



**Universitat de les
Illes Balears**

Títol: ¿Cuál es la importancia de las úlceras por presión en los usuarios atendidos en España y cuáles son las implicaciones éticas y legales que tienen las enfermeras en la aparición de dichas úlceras en los pacientes bajo su cuidado?

NOM AUTOR: Lucía Vioque Muñoz

DNI AUTOR: 41583363-F

NOM TUTOR: Rosamaría Alberdi Castell

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d'Infermeria

Paraules clau : Úlcera por presión, prevalencia, coste, bioética, responsabilidad legal

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

Resumen:

Este trabajo está centrado en responder mediante la revisión de la bibliografía a diversas cuestiones que rodean a las úlceras por presión (UPP).

En primer lugar, se abordarán la prevalencia y la mortalidad que tienen en España las úlceras por presión, comparando los datos con resultados de estudios internacionales; más tarde, se comentará el coste económico que suponen para el Sistema de Salud la prevención y el tratamiento de estas lesiones, se hablará sobre los principios bioéticos que se conculcan cuando en el ejercicio de la profesión enfermera aparece una úlcera por presión y por último, se dará a conocer qué delitos y faltas se están cometiendo y qué penas existen si aparecen este tipo de lesiones en pacientes bajo nuestro cuidado y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad.

Introducción:

Las UPP son un problema que se conoce desde la antigüedad puesto que algunos papiros egipcios y estudios paleontológicos lo muestran (1). Más tarde, en 1593, el cirujano alemán Fabricius Hildanus ya describía las características clínicas de las úlceras por presión y La Motte en 1772 destacaba que las fuerzas mecánicas de presión y la incontinencia jugaban un papel importante en su desarrollo (2).

Por consiguiente, podemos afirmar de manera rotunda, que es una cuestión que afecta a la humanidad desde tiempos inmemorables.

Se sabe que son un grave problema de salud por muchos motivos, en los que se encuentran:

- Alta incidencia y prevalencia.
- Repercusión negativa en el paciente que la sufre, deteriorando su salud y disminuyéndole la calidad de vida e incluso provocándole la muerte.
- Elevado gasto económico para el Sistema de Salud.
- Imagen institucional negativa ya que evidencia una carencia de calidad en el cuidado.
- Implicaciones ético-legales para las enfermeras responsables del cuidado de los pacientes que las sufren.

Actualmente existe mucha información sobre su prevención y tratamiento que fácilmente podemos acceder a ella a través de guías de práctica clínica, protocolos, artículos científicos, actas de congresos, etc.

Pero, si hace tanto tiempo que existen y se han estudiado tanto, ¿por qué entre 57.000 y 100.000 personas son atendidas diariamente por padecer una úlcera por presión (1,3) cuando hay evidencia científica que afirma que son evitables en un 95% de los casos? (4).

Pocos enfermeros/as en España conocen el alcance real de estas lesiones tanto a nivel de prevalencia, coste o a nivel legal si el propio usuario o la familia pone una denuncia como ya está pasando en otros países (5,6).

Por todas las cuestiones citadas será interesante hacer tangible la dimensión que abarca este problema de salud, o como decía metafóricamente en 1987 la enfermera británica Pamela Hibbs “epidemia bajo las sábanas” (3,7), que se cree aún hoy en día que es inevitable en pacientes de edades avanzadas con poca o nula movilidad.

Los objetivos que tratarán de contestar a la pregunta planteada son:

1. Identificar qué prevalencia y mortalidad tienen las úlceras por presión en España.
2. Comparar los datos de prevalencia española con estudios internacionales.
3. Averiguar el coste económico que generan las UPP al Sistema Nacional de Salud.
4. Detectar cuáles son los principios bioéticos que se están transgrediendo cuando aparecen UPP en pacientes bajo el cuidado de las enfermeras.
5. Conocer el tipo de responsabilidad legal que puede derivarse de la aparición de úlceras por presión en el Estado Español.

Estrategia de búsqueda bibliográfica y resultados:

Las palabras claves de este trabajo son: úlcera por presión, prevalencia, coste, bioética, responsabilidad legal.

Primeramente, se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para seleccionar los correctos descriptores de la búsqueda:

- Úlcera por presión, pressure ulcer
- Ética, ethics, ética en enfermería
- Bioética, bioethics
- Legislación, legislation, health legislation
- Responsabilidad, legal, liability

Además, fueron empleados sinónimos tales como: úlcera por decúbito, decubitus ulcer, bedsores, pressure sores.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado mediante el metabuscador EBSCOhost y las bases que se han consultado han sido: Pubmed, Cuiden Plus, IBECs, CINAHL, Plus with Full Text, SciVerse (Elsevier), Elsevier.

