sanitaria y sociosanitaria ha considerado muy a menudo al enfermo y al anciano, como sujeto incapaz, ha tomado las decisiones y ha llevado a cabo las acciones “*pensando*” en ellos, pero a menudo “*sin ellos*”. Este modelo biologista ha imperado como base de la buena práctica profesional y aún sigue presente en mayor o menor medida en los ámbitos sanitarios y sociales.

El protagonismo cada vez más creciente de los ciudadanos en los aspectos concernientes a su propia vida, ha ido dando paso a posturas más democráticas y de consenso, habiendo reformulado en la actualidad el concepto de buena atención

sanitaria, pero considerando que no se ha alcanzado esas cotas en el ámbito de atención sanitaria o social cuando se trata de una persona mayor o muy mayor.

La enfermedad, incapacidad, deficiencia..., especialmente la vejez, no justifican incapacitarlos para tomar decisiones sobre su vida, aún cuando la toma de decisiones, en esas circunstancias puede ser más difícil. Ello supone que, si cabe, hay que ser más considerados con la autonomía de la persona y hay que estar más alerta sobre su posible vulneración.

Disponer de criterios de valoración lo más objetivos posible para poder determinar el grado y el tipo de incapacidad del anciano; y en las situaciones de enfermedad y/o de vida en las que su autonomía esté limitada considerar que la incapacitación nunca debe suponer la negación de la persona, y que por tanto aunque el anciano no pueda decidir algunos aspectos de su cuidado o su tratamiento, ello no implica que la relación que haya que establecer sea paternalista que no le permita seguir siendo él mismo. La incapacitación nunca es total y depende del buen hacer profesional que la dignidad de la persona se mantenga lo mejor posible sea cual sea su problema de salud.

El principio de autonomía está basado no tanto en el ser autónomo como en la capacidad de las personas para hacer elecciones y tomar decisiones autónomas²³⁰

En el escenario concreto definido en este trabajo, sobresale la idea de que la responsabilidad profesional pasa por considerar que cualquier decisión de cuidados debe tener como objetivo preservar, potenciar y defender el bien del anciano. La autonomía supone el respeto a las personas^{235,236} y ello implica como mínimo que las personas ancianas deben ser tratadas como agentes autónomos y que aquellos que tienen disminuida su autonomía tienen el derecho a la protección.

La negligencia, como lesión del derecho a la salud y como consecuencia el desarrollo de una o varias úlceras por presión, conculca el principio bioético de autonomía, al desprotegerlo.

Como señala Diego Gracia²³³, mediante *“la progresiva definición de las figuras jurídicas de la imprudencia, la impericia, la negligencia y la coacción, el paciente va cobrando su propia autonomía”*. A través de esta formulación en términos de derecho, el desarrollo del principio de autonomía adquiere una formulación más precisa.

El Informe Belmont²³⁶ establece que las personas son tratadas de una forma ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar, siendo dos las expresiones que acompañan a

esta afirmación: no hacer daño y extremar los posibles beneficios, minimizando los posibles riesgos.

El principio de la beneficencia supone actuar persiguiendo el mejor bien para el individuo, comprometiendo a los profesionales a disponer de conocimientos suficientes para poder plantear las acciones de cuidados pensando en el bien de la persona, discutiendo igualmente el concepto de paternalismo tan arraigado en el caso de los más mayores de nuestra sociedad en el ámbito sanitario y sociosanitario creyendo que no pueden, por la propia enfermedad y la vejez, decidir sobre si mismos, y se ha considerado que esa decisión debía recaer en los profesionales sanitarios, que son los que saben científicamente, con el beneplácito de las familias.

Este principio alerta sobre el citado paternalismo, tan arraigado en el ámbito médico, y plantea la conexión del buen hacer profesional con la autonomía del enfermo y con el consentimiento informado²³⁷, en entredicho el primero y habitualmente inexistente el segundo, en el ámbito de la atención gerontológico frente a las úlceras por presión.

Anclado en el propio principio de beneficencia para algunos autores²³⁴, el principio de no maleficencia, trata de no dañar a la persona.

La no maleficencia, en nuestro espacio gerontológico, es el trabajo desde la buena práctica profesional. Mantener la seguridad física y psicológica del anciano y prevenir posibles alteraciones, lesiones, como parte básica de este principio, que queda lesionado cuando se permite la aparición de una úlcera por presión.

La no maleficencia ha de dictar lo qué hay que plantearse para no hacerlo mal, siendo para ello imprescindible disponer de estándares de cuidados, de formación suficiente, de criterios, únicos aliados en la prevención de estas lesiones.

El principio de justicia, dice Pilar Antón²³⁰, supone razonar los cuidados de forma meticulosa para poder valorar cómo y en función de qué se están llevando a cabo. La premisa del cuidado justo estriba en racionalizar la atención en función de las personas a las que se dirige. La justicia, por tanto, se pudiera considerar, hace referencia a la distribución equitativa de recursos.

La justicia se define como principio para la organización sanitaria y sociosanitaria en general, para las instituciones o centros en concreto²³⁴ y recuerda que el anciano es el centro de la organización.

La ética y la bioética tratan de defender al débil, a las personas que por su situación personal requieren una mayor atención de la sociedad. A menudo el anciano, y más el anciano enfermo, es esa persona débil, que requiere la utilización de recursos, y disponer o no de ellos es esencial para la vida del anciano, como puede ser ante la prevención o tratamiento adecuado de sus úlceras por presión, por lo que, puede desprenderse que la mayoría de acciones de cuidado también pueden considerarse como facilitadoras o no de justicia.

En sintonía con la definición que propone la Organización Mundial de la Salud en la conocida como Declaración de Toronto²³⁸ para la prevención global del maltrato en las personas mayores: “... acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”, el grupo de discusión, valoró el desarrollo de úlceras por presión en el anciano institucionalizado, en muchos casos, como fórmula o expresión de maltrato.

Como se apuntó en la introducción, el eco de voces nacidas en EE.UU. y Reino Unido entre otros países, a favor de incluir las úlceras por presión entre los biomarcadores forenses que determinan si se ha producido maltrato o abuso en los pacientes ancianos^{xxvi 153} ha llegado a nuestro escenario²³⁹. Como el propio grupo de discusión apreció, se ha de cuestionar aquí también que su presencia en el anciano, puede constituir en algunos casos una conducta reprobable desde un punto de vista legal y ético como maltrato.

El hecho de permitirse el desarrollo de una úlcera por presión 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 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, como es el caso del grupo de los mayores de nuestra comunidad, una vulneración de normas internacionales tales como

^{xxvi} “El uso de biomarcadores forenses nos puede 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.

la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948²⁴⁰ ^{XXVII} y el Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950²⁴¹ ^{XXVIII}

También conculca nuestra Constitución²⁴², 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^{XXIX}; y nuestro Código Penal, pudiendo encuadrarse en los artículos 153 o 173 como delito de maltrato^{XXX} 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^{XXXI}. 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 de 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).

^{XXVII} Artículo 5: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

^{XXVIII} Artículo 3: “Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”

^{XXIX} 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. (...)”

^{XXX} 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 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.”

^{XXXI} Del artículo 620.2º del Código Penal: “Serán castigados con la penal de multa de diez a veinte días: (...) 2º Los que causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve”.

Se hace obligado acoger el criterio de la comunidad científicolegal del Reino Unido¹⁵¹ y EE.UU¹⁵³ - al considerar que el permitir la aparición de úlceras por presión, 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.

Respecto a los escasos pronunciamientos judiciales hallados en relación con las UPP en el territorio español, es preciso considerar que una posible limitación en la recuperación de estas sentencias, puede venir determinada por la estrategia de búsqueda utilizada. El Repertorio Aranzadi recoge un resumen del texto completo de las sentencias, por tanto, es posible que en algunas de ellas se hayan podido obviar alguno de los términos empleados en la búsqueda.

En una dimensión más cronológica, no podemos perder de vista que sólo podemos obtener procesos judiciales finalizados en la recuperación de la información sobre sentencias. Seguramente, como ha ocurrido en otros países, en la actualidad hayan muchos más procesos en curso, cuyas sentencias aún no han visto la luz.

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 con esta parte del trabajo, permitiéndonos confirmar el creciente aumento de reclamaciones judiciales relacionados con la prevención y tratamiento de úlceras por presión, sin todavía aproximarse, por entidad numérica y de sanciones impuestas, a lo que viene sucediendo en otros países de nuestra área de influencia^{149,150}, aun y cuando en muchos de éstos, también sufren de la eterna secundarización de estos procesos.

A pesar del creciente número de sentencias que hacen mención a las úlceras por presión, 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 que siguen considerando las úlceras por presión como un problema menor, de escasa trascendencia y lo que es más grave, inevitable, consignando escasamente su presencia en los informes clínicos o certificados de defunción 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 úlceras por presión (incluida la muerte por esa causa). No ven como prácticas punibles los no ingresos por presentar úlceras por presión 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 post-graduados, 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**.

Se ve la conveniencia, desde las sociedades científicas, al tiempo que alimentar la consideración en su justa medida de estos procesos, poner a disposición de la judicatura peritos cualificados en esta materia.

Como ya se apuntó en la introducción, Pam Hibbs, 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.

Reconociendo hoy toda su vigencia, como hemos tratado de demostrar en este trabajo, se debería aumentar su acepción con un nuevo adjetivo que acompañara 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 2003²⁴³, 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 alturas, 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, pero apoyándonos en el más sentido estricto de esta nomenclatura, con la distancia entre ellas que dicta la sensatez, a la vista de las proporciones alcanzadas en el más absoluto silencio que hemos perseguido mostrar en este trabajo de tesis, en connivencia con responsables sanitarios y sociales y la ciudadanía en general, podemos considerar a las úlceras por presión en nuestro entorno gerontológico como una clásica epidemia desatendida: sabemos sus causas y la forma de prevenir casi la totalidad de los casos.



7. CONCLUSIONES

En términos generales, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos en el análisis de cuatro importantes componentes del “*problema*” de las úlceras por presión (UPP) en el ámbito gerontológico de este país -epidemiología, costes, repercusiones éticas y legales- han hecho posible modelar con una elevada precisión, la dimensión real de estas lesiones.

En relación con la epidemiología de las úlceras por presión en España. Resonancia en la población mayor

1. Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante Problema de Salud que afecta con especial ensañamiento, por mayor frecuencia y repercusiones, a los mayores de nuestra Sociedad. Entre 48.000 y 85.000 pacientes mayores de 65 años con úlceras por presión son atendidos diariamente en España. De éstas, más del 65% son mujeres.
2. Las cifras de prevalencia media de úlceras por presión encontradas en los diferentes niveles asistenciales son afines con las halladas en anteriores estudios realizados en España. Los resultados epidemiológicos en el estrato de los mayores en España apenas han podido ser comparados por la escasez y variabilidad de los estudios.
3. Cerca de la mitad de todas las personas mayores con úlceras por presión permanecen en sus domicilios atendidos por los equipos de atención primaria. Más de un sesenta por ciento de estas lesiones se han producido en el propio domicilio y son las de mayor severidad.
4. Entre el 80% y el 90% de los pacientes mayores con úlceras por presión son incontinentes, más frecuente en mujeres. Aumenta su frecuencia con la edad, siendo la zona sacra la localización de lesiones más frecuente. En los centros socio-sanitarios se da el mayor volumen de coincidencia de pacientes mayores con úlceras por presión e incontinencia mixta (hasta en un 68,1%) y en este nivel asistencial, las cifras se igualan por sexos a partir de los setenta y cinco años.
5. En las unidades de hospital se encuentran los pacientes mayores con lesiones de menor severidad (el 68% de lesiones son de Estadio I y II), antigüedad (entre 41 días para lesiones Estadio I y 135 para Estadio IV) y recurrencia (sólo el 15,4 %), quizá debido a la corta estancia de los pacientes (lo que redundaría negativamente en los otros niveles asistenciales donde son derivados) o por la resistencia a ingresos en casos de personas muy mayores, frágiles o vulnerados.