Se ha buscado en bibliotecas virtuales como Scielo, en una tesis doctoral y principalmente en la página web del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) que ha sido de gran ayuda ya que son los que más han publicado sobre el tema de la UPP en nuestro país.

Los artículos se han buscado en castellano e inglés y son de los últimos diez años. AND y OR son los operadores booleanos que se han utilizado. Algunos ejemplos de ecuaciones de búsqueda:

- Úlcera por presión AND ética en enfermería
- Pressure ulcer OR decubitus ulcer AND ethics
- Úlcera por presión AND legislación
- Pressure ulcer AND liability

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica, se contaba con 30 artículos pero se descartaron 8 y se utilizaron 22. Los artículos excluidos son estudios internacionales que tratan sobre las UPP y sus implicaciones legales. Debido a que el trabajo se centra principalmente en la realidad española (exceptuando la comparación de la prevalencia española con la internacional), estos artículos no eran relevantes para este trabajo.

Discusión:

El desarrollo de la discusión se ha estructurado según los objetivos del trabajo.

1. Identificar qué prevalencia y mortalidad tienen las úlceras por presión en España.

Hasta hace algunos años en España no se disponía de información epidemiológica sobre el “problema” de las úlceras por presión (5), que trascendiera de realidades locales concretas y los estudios que existían utilizaban enfoques metodológicos muy heterogéneos que dificultaban su comparación, lo que llevaba a los investigadores a utilizar datos de otros países. (8)

No obstante, en el año 1999 se realizó un estudio de prevalencia de las UPP en La Rioja (9). Como principales resultados de este estudio, destaca que la prevalencia de UPP en los hospitales de agudos fue del 12,26%, en las instituciones sociosanitarias del 12,84% y en la comunidad del 0,27% para el total de mayores de 65 años.

Este primer trabajo en La Rioja permitió posteriormente acometer la realización de tres estudios nacionales sobre prevalencia en España, en los años 2001, 2005 y 2009 diseñados conjuntamente entre el GNEAUPP y la Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas del Consorci Sanitari de Terrassa.

Obtuvieron los datos por medio de cuestionario postal y en el 2009 también vía on-line. Profesionales de Atención Primaria mediante programas de atención domiciliaria, sanitarios de unidades de hospitalización y de centros sociosanitarios informaron sobre el número de pacientes que presentaban úlceras por presión del total que atendían, junto a otras características como su localización, estadio, etc. (10).

Antes de comentar los resultados obtenidos en los tres estudios, cuyo resumen figura en la Tabla 1, cabe mencionar que las cifras de prevalencia obtenidas son estimaciones a la baja ya que los profesionales que informaron sobre el número de pacientes con UPP, son los que priorizan las UPP como importantes, poniendo medidas de prevención y tratamientos eficaces, hecho que comporta que los resultados sean más bajos que si la información proviniera de instituciones donde los profesionales no están tan motivados con la prevención y curación de las UPP (10).

En cuanto a los resultados de los tres estudios nacionales, llama la atención que en 2001 la prevalencia cruda estimada para Atención Primaria fue del 8,34% y en 2005 de 3,73% cuando no se realizó durante esos años ningún programa de prevención nacional.

Tras obtener en 2009 una prevalencia cruda del 5,89%, los autores pensaron que en 2005 se había llevado a cabo algún sesgo.

El equipo de investigación, se dedicó a revisar los datos de nuevo, detectando el posible sesgo y concluyendo que si los datos se corrigieran, la cifra de 2005 sería semejante a la obtenida en 2009.

Si examinamos las cifras obtenidas en Atención Primaria, vemos que ha habido un descenso en la prevalencia y la posible explicación que dan los autores es la mayor utilización de medidas preventivas que, a pesar de que en muchas comunidades autónomas no están cubiertas por el sistema público, muchas familias las adquieren por sus propios medios. Además, afirman que si la provisión por parte del Sistema Nacional de Salud estuviera generalizada, la prevalencia disminuiría (10).

En referencia a los hospitales, se observa que es el ámbito asistencial que presenta una mayor prevalencia. Estos datos manifiestan la necesidad de aumentar las medidas de prevención y la realización de curas basadas en tratamientos eficaces que sigan las últimas evidencias científicas.

Los centros sociosanitarios son el ámbito de atención que presenta una menor prevalencia a lo largo de los años. La bibliografía justifica estas cifras expresando, como se ha mencionado anteriormente, que son instituciones en las que se prioriza el problema de las UPP, pero igualmente consideran que desgraciadamente son muy pocos los centros así en nuestro país y mucho menos los de gestión pública.

Además, en muchos centros sociosanitarios, el ánimo de lucro desmedido se traduce en la invisibilidad del problema y en la gran escasez de personal cualificado (10). También es común que, por sus connotaciones negativas en dimensiones como la calidad de los cuidados, los sistemas de pago e incentivos a la actividad y calidad asistencial, el marketing de las instituciones y otros elementos, se propicie a una infravaloración o infradeclaración, no facilitando el número de pacientes real con UPP que acogen esos centros (3).

El hecho de proporcionar unos cuidados de calidad donde no hubiese cabida para las UPP debería ser prioritario para todas las instituciones, públicas o privadas ya que si no, están aumentando las ganancias a costa de la salud de los usuarios y es algo que va en contra de toda ética y no tendría que estar permitido. Igualmente, hacer invisible el tema de las UPP y no declarar los verdaderos datos por sus connotaciones negativas no hace más que hacer que el tema de las UPP continúe vigente.

Es cierto que en términos generales parece que hay una ligera tendencia a ir disminuyendo la prevalencia de las úlceras en los años 2001, 2005 y 2009 y, si comparamos estos datos con los que se obtuvieron en La Rioja en 1999, vemos que la prevalencia ha descendido a nivel hospitalario y en los centros sociosanitarios.

Sin embargo, la prevalencia en pacientes de >65 años que están en programas domiciliarios era menor en 1999.

Ahora bien, las cifras evidencian que todavía constituyen un importante problema en la sanidad pública (10).

Para poder visualizar el alcance de estas lesiones un poco más detallado, pueden observarse las Tablas 2, 3 y 4 donde se reflejan las localizaciones más frecuentes de las UPP, los estadios de la lesión más severa y una comparación de UPP por sexos y ámbito de atención del último estudio de 2009.

En la Tabla 2, se observa que las localizaciones más frecuentes son el sacro (32,8%) y los talones (28%), hecho que sugiere que la posición decúbito supino es la postura en la que los pacientes pasan el mayor tiempo sin que se les realice cambios posturales ya que si se observan las úlceras que se producen en decúbito lateral, solo son responsables de un 7,6% (troncánteres) y un 6,6% (maléolos).

Si observamos la Tabla 3, se aprecia que el estadio más frecuente en severidad es el II puesto que supone un 42% de las úlceras. La bibliografía consultada considera que el aumento de la prevención y la actuación temprana hacen que las lesiones no evolucionen a estadios más graves (10).

En la comparación por géneros que se hace en la Tabla 4, se demuestra que las úlceras por presión poseen una mayor prevalencia en el género femenino como ya apuntaban en 2003 Verdú et al. (11).

La revisión bibliográfica muestra que estas lesiones comportan una morbimortalidad asociada importante, pudiendo desencadenar numerosas complicaciones como la sobreinfección, local a sistémica, que alterarán la dinámica terapéutica y aumentarán notoriamente la probabilidad de morir (6).

En el citado trabajo de Verdú et al. (11), se estudió la mortalidad por úlceras por presión como causa básica de defunción en España en personas mayores de 65 años.

El estudio abarcó un periodo entre 1987 a 1999 y se observó que la probabilidad de que muera un paciente con UPP aumenta con la edad.

Encontraron cifras de hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres.

En los años estudiados murieron un total de 5.268 personas por UPP y en último año de estudio por cada 100.000 defunciones en España, 165 fueron por esta causa. (1, 12)

A pesar de las elevadas cifras, los autores del estudio opinan que éstas están infravaloradas teniendo en cuenta la heterogeneidad y escasez en la cumplimentación de los certificados de defunción (1).

Thomas y Allman, investigadores que han estudiado en profundidad las UPP, afirman que la presencia de una úlcera por presión en personas de edad avanzada aumenta de dos a cuatro veces el riesgo de muerte (1, 6, 12).

El asunto toma tintes dramáticos cuando en la literatura hallamos cifras como las encontradas en Estados Unidos, donde se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias, son diagnosticadas de úlceras por presión y de ellas cerca de 60.000 mueren como consecuencia de complicaciones derivadas de las UPP (6).