6. En los centros sociosanitarios se encuentran los pacientes con úlceras por presión de mayor edad (sobrepasando los 81 años), siendo entre ellos las mujeres las que más lesiones presentan y de mayores estadios y sobresaliendo que el grupo de los más mayores entre los mayores son los que presentan lesiones más severas.

En relación con la repercusión económica del tratamiento de las úlceras por presión en España

7. El coste de tratar las úlceras por presión en España a 2005 supone un importante desembolso para el sistema sanitario y de bienestar social, estimado entre 461 y 602 millones de euros anuales. El 90% del mismo se puede atribuir directamente a la población anciana de este país.
8. La atención sociosanitaria atiende a un tercio de los pacientes con úlceras por presión y sin embargo el costo en este nivel representa el 51% del total, condicionado directamente por la prolongación en el tiempo de las estancias en ese nivel debido a estas lesiones.
9. Tres cuartas partes del coste total del tratamiento de las úlceras por presión está relacionado con la prolongación en el tiempo de estancias extras de estos pacientes tanto en hospitales (supone un 44,6% del costo total) como en centros socio-sanitarios (un 21,6 %).
10. El coste de los materiales empleados en el tratamiento de las úlceras por presión (apósitos, otros materiales de cura y antibióticos) (14,6%) y del tiempo de enfermería empleado en el tratamiento (19,2%) representan una parte minoritaria del coste total. El gasto en materiales por paciente es más bajo en el caso de cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.
11. En términos económicos, en comparación con otros problemas de salud tradicionalmente más conocidos y considerados por el sistema sanitario y la sociedad en general (SIDA, diabetes), el tratamiento anual de las úlceras por presión en España es superior.

En relación con las consideraciones legales y éticas relacionadas con las úlceras por presión en el ámbito gerontológico y contexto español

12. La falta de protocolos de actuación preventiva y terapéutica de las úlceras por presión 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.
13. La escasez manifiesta en muchas instituciones de materiales mínimos y “precisos” para la prevención y tratamiento de úlceras por presión hipotecan la efectividad de los programas preventivos y terapéuticos y aumentan notablemente las posibles reclamaciones judiciales. La responsabilidad por falta de material adecuado en este ámbito, recaerá a priori sobre la institución, pero el carecer de medios no exime de responsabilidad al personal salvo que pueda demostrar fehacientemente, que ha puesto todos los medios para que se resuelvan las deficiencias que haya podido observar en su ejercicio.
14. La historia clínica opera como importante medio de prueba de diligencia en los casos en que se han seguido por parte de los profesionales los protocolos de forma adecuada y el diagnóstico y el tratamiento se corresponde con la *Lex Artis Ad Hoc*, y a la inversa, como un importante medio de prueba de negligencia cuando no se ha seguido este procedimiento, no se ha informado al paciente o no se ha prestado o anotado el debido consentimiento.
15. Es recomendable incluir registros fotográficos de las úlceras por presión para facilitar su seguimiento y de derivarse, durante el procedimiento judicial, facilitar la misión de los peritos y acercar la dimensión de lo acontecido al juez. Debe realizarse previa verificación del correcto cumplimiento del principio de calidad y consentimiento y podrá adjuntarse y permanecer en la historia clínica.
16. Las úlceras por presión no son consideradas como causa directa de ingreso hospitalario en ninguna guía de práctica clínica. A menudo son los problemas de deterioro global en los ancianos, fragilidad o dependencia, los argumentados para motivar el ingreso. El conocimiento de la verdadera entidad de estas lesiones puede conducir en el futuro a reconsiderar esta práctica.
17. La presencia de úlceras por presión 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, antes de derivar a otro nivel asistencial.

18. La negligencia, como lesión del derecho a la salud, y como consecuencia, el desarrollo de una o varias úlceras por presión, conculca el principio bioético de autonomía, al desprotegerlo. Permitir su desarrollo o un abordaje inadecuado puede contra-venir los principios de no maleficencia y de beneficencia que supone actuar persiguiendo el mejor bien para el individuo, discutiendo el concepto de paternalismo tan arraigado en su proyección hacia los más mayores de nuestra sociedad en el ámbito sanitario y socio-sanitario.
19. En sintonía con la definición que propone la OMS en la conocida como Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato en las personas mayores, el desarrollo de úlceras por presión en el anciano institucionalizado, en muchos casos, debe contemplarse como fórmula o expresión de maltrato y una clara vulneración de normas internacionales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y también conculca nuestra Constitución en su artículo 50.
20. Son escasos los pronunciamientos judiciales en relación con las úlceras por presión hallados en el territorio español a fecha de hoy, pero se confirma el creciente aumento de reclamaciones judiciales relacionadas con la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en los últimos años.
21. Las sentencias que declaran con rotundidad una deficiencia en los cuidados, negligencia o mala praxis como responsable del desarrollo de úlceras por presión son simbólicas y las condenas e indemnizaciones muy pobres. El espíritu de devaluación que viven estos procesos en nuestro medio, considerándolas de escasa trascendencia e inevitables, parece trasladarse a la judicatura, especialmente en las figuras de forenses y peritos que no proyectan en sus intervenciones, tal vez por desconocimiento o excesivo corporativismo, las verdaderas repercusiones y fatales consecuencias que pueden acompañar a estas lesiones.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Staab AS; Hodges LC. Enfermería Gerontológica. México: McGraw- Hill Interamericana; 1997. Cap.13 "Problemas de piel, pelo y uñas", 191-194.
2. Ersser S, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the inter relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(7): 823-35.
3. Gilcrest BA. Dermatologic disorders in the elderly. In: Rossman I (ed). *Clinical Geriatrics* (3ª ed). Philadelphia: J.B. Lippincott; 1986.
4. Fenske NA; Lober CW. Skin changes of ageing: Pathological implications. *Geriatrics* 1990; 45(3):27-32.
5. Balin AK. Aging of human skin. In: Hazzard WR; Andrés R; Bierman EL; Blass JP (ed). *Principles of geriatric medicine and gerontology* (2ª ed). New York: McGraw-Hill; 1990.
6. Rickey ML; Rickey HK; Fenske NA. Age-related skin changes: development and clinical meaning. *Geriatrics* 1988; 43(4):49-64.
7. Torres MP. La enfermedad en el anciano. En: García M; Torres MP. *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEKG; 1999.
8. Bliss M; Simini B. When are the seeds of postoperative pressure sores sown; *British Medical Journal* 1999; 319: 863-864.
9. Bliss M. Hyperaemia. *Journal of Tissue Viability* 1998; 8(4):4-13.
10. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
11. Instituto Nacional de Estadística; Fundación Once. Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: INE; 2002.
12. Hunt TK, Van Winkle W: Normal repair. In: Hunt TK, Dunphy JE (eds): *Fundamentals of Wounds Healing*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1979; 2-67.
13. The Inquirer. What are the comparative advantages of the different modes proposed for the treatment of ulcerated legs?. *Edinburg Med Surg J* 1805; 1:187-193.
14. De Beauvoir, S. *La Vejez*. Barcelona: Edhasa; 1983.
15. Martínez F, Soldevilla JJ. El cuidado de las heridas: evolución histórica (1ª parte). *Gerokomos* 1999; 10(4):182-192.
16. Rowling JT. Pathological changes in mummies. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1961; 54:409-415.

17. Rijswijk VL. 2. Epidemiology. En: Morison MJ Ed. The prevention and treatment of pressure ulcers. Edinburgh: Mosby; 2001.
18. Defloor T. The risk of pressure sores: a conceptual scheme. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8:206-216.
19. Levine ME. Historical notes on pressure ulcers: The cure of Ambrose Paré. *Decubitus* 1992; 5:23-26.
20. Haberdern W. Some account of a contrivance which was found of singular benefit in stopping the excoriation and ulceration consequent upon continued pressure in bed. *Medical Transactions of the College of Physicians. London, 1815; 5:39-40.*
21. Parish LC, Witkowski JA, Crissey JT. Bedsore over the centuries. En: Parish LC, Witkowski JA, Crissey JT (eds). *The decubitus ulcer in clinical practice. Berlin: Springer Verlag;1997.*
22. Nightingale F. *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Masson, S.A.;1999.*
23. Munro D. Care of the back following spinal-cord injuries: A consideration of bed sores. *New England Journal of Medicine* 1940; 223(11): 391-398.
24. Dealey C. *Managing pressure sore prevention. Salisbury: Quay Books, Mark Allen Publishing Ltd.; 1997.*
25. Levine ME. *Introduction to Clinical Nursing, ed. 2. Philadelphia: FA Davis; 1973.*
26. 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 Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32(5):302-6.
27. Shea JD. Pressure sores: classification and management. *Clin Orthop Relat Res* 1975; (112):89-100.
28. European Pressure Ulcers Advisory Panel. Guidelines on treatment of pressure ulcers. *EPUAP Review* 1999; 1(2):31-3.
29. García Fernández, FP; Ibars Moncasi P; Martínez Cuervo F; Perdomo Pérez E; Rodríguez Palma M; Rueda López J; Soldevilla Agreda, JJ; Verdú Soriano J. *Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006.*
30. Defloor T. The risk of pressure sores: a conceptual scheme. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8:206-216.
31. Groth KE. *Klinische beobachtungen und experimentelle studien über die entstehung des dekubitus. Acta Chir Scandín* 1942; 97(sUPPI 76): 1-209.

32. Husain T. An experimental study of some pressure effects on tissues with reference to the bed-sore problem. *J Bacter Pathol* 1953; 66: 347-358.
33. Kosiak M. Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Arch Phys Med Rehab* 1959; 40:61-9.
34. Kosiak M. Etiology of decubitus ulcers. *Arch Phys Med Rehab* 1961; 42:19-29.
35. Schut GL. *Diagnose: Decubitus*. Amsterdam, VU Uitgeverij, 1982.
36. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehab Nurs*. 1987; 12(1):8-16.
37. Ribbe MW, Van Marum RJ. Decubitus: Pathophysiology, clinical symptoms and susceptibility. *J Tissue Viab* 1993; 3(2): 42-7.
38. Soldevilla JJ. *Guía Práctica en la Atención de las Úlceras de Piel*. 4^a ed. Madrid: Masson. 1998.
39. Barton A, Barton M. *The management and prevention of pressure sores*. Londres: Faber & Faber, 1981.
40. Landis EM. Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. *Heart* 1930; 15: 209-28.
41. Ek AC, Gustavsson G, Lewis DH. The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage. *Scand J Rehab Med* 1985;17:81-6.
42. Le KM, Madsen BL, Barth PW, Ksander GA, Angell JB, Vistnes LM An in-depth look at pressure sores using monolithic silicon pressure sensors. *Plast Reconst Surg* 1984; 74(6):745-54.
43. Exton-Smith AN, Sherwin RW. The prevention of pressure sores. Significance of spontaneous bodily movements. *Lancet* 1961;18: 1124-6.
44. Sherwin RW, Exton-Smith AN. An apparatus for recording movement of patients in bed. *Lancet* 1961; 18:1126-7.
45. Mayrovitz HN, Smith J, Delgado M, Regan MB. Heel blood perfusion responses to pressure loading and unloading in women. *Ostomy Wound Manag* 1997; 43(7):16-26.
46. Bliss MR. Hyperaemia. *J Tissue Viab* 1998; 8(4):4-13.
47. Schmid-Schoebein H. Development of decubitus ulcers. Part I, theory. *European Hospital* 2000; 9 (4/00):12-3.
48. Baisch FJ. Development of decubitus ulcers. Part II Physical and biological facts. *European Hospital* 2000; 9 (4/00):13-17.