Estas cifras son alarmantes porque las UPP no solo crean sufrimiento en el paciente sino que también puede llegar a provocarle la muerte y es inadmisibile cuando se trata de una muerte prevenible.

2. Comparar los datos de prevalencia española con estudios internacionales.

Los datos de prevalencia en España son muy similares a países vecinos como Francia (8,9%) o Portugal (12,5%) (10), Alemania (11,7 %) (13) y mejores que los de Irlanda (18,5%), Bélgica (21,1%), Reino Unido (21,9%), Dinamarca (22,7%), País de Gales (26,7%) (10).

La prevalencia en hospitales españoles es muy semejante a la de Italia, con un 8,1% y mejor que en Suecia, con un 22,9% según los resultados de un estudio piloto de prevalencia, realizado en hospitales de cinco países europeos (Bélgica, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia) (14).

Del mismo modo que en España, las localizaciones anatómicas más comunes afectadas por UPP eran el sacro en Italia y Reino Unido y los talones en Bélgica, Portugal y Suecia (14)

Thoroddsen realizó una encuesta nacional de prevalencia en Islandia en 22 hospitales y la prevalencia fue de 8,9%, el estadio más frecuente fue el I y la localización predominante en los pies (6).

En su tesis Soldevilla apunta 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” (6).

Si cruzamos las fronteras europeas, en países como Jordania la prevalencia también se sitúa en valores semejantes a los nuestros (12%) (10).

En la Universidad de Saint Louis en EE.UU. se afirma que el sacro es el sitio más frecuente de úlceras (36%) seguido del talón (30%) y otras áreas alrededor del 6%, datos muy semejantes a la realidad española (15).

Llama la atención un estudio chino realizado en 2010 por sus diferentes cifras en comparación con las de los países mencionados, obteniendo una prevalencia de un 1,8% en un hospital de 3.000 camas con la región sacra como la más frecuente (16).

No se tienen datos que nos permitan comparar la prevalencia en programas de atención domiciliaria porque los sistemas sanitarios varían de unos países a otros (10).

Respecto a centros sociosanitarios (residencias geriátricas), el estudio más importante fue el publicado en 2004 en EE.UU por Park-Lee que incluye el conjunto de residencias asistidas y que muestran una prevalencia del 11%, siendo más elevada que en nuestro país (10).

Parece evidente que las UPP no solo son un problema en nuestro país, sino que nuestros países vecinos comparten nuestras cifras de prevalencia y los países del norte incluso las superan.

3. Averiguar el coste económico que generan las UPP al Sistema Nacional de Salud.

El estudio español que con más detalle ha establecido el coste anual que provocan las úlceras por presión al Sistema de Salud fue publicado en 2007 por Soldevilla et al. (12)

Se estimó que el coste total del tratamiento de las úlceras por presión en un año es aproximadamente de 461 millones de euros, cerca del 5% del gasto sanitario anual. No obstante, los autores refieren que se trata de una estimación a la baja.

En Tabla 5 puede verse una aproximación del coste anual del tratamiento de las UPP en España dividido en atención primaria, hospitalización y centros sociosanitarios.

Según esta investigación, la mayoría (50%) de los pacientes son tratados en Atención primaria, mientras que sólo representan un 22,7% del coste total. De la misma manera, el 20% están siendo tratados en el hospital con un gasto del 26,2% del total y por último, aunque en los sociosanitarios se atiende al 30% de los pacientes con UPP, este nivel representa el mayor coste, con un 51,1% del coste total.

Es interesante que el mínimo gasto lo produce el ámbito donde más pacientes hay y que en los centros sociosanitarios sea donde se gaste más dinero.

Como se observa en la Tabla 6, lo que encarece más la curación de las UPP son las estancias adicionales en el hospital. Por el contrario, el coste de los materiales utilizados representa una parte minoritaria (67,4 millones) de los 461 millones totales.

Por último, en la Tabla 7 se puede observar como la severidad de una úlcera va aumentando el gasto global porque el tiempo de curación es más prolongado y la aparición de complicaciones más alta en los casos más severos. (12)

Destaca que en la atención sociosanitaria la úlcera de estadio I cueste 43€ y la de estadio II 1.767€. Los autores comentan que “es 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”.

Un gasto inferior al de nuestro país se da por ejemplo en el Servicio de Salud Inglés, puesto que el estudio realizado por Bennet, Dealey y Posnett en el año 2002 señala que la sanidad inglesa se gasta de entre 1,4 y 2,1 millones de libras esterlinas anuales (lo que supone un 4% del presupuesto).

Allman afirma que la estancia hospitalaria aumenta hasta 5 veces cuando los pacientes desarrollan una UPP, con un coste hospitalario medio cercano al doble de la situación normal (12).

Dado el increíble gasto que constituyen las UPP, los autores confían en que medidas efectivas de prevención, asegurar una pronta detección y el tratamiento precoz sean lo necesario para reducir los costes.

Si sabemos que las UPP son prevenibles, estos altísimos costes también lo son. Actualmente, la actual crisis económica, repercute en la prevención y curación de las úlceras por presión en el número y/o en la calidad de los materiales disponibles y, por lo tanto, en el cuidado que recibe el paciente.

4. Detectar cuáles son los principios bioéticos que se están transgrediendo cuando aparecen UPP en pacientes bajo el cuidado de las enfermeras.

Las UPP y la transgresión del principio de no maleficencia están directamente relacionados. Si como ya hemos afirmado anteriormente, estas lesiones son prevenibles, nos encontramos ante la conculcación clara del principio de “no dañar”. En la dimensión del tratamiento, este “no dañar” estaría dirigido a proporcionar el mejor tratamiento posible y las medidas para mitigar el sufrimiento en el caso de pacientes en fases terminales (3)

Algo que está claro es que corresponde a los profesionales de la salud y en especial a la enfermera, diseñar un plan de cuidados que gestione la aparición de las UPP, respetando los principios éticos fundamentales (17).

Otro principio bioético al que tenemos que hacer referencia es el principio de justicia, centrado en el ámbito de la bioética clínica, en la justicia distributiva.

Al margen del inmenso coste económico que ya hemos visto que representan las úlceras por presión, “la obligación ética que se plantea en el ámbito de la justicia es doble; por una parte, disponer de los recursos materiales necesarios para poder proporcionar una adecuada prevención y, por otra, el aprovechamiento al máximo de los recursos disponibles para el beneficio de la sociedad en general, es decir, el uso eficiente de estos, siempre partiendo del supuesto básico de que contamos con la cantidad de recursos humanos adecuados para su implementación.”

A nivel general del Sistema de Salud, la actual situación de crisis económica evidencia aún más la necesidad de conseguir la máxima eficiencia sin perder la equidad. (3)

La transgresión de estos dos principios es éticamente injustificable. El “no dañar” y el disponer de los recursos necesarios y el empleo de estos de forma eficiente son cuestiones clave en nuestra profesión si nuestro objetivo es siempre el beneficio del paciente.

5. Conocer el tipo de responsabilidad legal que puede derivarse de la aparición de úlceras por presión en el Estado Español.

En los últimos años en nuestro país se está produciendo un significativo incremento en el cuestionamiento sobre muchos resultados de las actuaciones y prestaciones sanitarias (18). Y las UPP no son una excepción.

Si la literatura afirma que las úlceras por presión son evitables en un 95% de los casos (4) gracias a: la valoración del riesgo de presentar UPP mediante escalas establecidas (5), al cuidado de la piel, manejo de la presión y evitando la malnutrición y el déficit de hidratación (19), éstas se pueden considerar muestras de negligencia con importantes implicaciones legales para los profesionales y las instituciones (6).

Hasta ahora, las úlceras estaban consideradas como procesos banales e inevitables, inherentes a la edad avanzada, situaciones terminales e inmovilidad pero actualmente usuarios y familiares, ante la falta de prevención o tratamiento adecuado han empezado a reclamar y denunciar, hecho que no es nuevo en países como los EE.UU o el Reino Unido (5, 18, 20). Aun así, en España es una dimensión poco conocida por parte de los profesionales de la salud, las instituciones y aún menos por los usuarios.

Dado que es un tema trascendental por las graves consecuencias que conlleva, está claro que es de vital importancia tratarlo y no esperar sentencias por negligencia y mala praxis. (10) Los profesionales de la salud tienen la obligación de actuar conforme la Lex Artis, que es la diligencia del buen especialista, esto es actuar según lo que la ciencia del momento exige para cada caso concreto. (10)

En el cuidado de las úlceras por presión, se considera de manera unánime que la responsabilidad recae en el profesional de enfermería (titulado y por delegación, en el auxiliar) siendo su deber el diseñar e implementar un plan de cuidados (3) que esté en concordancia con las guías y protocolos de actuación sobre prevención y tratamiento así como proporcionar a los pacientes información sobre los cuidados que se les realiza (5) Por consiguiente, si esto no se lleva a cabo, se considerará mala praxis y estaremos incurriendo en un delito.