49. Phillips J. Pressure Sores. Access to Clinical Education. Churchill Livingstone. London. 1997.
50. Bridel J. The aetiology of pressure sores. *J Wound Care* 1993; 2(4):230-238.
51. Coleridge Smith PD. Oxygen, oxygen free radicals and reperfusion injury. En: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG (eds). *Chronic wound care: A clinical source book for health care professionals*, Third edition. Wayne, PA: HMP Communications, 2001: 536-571.
52. Nixon J. The pathophysiology and aetiology of pressure ulcers. En: Morrisom MJ. *The prevention and treatment of pressure ulcers*. Edinburgh: Mosby, 2001: 17-36.
53. Pugliese PT. The skin, free radicals, and oxidative stress. *Dermatol Nurs* 1995; 7(6):361-9.
54. Van Marum RJ, Meijer JH, Ooms ME et al. Relationship between internal risk factors for development of decubitus ulcers and the blood flow response following pressure load. *Angiology* 2001; 52(6):409-16.
55. James TJ, Hughes MA, Cherry GW, Taylor RP. Evidence of oxidative stress in chronic venous ulcers. *Wound Repair Reg* 2003; 11 (3):172-6.
56. Houwing R, Ovregoor M, Kon M et al. Pressure induced skin lesions in pigs: reperfusion injury and the effects of vitamin E. *J Wound Care* 2000; 9 (1):36-40.
57. McCord JM. Oxygen- derived free radicals in postischemic tissue injury. *N Engl J Med* 1985; 312:159-163.
58. Barber, D.A. and S.R. Harris, Oxygen free radicals and anti-oxidants: a review. *Am Pharm* 1994; 34:26-35.
59. Baumgarten M, Margolis D, Berlin JA et al. Risk factors for pressure ulcers among elderly hip fracture patients. *Wound Repair Regen* 2003; 11(2):96-113.
60. Versluisen M. How elderly patients with femur fractures develop pressure sores in hospital. *British Medical Journal* 1986; 292(17 May):1311-1313.
61. Boyle M, Green M. Pressure sores in intensive care: defining their incidence and associated factors and assessing the utility of two pressure sore risk assessment tools. *Aust Crit Care* 2001; 14(1): 24-30.
62. Sanada H, Nagakawa T, Yamamoto M. The role of skin blood flow in pressure ulcer development during surgery. *Adv Wound Care* 1997; 10(6):29-34.
63. Lewicki LJ, Mion L, Splane KG et al. Patient risk factors for pressure ulcers during cardiac surgery. *AORN J* 1997; 65(5):933-42
64. Towler J. Cigarette smoking and its effects on wound healing. *J Wound Care* 2000; 9(3):100-104.

65. Goodson WH, Hunt TK. Wound healing and the diabetic patient. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 149:600-608.
66. McMurry JF. Wound healing with diabetes. Better glucose control for better wound healing in diabetes. *Surg Clin North Am* 1984; 64 (4):769-778.
67. Meyer JS. Diabetes and wound healing. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1996; 8(2):195-201.
68. Stordeurs S, Laurent S, d'Hoore W. The importance of repeated risk assessment of pressure sores in cardiovascular surgery. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1998; 39 (3):343-9.
69. Keller BP, Wille J, van Ramsshort B et al. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med* 2002; 28(10):1379-1388.
70. Batson S, Adam S, may G, Quirke S. The development of a pressure area scoring system for critically ill patients: a pilot study. *Intensive Crit Care Nurs* 1993; 9:146-151.
71. Editorial: Prevención de las úlceras por decúbito. *The Lancet (ed. esp.)* 1990; 17(4):214-6.
72. Nazarko L. Nutritional problems in nursing homes. *Nursing Standard* 1993. 7(27):33-35.
73. Anónimo. Prevention of pressure sores. *Nutritional Support Assessment, intervention and management*. Luton: Huntleigh Healthcare, 1995.
74. Bahl SM. Nutritional considerations in wound management. En: Gogia PP. *Clinical wound management*. Thorofare, Slack, 1995.
75. Breslow R. Nutritional status and dietary intake of patients with pressure ulcers: Review of research literature 1943 to 1989. *Decubitus* 1991; 4(1):16-21.
76. Breslow RA, Bergstrom N. Nutritional prediction of pressure ulcers. *J Am Diet Assoc* 1994; 94(11):1301-6.
77. Crusse JM, Lewis RE, Dilioglou S et al. Review of immune function, healing of pressure ulcers, and nutritional status in patients with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2000; 23(2):129-35.
78. Fife C, Otto G, Capsuto EG et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care Unit *Crit Care Med* 2001; 29 (2):283-90.
79. Green SM, Winterberg H, Franks PJ, Moffatt CJ, Eberhardie C, McLaren S. Nutritional intake in community patients with pressure ulcers. *J Wound Care* 1999; 8(7):325-30.
80. Herman LE, Rothman KF, Prevention, care and treatment of pressure (decubitus) ulcers in intensive care units. *J Intensive Care Med* 1989; 4:117-23.
81. Lewis BK. Nutrition and age in the aetiology of pressure ulcers. *J Wound Care* 1997; 6(1):41-2.

82. Lewis BK. Nutrient intake and the risk of pressure sore development in older patients. *J Wound Care* 1998; 7(1):31-35.
83. Matsuyama N, Takano K, Mashiko T et al. The possibility of acute inflammatory reaction affects the development of pressure ulcers in bedridden elderly patients. *Rinsho Byori* 1999; 47(11):1039-45.
84. Makeda T, Koyama T, Izawa Y, Makita T, Nakamura N. Effects of malnutrition on development of experimental pressure sores. *J Dermatol* 1992; 19(10):602-9.
85. McLaren S, Green S. Nutritional factors in the aetiology, development and healing of pressure ulcers. En: Morison MJ. *The prevention and treatment of pressure ulcers*. Edinburgh: Mosby, 2001.
86. Martínez E, Arlandis S, Ruiz J, Burgués J, Jiménez J. Epidemiología de la incontinencia urinaria. *Doyma Newsletters* 2002; 2.
87. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(3):292-5.
88. Ekelund P, Grimby A, Milsom I. Urinary incontinence. Social and financial costs high. *BMJ* 1993; 306(6888):1344.
89. Suárez F. Impacto de la incontinencia urinaria en el mayor. En: Libro de Actas 1 Jornada sobre Incontinencia Urinaria. Gijón: SEEGG, 2005.
90. Nix D, Ermer-Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50 (12):59-67.
91. Shannon ML, Skorga P. Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. *Decubitus* 1989; 2(4):38-43.
92. Allman RM. Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1986; 105:337-42.
93. Ersser S, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical review of the inter relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(7):823-35.
94. Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. National Corporation for the care of old people. London: Churchill Livingstone, 1962.
95. Gosnell DJ. An assessment tool to identify pressure sores. *Nurs Res* 1973; 22(1):53-9.
96. Fuentelsaz Gallego C. Validación de la escala EMINA: Un Instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 2001; 11(3):97-103.

97. Ek A, Bowman G. A descriptive study of pressure sores: The prevalence of pressure sores and the characteristics of patients. *J Adv Nurs* 1982; 7(1):51-7.
98. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36(4):205-10.
99. Waterlow J. A risk assessment card. *Nurs Times* 1985; 81(49):51-5.
100. 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 Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32(5):302-6.
101. Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Arboix M. Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª ed. Madrid: SPA 2004:183-196.
102. Shea JD. Pressure sores. Classification and management. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1975; 112:89-100.
103. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, Lyder C, Witherow A. EPUAP Review 2005; 6(3):81-85
104. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). *Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión*. Logroño 2003.
105. Clark M (ed). *Pressure ulcers: recent advances in tissue viability*. Salisbury: Quay Books 2004.
106. 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.
107. Soldevilla JJ; Navarro S.; Rosell C; Sarabia R; Valls G. Proble-mática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. Madrid: SPA Grupo Drugfarma 2004.
108. Yanguas JJ. Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: Aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39(SUPPI 3):54-66.
109. Tusell J. Me morí en 28 de febrero de 2002. *El País* 13/II/2005.
110. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact. *Clinics in Geriatric Medicine* 1997; 13(3):421-436.
111. 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.

112. Clough NP. The cost of pressure area management in an intensive care unit. *J Wound Care* 1994; 3:33-35.
113. Suntken G, Starr R, Ermer-Seltun JA, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care setting using the AHCPR pressure ulcers prevention and treatment guidelines. *Ostomy /Wound Management* 1996; 42(2):20-32.
114. Warren JB, Poder LH, Young-Mc Caughan S. Development of a decision tree for sUPPort surfaces: a tool for nursing. *Medsurg Nursing* 1999; 8(4): 239-248.
115. Allman RM. The impact of pressure ulcers on health care costs and mortality. *Advances of Wound Care* 1998; 11(3 suppl):2.
116. Anaya J, Cañas M^a, Domínguez A, Sepúlveda A, López MP, Moreno S, Bujalance J, Alcaide A, Rodríguez A, Reyes AM, Vallejo J. Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. *Gerokomos* 2002; 11(2):102-110.
117. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. *Gerokomos* 2003; 14(4):212-226.
118. Kaltenthaler E, Walters SJ, Akehurst RL, Paisley S, UK, USA and Canada: How do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare? *J Wound Care* 2001; 1:530-535.
119. Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2001; 68(8):704-722.
120. Torra i Bou JE. Epidemiología de las UPP o el peligro de una nueva Torre de Babel. *Rev Rol Enf* 1998; 238:75-88.
121. Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ. Libro blanco de las úlceras por presión en España. I Congreso Iberoamericano de Geriatria. III Simposio del GNEAUPP (Libro de actas). Logroño. ConvaTec, S.A., 2000 : 45-7.
122. 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.
123. Consenso sobre un modelo para una asistencia coste-eficaz de las heridas. *Gerokomos* 1995; VI (14):V-VI.
124. Plackett G. Proceedings of the international Committee on Wound Management Meeting. *Adv Wound Care* 1995; 8(5): 42-61.
125. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing* 2004; 33:230-235.
126. Gerding GA, Browning JS. Oxyquinoline-containing ointment vs standard therapy for stage I and stage II skin lesions. *Dermatology Nursing* 1992; 4:389-398.

127. Bale S, Squires D, Varnon T, Walker A, Benbow M, Harding KG. A comparison of two dressings in pressure sore management. *J Wound Care* 1997; 6:463-466.
128. Thomas S, Banks V, Bale S, Fear-Price M, Hagelstein S, Harding KG, Orpin J, Thomas N. A comparison of two dressings in the management of chronic wounds. *J Wound Care* 1997; 6: 383-386.
129. Berlowitz D, Van B Wilking S. The short term outcome of pressure sores. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:748-752.
130. Bale S, Hagelstein S, Banks V, Harding KG. Costs of dressings in the community. *J Wound Care* 1998; 7:327-330.
131. Motta G, Dunham L, Dye T, Mentz J, O'Connell-Gifford E, Smith E. Clinical efficacy and cost-effectiveness of a new synthetic polymer sheet wound dressing. *Ostomy Wound Manag* 1999; 45:41-49.
132. Sebern MD. Pressure ulcer management in home health care: efficacy and cost effectiveness of moisture vapor permeable dressing. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67:726-729.
133. Brandeis GH, Morris JN, Nash DJ, Lipsitz LA. The epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home residents. *JAMA* 1990; 264:2905-2909.
134. Burgos A, Giménez J, Moreno E, Lamberto E, Utrera M, Urraca EM, Vélez FJ, Lépez E, Martínez MA, Gómez MJ, García L. Cost, efficacy, efficiency and tolerability of collagenase ointment versus hydrocolloid occlusive dressing in the treatment of pressure ulcers. *Clin Drug Invest* 2000; 19:357-365.
135. Kraft MR, Lawson L, Pohlmann B, Reid-Lokos C, Barder L. A comparison of Epi-Lock and saline dressings in the treatment of pressure ulcers. *Decubitus* 1993; 6:42-48.
136. Xakellis GC, Chrischilles EA. Hydrocolloid versus saline-gauze dressings in treating pressure ulcers: a cost-effectiveness analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73:463-469.
137. Xakellis GC, Franz R. The cost of healing pressure ulcers across multiple health care settings. *Adv Wound Care* 1996; 9; 18-22.
138. 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).
139. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Newtons, Curland, Taunton, 1995.
140. Taylor JS. Malpractice implications of pressure ulcers. *Adv Wound Care* 1994; 7(5):45-9.
141. Martell R. Lawful conduct. *Nurs Times* 1998; 94(40):34-5.

142. Green Ch. Nurses and professional negligence. *Nurs Times* 95(8): 37-41.
143. Moody M. Can the development of pressure ulcers constitute abuse? *Nurs Resid Care* 2000; 2 (1):18-26.
144. Petro JA. Ethical dilemmas of pressure ulcers. *Decubitus* 1990; 3(2):28-31.
145. Tingle J. Some legal issues in wound management. *Nurs Stand* 1992; 6(34):4-6.
146. Moody M. Fighting against pressure sores and a rise in legal suits. *Brit j Health Care Manag* 1997; 3(1):40-1.
147. Moody M. Accountability in wound management. *Nurs Stand* 1992; 6(23):10-11.
148. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. *Science of Surfaces*. London: Emap Healthcare, 2005:4-5.
149. Knowlton SP. Legal Aspects of wound care. En: Baranoski S; Ayello EA. *Wound Care Essentials. Practice Principles*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2000:19-33.
150. Di Maio VJM; Di Maio TG. Homicide by Decubitus Ulcers. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2003. 23 (1):1-4.
151. 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.
152. Heinemann A; Tsokos M; Püschel K. Medico-legal aspects of pressure sores. *Legal Medicine*. 2003; (5):263-266.
153. Pearsall C. Forensic Biomarkers of Elder Abuse: What Clinicians Need to Know. *J Foren Nurs*. 2005; 1(4):182-186.
154. Cabrera J; Fuertes J. *Medicina Legal en Atención Primaria*. Gauce Editorial. 2.004.
155. 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.
156. Rodríguez López P. Consentimiento Informado y estado de necesidad terapéutica. *Actualidad del Derecho Sanitario*, nº 90, Enero 2.003:1-17.
157. Medallo-Muñiz J.; Pujol-Robinat A.; Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med. Clin. (Barc)* 2006; 126 (4):152-6.
158. Navarro Rodríguez S. Responsabilidad Sanitaria. *Vías de Reclamación. Iuris* nº 81. Febrero 2005.

159. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre. Ed. Aranzadi, Pamplona, Septiembre 2001. Versión actualizada en Base de Datos Aranzadi, Pamplona, RCL 1995\3170.
160. Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Athority. London: St. Bartholomews Hospital, 1987.
161. Cullum N, Deeks J, Fletcher AW, Sheldon TA, Song F. Preventing and treating pressure sores. *Quality in Health Care* 1995; 4:289-297.
162. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño, 2003.
163. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V, The Braden Scale for predicting pressure sore risk: reliability studies. *Nurs Res*, 1985; 34(6):383.
164. García FP, Pancorbo PL, Torra JE, Blasco C. Capítulo 3.4. Escalas de valoración de riesgo de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE. (eds). *Atención integral de las heridas crónicas*. Madrid: SPA, S.A., 2004.
165. Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. National Corporation for the care of old people. London, 1962.
166. Waterlow J. A risk assessment card. *Nursing Times* 1985; 81(49):51-55.
167. Torra JE, Segovia T, Verdú J, Nolasco A, Rueda J, Arboix M. The effectiveness of a hyper-oxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *Journal of Wound Care* 2005; 14(3):117-121.
168. Torra JE, Arboix M, Rueda J, Ibars P, Rodríguez M. Superficies especiales para el manejo de la presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª ed. Madrid: SPA 2004:227-261.
169. Torra JE, Rueda J, Camañes G, Herrero E, Blanco J, Ballesté, J, Hernández E, Aneas J, Verdú J. Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocélular con forma especial para los talones. *Rev. Rol Enf.* 2002; 25(5):370-376.
170. Verdú J, López P, Fuentes G, Torra JE. Prevención de UPP en talones. Impacto clínico y económico en una unidad de medicina interna. *Rev. Rol Enf.* 2004, 27(9):620-624.
171. Torra JE, Arboix M, Rueda J, Ibars P, Segovia T, Bermejo M. Aspectos nutricionales relacionados con las heridas crónicas. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª ed. Madrid: SPA 2004:405-418.
172. Cuddigan J, Ayelo EA, Sussman C (eds). National Pressure Ulcer advisory Panel. *Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future*. Reston, VA, 2001.
173. Pla de Salut de Catalunya. 1999-2002.

174. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
175. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
176. Plaza Penadés J. El nuevo marco de la responsabilidad médica y sanitaria. Revista Aranzadi de Derecho patrimonial 2002. (2): 5-20.
177. Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Orbegozo A, Blasco C, San Sebastián JA, Lyder C, Posnet 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.
178. 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.
179. 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>
180. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986.
181. Pérez Serrano G. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes. I. Métodos. 2ª edic. Madrid: Editorial La Muralla SA; 1998.
182. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ed. Morata SL; 2004.
183. 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)
184. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2003. Disponible en: <http://www.msc.es/edtadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/home.htm> (consultado el 27-06-2006).
185. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.
186. 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.
187. European Pressure Ulcers Advisory Panel: Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del Grupo Europeo de Úlceras por Presión. Gerokomos 1999. 10(1):30-3.

188. García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, Perdomo Perez E, Rodríguez Palma M, Rueda López M, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J. Incontinencia y úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid, 2006.
189. 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 (Consultado el 24/09/2005).
190. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 8:170-179.
191. 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.
192. 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.
193. Fuentelsaz C, Hernández E, Bermejo C, Hermoso P, Gallart E, Blasco C. Revisión de la literatura sobre lesiones por presión en personas de 65 años o más. *Gerokomos* 2005;16(3):166-173.
194. D'hoore W, Guisset AL, Tilquin Ch. Increased nursing-time requirements due to pressure sores in long-term-care residents in Quebec. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1997; 5(4):189-94.
195. Ooi WL, Morris JN, Brandeis GH, Hossain M, Lipsitz LA. Nursing home characteristics and the development of pressure sores and disruptive behaviour. *Age and Ageing* 1999; 28(1):45-52.
196. Escobar MA. Úlceras por presión en atención primaria: frecuencia y características. *Rev ROL Enferm* 1998; XXI(237): 55-8.
197. Pancorbo PL. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos* 2001; 12(4): 175-84.
198. Pancorbo PL, García FP, Bermejo J, Perez MJ, Ramírez MC, Alcázar MJ, Maya M. Efectividad de un programa de prevención de úlceras por presión en el hospital. *Gerokomos* 1998; IX(24): 25-34.
199. Güell I, Navarro A. Valoración de la población de riesgo y de la población con úlceras por presión mediante un estudio prospectivo histórico en el Hospital General de Manresa en el año 1999. *Gerokomos* 2000; 11(4) :180-4.
200. Casimiro C, García De Lorenzo A, Usán L. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population. *Nutrition* 2002; 18(5):408-14.

201. Anthony D, Reynolds T, Russell L. An investigation into the use of serum albumin in pressure sore prediction. *J Adv Nurs* 2000; 32(2):359-65.
202. Lyder ChY. The Braden scale for pressure ulcer risk: evaluating the predictive validity in black and latino/hispanic elders. *Applied Nursing Research* 1999; 12(2):60-8.
203. Shiels C; Roe B. Pressure sore care. *Nursing Standard* 1999; 14(6):41-4.
204. Infección por VIH y SIDA en España. Plan multisectorial. Indicadores 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
205. 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.
206. Johnsson B; CODE-2 Advisory Board. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. *Diabetología.* 2002; 45(7):S5-12.
207. 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.
208. 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.
209. 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.
210. Salvan A. Lo que se os viene encima. *Semer.* 2006: 5 (1):33-36.
211. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documentos Técnicos GNEAUPP. www.gneaUPP.org. 2006
212. 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).
213. 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).
214. 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):123-147.

215. 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.
216. 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).
217. 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 2006.
218. Provo B; Piacentine L; Dean-Baar. Practice versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. J Wound Care 1997; 24(5):265-9.
219. De Con X; Díaz 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, 2004.
220. French ET; Ledwell-Sifner K. A method for consistent documentation of pressure sore. Rehabil Nurs 1991; 16(4):204-7.
221. Harding CA. A record sheet for pressure sore risk assessment. Prof Nurse 1999; 14(11):778-82.
222. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Editorial Aranzadi. Pamplona. RCL 1986\1316.
223. Gaspar, J. La protección de datos personales en el sector sanitario. Ergon S.A. Madrid; 2.004:26.
224. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE 14/12/1999 nº298/1999, pág. 43088).
225. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. B.O.E. 27/7/2006, nº 178, pág. 28122 y ss.
226. Soldevilla JJ. Prescripción Enfermera en el Cuidado de Úlceras por Presión. Enfermería Facultativa 2006; (96):15.
227. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias. B.O.E. 22/11/2003, nº 280, pág. 41442 y ss.
228. Informe Jurídico. Asesoría Jurídica. Consejo General de Enfermería de España. Madrid. 5.Septiembre, 2005.
229. Thiroux J. Ethics, theory and practice. California: P.Co.Inc 1980.

230. Antón P. Ética y legislación en Enfermería. Barcelona: Masson S.A. 1995.
231. Pieper A. Ética y moral. Barcelona: Crítica 1991.
232. Thompson IE. Los principios éticos fundamentales en el cuidado de la Salud. Br Med J. 1988; Abril:80-86.
233. Gracia D. Fundamentos de bioética. 1ª edic. Madrid: Eudema S.A. 1989.
234. Busquets M. Aspectos éticos y legales en el cuidado a las personas mayores. En: Torres P, García M. Temas de Enfermería Gerontológico. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico. Logroño, 1999.
235. Raatikainen R. Values and ethical principles in nursing. J Adv Nursing 1989; 14:92-96.
236. The National Commission for the protection of humans subjects of biomedical and behavioural research. Informe Belmont. DHEW Publication nº 78-0012. 1978. Disponible en: http://iier.isciii.es/er/pdf/er_belmo.pdf (consultado el 10/1/2007).
237. Medina CD. Ética y Legislación. Madrid: Ediciones DAE, 2000.
238. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Toronto: OMS, 2003.
239. Moya A, Barbero J. (eds.). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. 1ª edic. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.
240. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 (II) de 10 de diciembre de 1948. Editorial-Gráficas SIGNO S.A. Barcelona. 1.991.
241. 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.
242. 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.
243. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003.



9. ANEXOS



ANEXO 1

Características relacionadas con el tipo de lesión

	Úlceras por presión	Lesión por “humedad”	Consideraciones
CAUSAS	La presión y/o cizalla debe estar presente	Debe haber humedad (ej, piel mojada y brillante causada por incontinencia urinaria o fecal)	Si la humedad y la presión/cizalla están presentes a la vez, la lesión puede ser tanto una UPP como lesión por humedad (lesión mixta o combinada)
LOCALIZACIÓN	Una herida que no está sobre una prominencia ósea es improbable que sea una UPP	<p>Una lesión por humedad puede producirse sobre una prominencia ósea. Aunque tanto la presión como la cizalla deberían excluirse como causas</p> <p>Una combinación de humedad y fricción puede causar lesiones por humedad en pliegues cutáneos</p> <p>Una lesión limitada sólo al surco anal y forma lineal es probable que sea una lesión por humedad</p> <p>El enrojecimiento perianal/irritación de la piel es muy probable que sea una lesión por humedad resultante de las heces</p>	<p>Es posible desarrollar UPP donde los tejidos blandos se pueden comprimir (ej, sonda nasogástrica, gafas nasales o catéter urinario)</p> <p>Las heridas en pliegues cutáneos de pacientes muy obesos pueden estar causadas por la combinación de fricción, humedad y presión</p> <p>Los huesos pueden ser mucho más prominentes donde hay una pérdida significativa de tejido (pérdida de peso)</p>
FORMA	<p>Si la lesión está limitada a un sólo lugar, es probable una UPP</p> <p>Las heridas circulares o con una forma regular son muy probablemente UPP; aunque la posibilidad de daño por fricción se debe haber excluido</p>	<p>Lesiones superficiales, difusas y en más de un lugar es más probable que sean lesiones por humedad</p> <p>En una lesión “<i>por beso</i>” o “<i>espejo</i>” (copia de lesión), al menos una de las lesiones es muy probable que se haya causado por humedad (orina, heces, transpiración o exudado de herida)</p>	<p>Formas irregulares de las lesiones, a menudo están presentes en lesiones combinadas (UPP y lesión por humedad)</p> <p>La fricción en talones puede causar una lesión circular que abarca la pérdida total de la piel. La distinción entre lesión por fricción y UPP debería basarse en la historia clínica y la observación</p>

Características relacionadas con el tipo de lesión

	Úlceras por presión	Lesión por “humedad”	Consideraciones
PROFUNDIDAD	<p>La pérdida parcial de la piel está presente sólo cuando se ha lesionado la primera capa de la piel (Estadio II)</p> <p>En la pérdida total de la piel, todas las capas de la piel están dañadas (Estadio III ó IV)</p> <p>Si hay una pérdida total de la piel y la capa muscular está intacta, la lesión es de Estadio III</p> <p>Si la capa muscular está lesionada, la lesión debería diagnosticarse como Estadio IV</p>	<p>Las lesiones por “humedad” son superficiales (pérdida parcial de la piel)</p> <p>En los casos donde la lesión por humedad está infectada, la profundidad y la extensión de la herida puede aumentar de manera importante</p>	<p>Una abrasión es causada por fricción</p> <p>Si se ejerce fricción en una lesión por humedad, ésta dará lugar a la pérdida superficial de la piel en la cual se rasgan y se hacen punta los fragmentos de la piel</p>
NECROSIS	<p>Una escara negra necrótica sobre una prominencia ósea es una UPP de Estadio III ó IV. Si bajo la escara la masa muscular es escasa, la lesión es UPP de Estadio IV</p> <p>También puede considerarse necrosis cuando en los talones está presente y visible una mancha negra/azul (la lesión probablemente se tornará en escara)</p>	<p>No hay necrosis en las lesiones por humedad</p>	<p>La necrosis comienza sin un borde claro pero acaba definiendo los bordes. La necrosis asciende hacia arriba y cambia de color (ej, azul, marrón, amarillo, o gris) pero nunca es superficial</p> <p>Se debe distinguir entre una escara negra necrótica y una flictena con sangre seca</p>
BORDES	<p>Si son claramente distinguibles, la lesión será una UPP</p> <p>Las heridas con los bordes levantados y engrosados son lesiones antiguas</p>	<p>Las lesiones por humedad suelen tener bordes irregulares o difusos</p>	<p>Los bordes dentados en las lesiones por humedad se considera que se han expuesto a la fricción</p>

Características relacionadas con el tipo de lesión

	Úlceras por presión	Lesión por “humedad”	Consideraciones
COLOR	<p>Piel roja: Si el enrojecimiento es no blanqueable, lo más probable es que sea una UPP de Estadio I</p> <p>En la gente de piel oscura, el enrojecimiento persistente puede manifestarse como azul o púrpura</p>	<p>Piel roja: Si el enrojecimiento no está distribuido uniformemente, probablemente sea una lesión por humedad (excluyendo la presión y la cizalla como causas)</p>	<p>Piel roja: Si la piel (o la lesión) es roja y seca o roja con un brillo blanco, podría ser una infección fúngica o un impétigo</p> <p>A menudo se observa en el surco anal</p>
	<p>Rojo en el lecho de la herida: Puede tratarse de una UPP de Estadio II, III ó IV con tejido de granulación</p>	<p>Piel rosa o blanca alrededor: Maceración como resultado de la humedad</p>	<p>Verde en el lecho de la herida: Infección</p>
	<p>Amarillo en el lecho de la herida: Si hay necrosis blanda, amarilla y no superficial; puede ser una UPP de Estadio III ó IV</p>		<p>Tener en cuenta que los preparados a base de óxido de zinc blanquean la piel</p>
	<p>El esfacelo es una capa superficial, fina de aspecto cremoso; estaría en una UPP de Estadio III ó IV</p>		<p>Aunque la eosina no está recomendada, se sigue usando en algunos lugares. Ésta puede tornar la piel de color rojo/marrón y obstaculizar la observación de la piel</p>
	<p>Negro en el lecho de la herida: Una UPP de Estadio III ó IV</p>		

Reproducido con autorización: García Fernández et al. 2006²⁹



ANEXO II

Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión. GNEAUPP® 2003¹⁰⁵



ESTADIO I

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- La temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración) y/o sensaciones (dolor, escozor)



ESTADIO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o a ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADIO III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.



ESTADIO IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (ej. tendón, cápsula articular, etc.)

En este estadio, como ocurre en el III, pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que proceda deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el Estadio de la úlcera.





ANEXO III

Epidemiología de las úlceras por presión en España. 2005

CUESTIONARIO

Introducción

Muchas gracias por tu interés en este importante proyecto.

El objetivo de la presente encuesta es obtener información que nos permita definir la situación epidemiológica de las úlceras por presión en ámbito de todo el estado español, así como algunas tendencias relacionadas con la prevención de las mismas.

El cuestionario adjunto sólo debe ser cumplimentado por profesionales que trabajéis en cualquier institución del estado español. El ámbito de la encuesta está centrado en las úlceras por presión.

Este proyecto es una realidad gracias a una beca de investigación de Smith & Nephew.

Rellenar la encuesta te va a llevar unos pocos minutos y la información que nos aportes puede ser de gran utilidad para constatar la evolución del problema de las úlceras por presión en España.

Por favor intenta aportarnos toda la información que te solicitamos; de esta manera podemos validar el mayor número posible de cuestionario. La información que nos aportes será tratada de manera confidencial y en ningún caso a nivel individual o institucional.

Es muy importante que los profesionales que trabajéis en hospitales o centros sociosanitarios os pongáis de acuerdo con otros profesionales miembros del GNEAUPP, que también hayan recibido la encuesta, para no repetir información de una misma planta o unidad. Cuantas más plantas, unidades, listas o cupos de atención primaria podáis incluir, mejor, para aumentar la cobertura poblacional de la encuesta.

Si conocéis profesionales de instituciones que no hayan recibido la encuesta, por favor informadles de la misma, y en el caso de que deseen participar en el estudio facilitadles una copia o hacednos llegar su dirección a gneaupp@arrakis.es.

En el caso de que tengáis alguna duda en relación con la encuesta podéis contactar igualmente con el equipo técnico de la encuesta en la siguiente dirección de correo electrónico: gneaupp@arrakis.es

Puedes enviarnos la encuesta en el sobre con franqueo a destino que te adjuntamos. La fecha límite de envío de encuestas es el día **15 de Junio de 2005**.

(1) Fecha de cumplimentación del cuestionario:

(2) Datos de identificación

(Son muy importantes para poder contactar contigo en caso de duda)

Nombre:

Teléfono o e-mail de contacto:

Dirección de contacto:

Profesión:

(3) Datos del centro

En el caso de que varias personas de la misma unidad o servicio hayan recibido este cuestionario, por favor contestar datos de cuantas más unidades posibles de tu centro sin repetirlos (si precisas más cuestionarios haz fotocopias de los mismos o contacta con nosotros: gneaupp@arrakis.es)

Nombre del centro:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Comunidad Autónoma:

Titularidad: () Pública () Privada

A continuación te pedimos información concreta sobre tu centro de trabajo para poder tipificarlo. Elige **SÓLO UNA** de las **CUATRO** opciones siguientes y rellena todas las casillas de la opción:

OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3	OPCIÓN 4
<p>HOSPITAL</p> <p>Incluir unidades o servicios con población ingresada</p>	<p>CENTRO SOCIOSANITARIO</p> <p>Con población residente asistida (que requieren cuidados en el ámbito de las actividades de la vida diaria)</p>	<p>ATENCIÓN PRIMARIA</p>	<p>Otro tipo de centro que no se pueden englobar en las tres categorías anteriores</p>
<p>Nombre del hospital:</p>	<p>Nombre del centro:</p>	<p>Nombre del centro:</p>	<p>Nombre del centro:</p>
<p>Tipo de hospital:</p> <p>() Alta complejidad</p> <p>() General</p> <p>() Comarcal</p> <p>() Monográfico</p> <p>() Otros (especifica)</p>	<p>Tipo de centro:</p> <p>() Geriátrico</p> <p>() Crónicos</p> <p>() Convalecencia</p> <p>() Media estancia</p> <p>() Cuidados paliativos</p> <p>() otros: especificar:</p>	<p>Tipo de centro:</p> <p>() Centro reformado</p> <p>() Centro no reformado</p> <p>Tipo de población cubierta por el centro:</p> <p>() Urbana</p> <p>() Rural y urbana</p> <p>() Rural</p>	<p>(Aporta el máximo de información para definirlo)</p>
<p>Número de camas del hospital:</p>	<p>Número de camas del centro:</p>	<p>Número de personas que atiende el centro:</p>	
<p>Tipo/ nombre de la unidad:</p> <p>(servicio o especialidad, p.e. medicina interna, UCI, cirugía, etc...)</p>	<p>Nombre de la unidad:</p> <p>(servicio o especialidad):</p>	<p>Número de personas iguales o mayores de 65 años:</p> <p>Número de usuarios incluidos el Programa de Atención Domiciliaria:</p>	

(4) Datos específicos de prevalencia de úlceras por presión

OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
HOSPITAL	CENTRO SOCIO SANITARIO	OTRO TIPO DE CENTRO
Número de camas en la unidad:	Número de camas en la unidad:	Número de camas en la unidad:
Número de camas OCUPADAS:	Número de camas OCUPADAS:	Número de camas OCUPADAS:
Número de PACIENTES con UPP:	Número de PACIENTES con UPP:	Número de PACIENTES con UPP:

Cumplimentar sólo una de las dos opciones de atención primaria

OPCIÓN 4 A	OPCIÓN 4 B
CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA	
Posibilidad A Información de un cupo o lista	Posibilidad B Información de un cupo o lista
Nº total de usuarios de tu lista:	Nº total usuarios del centro de salud:
Nº total de usuarios de tu lista con edad igual o mayor de 65 años:	Nº total de usuarios del centro con edad igual o mayor de 65 años:
Nº de pacientes de tu lista incluidos en el programa de atención domiciliaria:	Nº de pacientes del centro incluidos en el programa de atención domiciliaria:
Nº de pacientes con UPP:	Nº de pacientes con UPP:

En el caso de que en tu unidad/servicio/lista de usuarios haya pacientes con úlceras por presión, por favor, no olvides cumplimentar el apartado de **pacientes/lesiones**.

(5) Medidas preventivas para las úlceras por presión (UPP) en tu unidad/centro de salud

¿Existe en tu centro o en su ámbito de influencia (p.e. sector o área de salud) una comisión de UPP (o grupo de trabajo)?

Sí No No lo sé

¿Se calcula de manera periódica la prevalencia de UPP?

Sí No No lo sé

¿Se calcula de manera periódica la incidencia de UPP?

Sí No No lo sé

¿Se utiliza a las UPP como un indicador de calidad?

Sí No No lo sé

¿Existe un protocolo de prevención de UPP escrito?

Sí No No lo sé

¿Se registran las medidas de prevención?

Sí No No lo sé

¿Se valora el riesgo de desarrollar UPP con una Escala?

Sí No

En caso afirmativo:

De manera sistemática Ocasionalmente

¿Qué escala se utiliza?:

¿Con qué frecuencia se realizan los cambios posturales en horario diurno?

Cadahoras

¿Con que frecuencia se realizan los cambios posturales en horario nocturno?

Cadahoras

En tu opinión los cambios posturales en pacientes encamados en riesgo son una medida que se realiza:

Suficientemente Ocasionalmente

En muy contadas ocasiones Nunca

¿Puedes utilizar material específico para la prevención de UPP?

Sí No

En caso afirmativo:

¿Consideras que la dotación de tu unidad/servicio es la adecuada?

		¿Consideras que la dotación de tu unidad/servicio es la adecuada?
Dispositivos locales para la protección (talonera, espumas, protectores, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Colchonetas especiales estáticas (Especifique de qué material):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Colchones especiales estáticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Colchonetas especiales dinámicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Colchones especiales dinámicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Cojines especiales estáticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
Cojines especiales dinámicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé

¿Se asigna éste material de acuerdo con el riesgo del paciente?

Sí No

¿Se utiliza de manera sistemática algún producto tópico para prevenir UPP?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál, cuales?:

¿Se utiliza de manera sistemática algún producto para proteger la piel ante la humedad?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál, cuales?:

¿Se utiliza la suplementación nutricional como medida preventiva de las UPP?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de suplementación?:

¿Quién tiene en tu centro LA ULTIMA PALABRA en la decisión de adquirir material específico de prevención (colchonetas y colchones)?

(puedes señalar varias opciones):

ELEGIR un determinado producto (recomendación técnica)	ADQUIRIR EN FIRME un determinado producto
<input type="checkbox"/> Enfermería asistencial <input type="checkbox"/> Comisión de UPP <input type="checkbox"/> Supervisión de enfermería <input type="checkbox"/> Supervisión de compras <input type="checkbox"/> Dirección de enfermería <input type="checkbox"/> Responsable de compras <input type="checkbox"/> Gerencia/dirección <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Enfermería asistencial <input type="checkbox"/> Comisión de UPP <input type="checkbox"/> Supervisión de enfermería <input type="checkbox"/> Supervisión de compras <input type="checkbox"/> Dirección de enfermería <input type="checkbox"/> Responsable de compras <input type="checkbox"/> Gerencia/dirección <input type="checkbox"/> No lo sé

¿Existe un protocolo escrito para el tratamiento de las UPP en tu centro?

Sí No

En caso afirmativo, ¿se sigue?:

¿Quién determina el material a utilizar en la cura de la lesión?

(Puedes señalar más de una opción)

La enfermera que lo va a realizar

El protocolo

La supervisora

El médico

Otros (especificar):

¿Se ha suscitado algún problema legal relacionado con la prevención y/o tratamiento de UPP en tu centro?

Sí No No sabe/no contesta

En caso afirmativo, ¿Estarías interesado/a en que contactásemos contigo para hacer una base de datos sobre demandas legales sobre temas relacionados con las UPP?

Sí No

(En caso afirmativo especificar sistema de contacto):

(6) Pacientes / lesiones

Por favor, describenos la situación de los pacientes y lesiones prevalentes de úlceras por presión.

DEFINICIONES DE ESTADIAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADIO I

Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta.

En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local (definición ampliada).

ESTADIO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

ESTADIO III

Pérdida total del grosor de la piel con que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

ESTADIO IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc...).

En éste estadio, como en el III pueden presentarse lesiones cocavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

(Fotografías de los diferentes estadios en la página web del GNEAUPP:
www.gneaupp.org)

En el caso de que un paciente tenga más de 5 lesiones, tacha el epígrafe del paciente siguiente y continúa describiendo las UPP.

Si tienes más de 6 pacientes con úlceras por presión haz, por favor, una fotocopia de éste apartado.

<p>Iniciales del paciente:</p> <p>Sexo:</p> <p>Edad:</p> <p>Número de UPP:</p>	<p>UPP número 1</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente?</p> <p>() Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio-sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>
<p>Utiliza alguna superficie especial:</p> <p>() Sí</p> <p>() No</p> <p>¿De qué tipo?:</p> <p>() Sistema estático</p> <p>() Colchoneta alternante de aire</p> <p>() Colchón alternante de aire</p>	<p>UPP número 2</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente?</p> <p>() Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio-sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>
<p>¿Presenta incontinencia?:</p> <p>() Sí</p> <p>() No</p> <p>¿De qué tipo?:</p> <p>() Urinaria</p> <p>() Fecal</p> <p>() Mixta</p>	<p>UPP número 3</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente?</p> <p>() Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio-sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>
<p>¿Es usuario de sonda vesical?:</p> <p>() Sí</p> <p>() No</p>	<p>UPP número 4</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente?</p> <p>() Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio-sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>

<p>Iniciales del paciente:</p> <p>Sexo:</p> <p>Edad:</p> <p>Número de UPP:</p>	<p>UPP número 1</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente? () Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>
<p>Utiliza alguna superficie especial:</p> <p>() Sí</p> <p>() No</p> <p>¿De qué tipo?:</p> <p>() Sistema estático</p> <p>() Colchoneta alternante de aire</p> <p>() Colchón alternante de aire</p>	<p>UPP número 2</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente? () Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>
<p>¿Presenta incontinencia?:</p> <p>() Sí</p> <p>() No</p> <p>¿De qué tipo?:</p> <p>() Urinaria</p> <p>() Fecal</p> <p>() Mixta</p>	<p>UPP número 3</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente? () Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>
<p>¿Es usuario de sonda vesical?:</p> <p>() Sí</p> <p>() No</p>	<p>UPP número 4</p> <p>Estadio:</p> <p>Antigüedad (días):</p> <p>Localización:</p> <p>Largo (cm):</p> <p>Ancho (cm):</p> <p>¿Es recurrente? () Sí () no</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() propio centro</p> <p>() misma unidad</p> <p>() otra unidad</p> <p>() Servicio urgencias</p> <p>() quirófano</p> <p>() UCI</p> <p>() otros (especificar)</p>	<p>ORIGEN</p> <p>() otro hospital</p> <p>() otro centro socio sanitario</p> <p>() Domicilio</p> <p>() Desconocido</p>

Muchas gracias por tu colaboración.

Si quieres añadir algún comentario, por favor hazlo a continuación:

Una vez cumplimentado el cuestionario, por favor, introdúcelo en el sobre adjunto (no necesita sello) y deposítalo en el buzón de correos más cercano.



ANEXO IV

VARIABLES DE TIPO GENERAL con repercusión en el coste del tratamiento de las úlceras por presión en diferentes escenarios según grupo de expertos

		APS	HOSPITAL	SOCIOSANITARIA
ESTADIO I	% de tiempo (evolución) atendida en el nivel asistencial	100%	100%	100%
	% de tiempo (evolución) atendida en el nivel asistencial	100%	80% (10% en APS y 10% en sociosanitaria) (estimación)	90% (2,5% en APS y 7,5% en hospital) (estimación)
ESTADIO II	Porcentaje de UPP que se infectan y requieren tratamiento antimicrobiano local	20%	5%	10%
	Porcentaje de UPP que se infectan y requieren tratamiento antibiótico sistémico	5%	1,75%	2%
	Porcentaje de UPP en las que interviene el médico	0 %	0 %	10 %
	Incremento de estancia (días) HOSPITALARIA	—	0 días	10 días
	% de curas realizadas por la familia/cuidador (ATENCIÓN PRIMARIA)	20%	—	—

VARIABLES DE TIPO GENERAL con repercusión en el coste del tratamiento de las úlceras por presión en diferentes escenarios según grupo de expertos

		APS	HOSPITAL	SOCIOSANITARIA
ESTADIO III	% de tiempo (evolución) atendida en el nivel asistencial	100%	50% (25% en APS y 25% en sociosanitaria) (estimación)	90% (2,5% en APS y 7,5% en hospital) (estimación)
	Porcentaje de UPP que se infectan y requieren tratamiento antimicrobiano local	35%	25%	20%
	Porcentaje de UPP que se infectan y requieren tratamiento antibiótico sistémico	20%	15%	5%
	Porcentaje de UPP en las que interviene el médico	2,5%	5 %	10 %
	Incremento de estancia (días) HOSPITALARIA	—	4,5 días	20 días
	% de curas realizadas por la familia/cuidador (ATENCIÓN PRIMARIA)	10%	—	—

VARIABLES DE TIPO GENERAL con repercusión en el coste del tratamiento de las úlceras por presión en diferentes escenarios según grupo de expertos

		APS	HOSPITAL	SOCIOSANITARIA
ESTADIO IV	% de tiempo (evolución) atendida en el nivel asistencial	95% (2,5% en APS y 2,5% en sociosanitaria) (estimación)	25% (25% en APS y 50% en sociosanitaria) (estimación)	90% (2,5% en APS y 7,5% en hospital) (estimación)
	Porcentaje de UPP que se infectan y requieren tratamiento antimicrobiano local	60%	50%	20%
	Porcentaje de UPP que se infectan y requieren tratamiento antibiótico sistémico	30%	25%	10%
	Porcentaje de UPP en las que interviene el médico	5 %	12,5 %	15 %
	Incremento de estancia (días) HOSPITALARIA	—	12 días	30 días
	% de curas realizadas por la familia/cuidador (ATENCIÓN PRIMARIA)	0%	—	—



ANEXO V

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO DE CURA.
 Repercusión en el coste del tratamiento de las úlceras por presión
 en diferentes contextos asistenciales, estadios, tamaños de las lesiones y
 escenario de cura (ambiente húmedo-tradicional), según grupo de expertos

ATENCIÓN PRIMARIA

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

UPP ESTADIO I (*)		4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
		Tiempo necesario para cicatrización: 3,5 días Tiempo por cura: 5 minutos Número de curas: 0,4 curas/día Número total de curas para solucionar el Estadio I: 2,4 curas Tiempo de enfermería para cicatrizar: 10,7 min. en curas + 48 min. de desplazamiento. Total: 58,7 min.	UPP ESTADIO II	Tiempo necesario para cicatrización: 20,5 días Tiempo por cura: 10 minutos Curas semana: 2,5 curas Tiempo de enfermería para cicatrizar: 81,4 min. en curas + 6,8 curas a 20 min. desplaz.: 217,4 minutos Mano de obra enfermería: 71,74 € 7,32 curas ambiente húmedo a 4,26 €: 31,18 € TOTAL: 102,92 €
	% úlceras	91,4% úlceras	4,7% úlceras	3,9% úlceras

(*) Se ha presumido que las UPP (úlceras por presión) de Estadio I se tratan con compuestos de ácidos grasos hiperoxigenados.

Valores expresados en mediana ya que las variables no siguen una distribución normal.

ATENCIÓN PRIMARIA

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO II</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 25,6 días	Tiempo necesario para cicatrización: 43,1 días	Tiempo necesario para cicatrización: 53,1 días
	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 12,25 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 219 min. en curas + 21,9 curas a 20 min. desplazamiento: 657 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 452 min. en curas + 36,9 curas a 20 min. desplazamiento: 1.190 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 682,5 min. en curas + 45,5 curas a 20 min. desplazamiento: 1.592,5 minutos
	Mano de obra personal enfermería: 216,81 €	Mano de obra personal enfermería: 392,7 €	Mano de obra personal enfermería: 525,50 €
	21,9 curas tradicionales a 1,738 €: 38,06 €	36,9 curas tradicionales a 2,309 €: 85,2 €	45,5 curas tradicionales a 2,949 €: 134,17 €
TOTAL: 254,87 €	TOTAL: 477,90 €	TOTAL: 659,67 €	

ATENCIÓN PRIMARIA

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO III</p>	<p>Tiempo necesario para cicatrización: 40 días</p>	<p>Tiempo necesario para cicatrización: 60 días</p>	<p>Tiempo necesario para cicatrización: 80 días</p>
	<p>Tiempo por cura: 15 minutos</p>	<p>Tiempo por cura: 20 minutos</p>	<p>Tiempo por cura: 20 minutos</p>
	<p>Curas semana: 3 curas</p>	<p>Curas semana: 3 curas</p>	<p>Curas semana: 3 curas</p>
	<p>Tiempo de enfermería para cicatrizar: 342,9 min. en curas + 17,1 curas a 20 min. desplazamiento: 684,9 minutos</p>	<p>Tiempo de enfermería para cicatrizar: 385,7 min. en curas + 25,7 curas a 20 min. desplazamiento: 872,7 minutos</p>	<p>Tiempo de enfermería para cicatrizar: 750 min. en curas + 35 curas a 20 min. desplazamiento: 1.450 minutos</p>
	<p>Mano de obra personal enfermería: 226,01 €</p>	<p>Mano de obra personal enfermería: 287,99 €</p>	<p>Mano de obra personal enfermería: 478,50 €</p>
	<p>17 curas ambiente húmedo a 4,74 €: 80,58 €</p>	<p>25,7 curas ambiente húmedo a 5,24 €: 134,60 €</p>	<p>25,7 curas ambiente húmedo a 5,24 €: 287,70 €</p>
	TOTAL: 306,59 €	TOTAL: 422,59 €	TOTAL: 766,20 €
% úlceras	65,2% úlceras	17% úlceras	17,8% úlceras

ATENCIÓN PRIMARIA

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO III</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 50 días	Tiempo necesario para cicatrización: 75 días	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días
	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 642 min. en curas + 42,8 curas a 20 min. desplazamiento: 1.498 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.285,6 min. en curas + 64,28 curas a 20 min. desplazamiento: 2.571,2 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.714 min. en curas + 85,7 curas a 20 min. desplazamiento: 3.428 minutos
	Mano de obra personal enfermería: 494,34 €	Mano de obra personal enfermería: 848,49 €	Mano de obra personal enfermería: 1.131,24 €
	42,8 curas tradicionales a 2,28 €: 97,58 €	64,28 curas tradicion. a 2,8 €: 180 €	85,7 curas tradicion. a 3,43 €: 293,90 €
TOTAL: 591,92 €	TOTAL: 1.028,49 €	TOTAL: 1.425,14 €	

ATENCIÓN PRIMARIA

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO IV</p>	<p>Tiempo necesario para cicatrización: 80 días</p>	<p>Tiempo necesario para cicatrización: 90 días</p>	<p>Tiempo necesario para cicatrización: 100 días</p>
	<p>Tiempo por cura: 17,5 minutos</p>	<p>Tiempo por cura: 20 minutos</p>	<p>Tiempo por cura: 22,5 minutos</p>
	<p>Curas semana: 4 curas</p>	<p>Curas semana: 4 curas</p>	<p>Curas semana: 4 curas</p>
	<p>Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.028,6 min. en curas + 42,9 curas a 20 min. desplazamiento: 1.886,6 minutos</p>	<p>Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.285,7 min. en curas + 64,3 curas a 20 min. desplazamiento: 2.571,7 minutos</p>	<p>Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.800 min. en curas + 85,7 curas a 20 min. desplazamiento: 3.514 minutos</p>
	<p>Mano de obra personal enfermería: 622,60 €</p>	<p>Mano de obra personal enfermería: 848,66 €</p>	<p>Mano de obra personal enfermería: 1,159,62 €</p>
	<p>42,9 curas ambiente húmedo a 5,67 €: 243,20 €</p>	<p>64,3 curas ambiente húmedo a 6,34 €: 407,60 €</p>	<p>85,7 curas ambiente húmedo a 9,50 €: 814,15 €</p>
	TOTAL: 865,80 €	TOTAL: 1.256,20 €	TOTAL: 1.973,77 €
% úlceras	43,4% úlceras	17% úlceras	39,6% úlceras

ATENCIÓN PRIMARIA

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO IV</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días	Tiempo necesario para cicatrización: 112,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 150 días
	Tiempo por cura: 17,5 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos	Tiempo por cura: 22,5 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.499,75 min. en curas + 85,7 curas a 20 min. desplazamiento: 3.213 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.920 min. en curas + 96 curas a 20 min. desplazamiento: 3.840 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.891,2 min. en curas + 128,5 curas a 20 min. desplazamiento: 5.461,2 minutos
	Mano de obra personal enfermería: 1.060,29 €	Mano de obra personal enfermería: 1.267,20 €	Mano de obra personal enfermería: 1.802,19 €
	85,7 curas tradicionales a 2,6 €: 222,80 €	96 curas tradicionales a 3,18 €: 305,20 €	128,5 curas tradicion. a 3,81 €: 489,50 €
	TOTAL: 1.283,10 €	TOTAL: 1.572,40 €	TOTAL: 2.291,69 €

HOSPITAL

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

		4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
UPP ESTADIO I (*)				
Tiempo necesario para cicatrización:		Tiempo necesario para cicatrización: 14 días	Tiempo necesario para cicatrización: 20 días	Tiempo necesario para cicatrización: 28 días
Tiempo por cura:		Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos
Número de curas:		Curas semana: 2,5 curas	Curas semana: 3 curas	Curas semana: 3 curas
Número total de curas para solucionar el Estadio I:		Tiempo de enfermería para cicatrizar: 50 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 85,7 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 120 minutos
Número de curas para solucionar el Estadio I:		Tiempo auxiliar: 12,5 minutos	Tiempo auxiliar: 21,42 minutos	Tiempo auxiliar: 30 minutos
Tiempo de enfermería para cicatrizar:		Núm. total curas: 5 curas	Núm. total curas: 8,6 curas	Núm. total curas: 12 curas
		Mano de obra enfermería: 19,35 €	Mano de obra enfermería: 33,16 €	Mano de obra enfermería: 46,44 €
		5 curas ambiente húmedo a 3,37 €: 16,85 €	8,6 curas ambiente húmedo a 3,85 €: 33,11 €	12 curas ambiente húmedo a 7,031 €: 84,37 €
		TOTAL: 36,20 €	TOTAL: 66,27 €	TOTAL: 130,81 €
	UPP ESTADIO II			
		85,2% úlceras	7% úlceras	7,8% úlceras

(*) Se ha presumido que las UPP (úlceras por presión) de Estadio I se tratan con compuestos de ácidos grasos hiperoxigenados.

Valores expresados en mediana ya que las variables no siguen una distribución normal.

HOSPITAL

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO II</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 17,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 25 días	Tiempo necesario para cicatrización: 35 días
	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 150 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 214,2 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 300 minutos
	Tiempo auxiliar: 37,5 minutos	Tiempo auxiliar: 53,5 minutos	Tiempo auxiliar: 75 minutos
	Núm. total de curas: 15 curas	Núm. total de curas: 21,42 curas	Núm. total de curas: 30 curas
	Mano de obra personal enfermería: 58,05 €	Mano de obra personal enfermería: 82,89 €	Mano de obra personal enfermería: 116,10 €
	15 curas tradicionales a 1,839 €: 27,58 €	21,42 curas tradicion. a 2,41 €: 51,62 €	30 curas tradicionales a 3,05 €: 91,50 €
TOTAL: 85,63 €	TOTAL: 134,51 €	TOTAL: 207,60 €	

HOSPITAL

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO II</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 17,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 25 días	Tiempo necesario para cicatrización: 35 días
	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 150 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 214,2 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 300 minutos
	Tiempo auxiliar: 37,5 minutos	Tiempo auxiliar: 53,5 minutos	Tiempo auxiliar: 75 minutos
	Núm. total de curas: 15 curas	Núm. total de curas: 21,42 curas	Núm. total de curas: 30 curas
	Mano de obra personal enfermería: 58,05 €	Mano de obra personal enfermería: 82,89 €	Mano de obra personal enfermería: 116,10 €
	15 curas tradicionales a 1,839 €: 27,58 €	21,42 curas tradicion. a 2,41 €: 51,62 €	30 curas tradicionales a 3,05 €: 91,50 €
	TOTAL: 85,63 €	TOTAL: 134,51 €	TOTAL: 207,60 €

HOSPITAL

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO III</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 37,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 75 días	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días
	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 482,14 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 964,28 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.285,71 minutos
	Tiempo auxiliar: 120,5 minutos	Tiempo auxiliar: 241 minutos	Tiempo auxiliar: 321,4 minutos
	Núm. total de curas: 32,14 curas	Núm. total de curas: 64,28 curas	Núm. total de curas: 85,71 curas
	Mano de obra personal enfermería: 186,58 €	Mano de obra personal enfermería: 373,17 €	Mano de obra personal enfermería: 497,56 €
	32,14 curas tradicion. a 2,17 €: 69,74 €	64,28 curas tradicion. a 2,74 €: 176,12 €	85,71 curas tradicion. a 3,38 €: 289,69 €
TOTAL: 256,32 €	TOTAL: 549,29 €	TOTAL: 769,25 €	

HOSPITAL

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO IV</p>	Tiempo necesario para cicatrización: 85 días	Tiempo necesario para cicatrización: 102,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 150 días
	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 19 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos
	Curas semana: 4,2 curas	Curas semana: 4,5 curas	Curas semana: 5 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 765 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.251,9 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.142,85 minutos
	Tiempo auxiliar: 191,2 minutos	Tiempo auxiliar: 313 minutos	Tiempo auxiliar: 535,7 minutos
	Núm. total curas: 51 curas	Núm. total de curas: 65,89 curas	Núm. total de curas: 107,14 curas
	Mano de obra personal enfermería: 296,50 €	Mano de obra personal enfermería: 484,48 €	Mano de obra personal enfermería: 829,28 €
	51 curas ambiente húmedo a 4,63 €: 236,13 €	65,89 curas ambiente húmedo a 5,28 €: 347,89 €	107,14 curas ambiente húmedo a 8,63 €: 924,61 €
	TOTAL: 532,63 €	TOTAL: 832,37 €	TOTAL: 1.753,89 €
<p>% úlceras</p>	<p>32,6% úlceras</p>	<p>16,9% úlceras</p>	<p>50,6% úlceras</p>

HOSPITAL

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO IV</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 106,25 días	Tiempo necesario para cicatrización: 128,12 días	Tiempo necesario para cicatrización: 187,5 días
	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 19 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.365 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.086,2 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 3.214,2 minutos
	Tiempo auxiliar: 341,2 minutos	Tiempo auxiliar: 521,5 minutos	Tiempo auxiliar: 803,5 minutos
	Núm. total de curas: 91 curas	Núm. total de curas: 109,8 curas	Núm. total de curas: 160,7 curas
	Mano de obra personal enfermería: 528,25 €	Mano de obra personal enfermería: 807,35 €	Mano de obra personal enfermería: 1.243,89 €
	91 curas tradicionales a 2,55 €: 232,05 €	109,8 curas tradicion. a 3,12 €: 342,57 €	160,7 curas tradicion. a 3,67 €: 589,76 €
TOTAL: 760,30 €	TOTAL: 1.149,92 €	TOTAL: 1.833,65 €	

SOCIOSANITARIA

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

UPP ESTADIO I (*)		4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
		Tiempo necesario para cicatrización: 4,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 32,5 días	Tiempo necesario para cicatrización: 80 días
Tiempo por cura: 4 minutos	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos	
Número de curas: 0,8 curas/día	Curas semana: 3 curas	Curas semana: 4 curas	Curas semana: 4 curas	
Número total de curas para solucionar el Estadio I: 4,9 curas	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 139 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 685,7 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 857,14 minutos	
Tiempo de enfermería para cicatrizar: 18 minutos	Núm. total de curas: 13,9 curas	Núm. total de curas: 45,7 curas	Núm. total de curas: 57,14 curas	
	Mano de obra enfermería: 45,87 €	Mano de obra enfermería: 226,28 €	Mano de obra enfermería: 282.85 €	
	13,9 curas ambiente húmedo a 3,37 €: 46,84 €	45,7 curas ambiente húmedo a 5,85 €: 267,43 €	57,14 curas ambiente húmedo a 7,03 €: 401,41 €	
	TOTAL: 92,71 €	TOTAL: 493,62 €	TOTAL: 684,26 €	
	% úlceras	88,8% úlceras	5,5% úlceras	5,8% úlceras

(*) Se ha presumido que las UPP (úlceras por presión) de Estadio I se tratan con compuestos de ácidos grasos hiperoxigenados.
Valores expresados en mediana ya que las variables no siguen una distribución normal.

SOCIOSANITARIA

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO II</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 40,62 días	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días	Tiempo necesario para cicatrización: 125 días
	Tiempo por cura: 10 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 348,21 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.285,71 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.607,1 minutos
	Núm. total de curas: 34,82 curas	Núm. total de curas: 85,7 curas	Núm. total de curas: 107,14 curas
	Mano de obra personal enfermería: 114,91 €	Mano de obra personal enfermería: 424,28 €	Mano de obra personal enfermería: 530,35 €
	34,82 curas tradicion. a 1,84 €: 64,06 €	85,7 curas tradicion. a 2,41 €: 206,53 €	107,14 curas tradicion. a 3,05 €: 326,77 €
TOTAL: 178,97 €	TOTAL: 630,81 €	TOTAL: 857,12 €	

SOCIOSANITARIA

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
UPP ESTADIO III	Tiempo necesario para cicatrización: 80 días	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días	Tiempo necesario para cicatrización: 130 días
	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos
	Curas semana: 4 curas	Curas semana: 4 curas	Curas semana: 4 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 685,7 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 857,14 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.114,28 minutos
	Núm. total de curas: 45,7 curas	Núm. total de curas: 57,14 curas	Núm. total de curas: 74,28 curas
	Mano de obra personal enfermería: 226,28 €	Mano de obra personal enfermería: 282,85 €	Mano de obra personal enfermería: 367,71 €
	45,7 curas tradicion. a 3,86 €: 176,40 €	57,14 curas tradicion. a 4,34 €: 247,98 €	74,28 curas tradicion. a 7,52 €: 558,58 €
TOTAL: 402,68 €	TOTAL: 530,83 €	TOTAL: 926,29 €	
% úlceras	74,1% úlceras	15,9% úlceras	10% úlceras

SOCIOSANITARIA

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
<p>UPP ESTADIO III</p>	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días	Tiempo necesario para cicatrización: 125 días	Tiempo necesario para cicatrización: 162,5 días
	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos	Tiempo por cura: 15 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.285,7 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.607,14 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.089,28 minutos
	Núm. total de curas: 85,7 curas	Núm. total de curas: 107,14 curas	Núm. total de curas: 139,28 curas
	Mano de obra personal enfermería: 424,28 €	Mano de obra personal enfermería: 530,35 €	Mano de obra personal enfermería: 689,46 €
	85,7 curas tradicion. a 2,32 €: 198,82 €	107,14 curas tradicion. a 2,89 €: 309,63 €	139,28 curas tradicion. a 3,53 €: 491,65 €
TOTAL: 623,10 €	TOTAL: 839,98 €	TOTAL: 1.181,11 €	

SOCIOSANITARIA

a) CURA AMBIENTE HÚMEDO (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
UPP ESTADIO IV	Tiempo necesario para cicatrización: 100 días	Tiempo necesario para cicatrización: 180 días	Tiempo necesario para cicatrización: 200 días
	Tiempo por cura: 20 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos
	Curas semana: 4 curas	Curas semana: 4 curas	Curas semana: 4 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 1.142,85 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.057,14 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.285,7 minutos
	Núm. total curas: 57,1 curas	Núm. total de curas: 102,85 curas	Núm. total de curas: 114,28 curas
	Mano de obra personal enfermería: 377,14 €	Mano de obra personal enfermería: 678,85 €	Mano de obra personal enfermería: 754,28 €
	57,1 curas ambiente húmedo a 4,79 €: 273,50 €	102,85 curas ambiente húmedo a 5,44 €: 559,50 €	114,28 curas ambiente húmedo a 8,79 €: 1.004,52 €
TOTAL: 650,64 €	TOTAL: 1.238,35 €	TOTAL: 1.758,80 €	
% úlceras	51,4% úlceras	15,2% úlceras	33,3% úlceras

SOCIOSANITARIA

b) CURA TRADICIONAL (según grupo de expertos)

	4 x 4 cm.	8 x 8 cm.	> 8 cm.
UPP ESTADIO IV	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)	(Extrapolamos de acuerdo a 25% más de tiempo para cicatrizar y 6 curas a la semana)
	Tiempo necesario para cicatrización: 125 días	Tiempo necesario para cicatrización: 225 días	Tiempo necesario para cicatrización: 250 días
	Tiempo por cura: 20 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos	Tiempo por cura: 20 minutos
	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas	Curas semana: 6 curas
	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 2.142,8 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 3.857,14 minutos	Tiempo de enfermería para cicatrizar: 4.285,71 minutos
	Tiempo auxiliar: 107,14 minutos	Tiempo auxiliar: 192,85 minutos	Tiempo auxiliar: 214,28 minutos
	Núm. total de curas: 91 curas	Núm. total de curas: 91 curas	Núm. total de curas: 91 curas
	Mano de obra personal enfermería: 707,14 €	Mano de obra personal enfermería: 1.272,85 €	Mano de obra personal enfermería: 1.414,28 €
	107,14 curas tradicion. a 2,70 €: 289,27 €	192,85 curas tradicion. a 3,27 €: 630,61 €	214,28 curas tradicion. a 3,82 €: 818.54 €
TOTAL: 996,41 €	TOTAL: 1.903,46 €	TOTAL: 2.232.82 €	



ANEXO VI

Materiales a utilizar en el tratamiento de las úlceras por presión 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 sobre los costes individuales:

- Se trata de una estimación a la baja

- En los casos de CAH (cura en ambiente húmedo) sólo se utiliza un apósito y no hay sujeción secundaria.

- En APS (atención primaria de salud) 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:

- **(ca)** Material quirúrgico (2 pinzas + tijeras)
(pinza disección un sólo uso + Kocher un sólo uso +
tijeras (amortizadas a 50 usos) 0,379 €
- **(cb)** 1 suero desechable de 250 ml. (utilizado dos veces): (por cura) 0,381 €
- **(cc)** 1 par de guantes no estériles de vinilo: 0,03 €
- **(cd)** 1 paquete de 5 gasas 10x10: 0,38 €
- **(ce)** 1 gasa grande de 10 x 20: 0,17 €
- **(cf)** 1 tira de 15 cm. de apósito adhesivo para fijación
(Rollo de 10 m x 5 cm.):
0,009 €
- **(cg)** 1 tira de 15 cm. de apósito adhesivo para fijación
(Rollo de 10 m x 10 cm.): 0,018 €
- **(ch)** 1 tira de 15 cm. de apósito adhesivo para fijación
(Rollo de 10 m x 15 cm.): 0,039 €
- **(ci)** 1 apósito de cura en ambiente húmedo (CAH)
de 10 cm x 10 cm (Hospital-sociosanitario): 2,1 €
- **(cj)** 1 apósito de CAH de 12,5 cm x 12,5 cm (Hospital-sociosanitario): 2,2 €
- **(ck)** 1 apósito de CAH de 15 cm x 15 cm (Hospital-sociosanitario): 5 €

	Receta	Venta Directa	Promedio
■ (cl) Apósito de CAH de 10 x 10 (APS) (a):	4,32 €	2,1 €	3,09 €
■ (cll) Apósito de CAH de 12,5 x 12,5 (APS):	4,45 €	2,2 €	3,21 €
■ (cm) 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: $(\text{Precio Venta Directa} \times 55\%) + (\text{Precio Receta} \times 45\%) / 100$.

Para los cálculos se ha utilizado un apósito Allevyn® adhesivo.

- (cn) Empapador rectangular 60 x 60 cm: 0,0980 €
- (cñ) Bolsa de plástico para residuos: 0,003 €

(b) Variables de coste relacionadas con el desbridamiento

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

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

MATRIZ COSTES MATERIAL ATENCION PRIMARIA

	Hasta 12,56 cm ²	Hasta 50,24 cm ²	> 50,24 cm ²
	91,4%	7,8%	0,8%
Estadio II			
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 ce: 0,17 1 cg: 0,018	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 2 ce: 0,34 1 ch: 0,039	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 3 ce: 0,51 1 cf: 0,09 1 ch: 0,039
	Total: 1,738 €	Total: 2,309 €	Total: 2,949 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 1 cd: 0,38 1 cl: 3,09	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 cll: 3,21	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 cm: 5,81
	Total: 4,26 €	Total: 4,76 €	Total: 7,74 €
Estadio III			
	Hasta 12,56 cm ² 65,2%	Hasta 50,24 cm ² 25,1%	> 50,24 cm ² 9,7%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 cq: 0,4725 1 cg: 0,018	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039 1 cf: 0,09
	Total: 2,22 €	Total: 2,80 €€	Total: 3,43 €€
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 1 cd: 0,38 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cl: 3,09	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cll: 3,21	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cm: 5,81
	Total: 4,74 €	Total: 5,24 €	Total: 8,22 €
Estadio IV			
	Hasta 12,56 cm ² 43,4%	Hasta 50,24 cm ² 32,1%	> 50,24 cm ² 24,5%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cg: 0,018	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 5 cd: 1,9 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039 1 cf: 0,09
	Total: 2,6 €	Total: 3,18 €	Total: 3,81 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cl: 3,09	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cll: 3,21	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 5 cd: 1,9 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cm: 5,81
	Total: 5,67 €	Total: 6,34 €	Total: 9,5 €

MATRIZ COSTES MATERIAL HOSPITAL (1)

	Estadio II		
	Hasta 12,56 cm ² 85,2%	Hasta 50,24 cm ² 11,8%	> 50,24 cm ² 3%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 ce: 0,17 1 cg: 0,018 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 1,839 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 2 ce: 0,34 1 ch: 0,039 1cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,41 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 3 ce: 0,51 1 cf: 0,09 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,05 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 1 cd: 0,38 1 ci: 2,1 1 cn: 0,098 1 cñ :0,003 Total: 3,37 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 cj: 2,2 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,85 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ck: 5 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 7,031 €
	Estadio III		
	Hasta 12,56 cm ² 58,1%	Hasta 50,24 cm ² 30,5%	> 50,24 cm ² 11,4%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 cg: 0,018 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,17 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,74 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ch: 0,039 1 cf : 0,09 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,38 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 1 cd: 0,38 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ci: 2,1 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,7 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 cj: 2,2 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 4,18 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ck:5 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 7,36 €

MATRIZ COSTES MATERIAL HOSPITAL (2)

Estadio IV	Hasta 12,56 cm²	Hasta 50,24 cm²	> 50,24 cm²
	32,6%	39,3%	28,1%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 cg: 0,018 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,55 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd :1,52 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,12 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 5 cd: 1,9 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,67 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ci: 2,1 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 4,63 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 cj: 2,2 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 5,28 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 5 cd: 1,9 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cp: 0,314 1 ck: 5 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 8,63 €

MATRIZ COSTES MATERIAL SOCIO SANITARIA (1)

	Estadio II		
	Hasta 12,56 cm ² 88,8%	Hasta 50,24 cm ² 9,1%	> 50,24 cm ² 2,1%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 ce: 0,17 1 cg: 0,018 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 1,84 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 2 ce: 0,34 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,41€	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 3 ce: 0,51 1 cf: 0,09 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,05 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 1 cd: 0,38 1 ci: 2,1 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,37 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 cj: 2,2 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,85 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ck: 5 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 7,03 €
	Estadio III		
	Hasta 12,56 cm ² 74,1%	Hasta 50,24 cm ² 20,9%	> 50,24 cm ² 5%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cg: 0,018 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,32 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,89 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd: 1,52 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039 1 cf: 0,09 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,53 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 1 cd: 0,38 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ci: 2,1 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,86 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 2 cd: 0,76 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cj: 2,2 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 4,34 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ck: 5 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 7,52 €

MATRIZ COSTES MATERIAL SOCIO SANITARIA (2)

Estadio IV	Hasta 12,56 cm ²	Hasta 50,24 cm ²	> 50,24 cm ²
	51,4%	28,6%	20%
Material Cura Tradicional	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd:1,14 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cg: 0,018 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 2,7 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd:1,52 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,27 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 5 cd:1,9 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ch: 0,039 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 3,82 €
Material Cura Ambiente Húmedo	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 3 cd: 1,14 1 ce: 0,17 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ci: 2,1 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 4,79 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 4 cd:1,52 2 ce: 0,34 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 cj: 2,2 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 5,44 €	1 ca: 0,379 1 cb: 0,381 1 cc: 0,03 5 cd:1,9 3 ce: 0,51 1 co: 0,0172 1 cq: 0,4725 1 ck: 5 1 cn: 0,098 1 cñ: 0,003 Total: 8,79 €