En cualquier litigio, la historia clínica es un importantísimo medio de prueba de diligencia ante cualquier reclamación judicial (5,20) ya que la ausencia de anotaciones es considerada una gran evidencia de negligencia (18). Este hecho nos sugiere la famosa frase “Si no está registrado, no está hecho” (20).

Además del registro por escrito, la literatura recomienda siempre que sea posible, y con el consentimiento del paciente, “incluir registros fotográficos de las UPP ya que además de facilitar su seguimiento y en consecuencia su mejor atención, van a ser de gran ayuda 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” (18).

Desafortunadamente, la realidad es que el nivel de documentación de los cuidados es bajo. Un estudio en Asturias en el año 2004 recogió datos de 103 historias clínicas de pacientes con heridas crónicas atendidos en Atención Primaria y los resultados fueron 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 (18).

Para cuantificar el grado de implementación de los planes de cuidado, en Andalucía se hizo una investigación en la que las conclusiones afirmaban que: “el grado de implantación en la práctica clínica habitual de instrumentos para el cuidado preventivo y de tratamiento de las UPP es aún insuficiente en los tres ámbitos de atención estudiados: Atención Primaria, hospitalaria y socio-sanitaria” (21).

Además del bajo seguimiento de las prácticas clínicas, se siguen utilizando medidas de tratamiento desaconejadas desde hace más de una década. Apoyar la planificación de los cuidados basándose únicamente en la experiencia empírica clínica de los profesionales ha demostrado claramente su insuficiencia si esta experiencia no es contrastada con las evidencias científicas (3).

Esto se reproduce en “una mala praxis por falta de conocimientos, aptitudes o actitudes.” (3) y la Ley establece que “la ignorancia no es excusa”. Las enfermeras y los médicos están bajo la obligación legal de mantener al día en sus conocimientos como parte fundamental de su deber legal (20).

Si existen muchas guías de prácticas clínicas tanto internacionales (22, 23) como nacionales (24), ¿por qué el grado de implementación de planes de cuidados es bajo?, ¿por qué no se incorporan nuevas evidencias en la práctica diaria? Y por último, ¿es solo responsabilidad de las enfermeras? La respuesta que da la literatura es: no.

Si bien es cierto que los profesionales de enfermería son responsables del diseño y seguimiento de un plan de cuidados, análogamente el centro sanitario y en concreto los profesionales de la gestión, tanto asistencial como administrativa y de soporte, tienen la obligación de procurar los recursos materiales y organizativos adecuados (3, 5).

Pero en un tribunal, el carecer de los medios necesarios para la prevención y el tratamiento no exime de responsabilidad al personal. Para que los profesionales no sean considerados responsables de la falta de medios deberán poder demostrar que han 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 y esta acreditación ha de ser, en lo posible, escrita (6).

En España, se puede reclamar judicialmente además de por las vías civil y contencioso-administrativa (o responsabilidad patrimonial del Estado), por la vía penal (18):

Los tipos de responsabilidades que hay son:

- La **responsabilidad civil** es la que se da entre particulares: entre el paciente (o sus familiares) y el personal y el centro sanitario en el ámbito de la sanidad privada (18).
- La **responsabilidad patrimonial del Estado** (jurisdicción contencioso-administrativa) es la que se da por presunta atención sanitaria deficiente contra la Administración sanitaria o centros contratados o concertados por ésta (18).
- La **responsabilidad penal** se da cuando *“se incurre en actos u omisiones que se encuentren tipificados como delito o falta en el Código Penal”* (18).

La conducta es tanto voluntaria o dolosa, como imprudente (lo más usual en el ámbito sanitario.)

Algunas de estas circunstancias, además de la pena privativa de libertad, pueden comportar la inhabilitación especial para la profesión durante un tiempo determinado que será determinado por sentencia. (18)

El código penal español también contempla el homicidio por UPP. En este caso se trata de una imprudencia profesional grave constitutiva de delito que conllevaría, además de las penas de prisión de entre uno y cuatro años, inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión de tres a seis años. Y por el contrario, será una falta si el homicidio se produce por una imprudencia leve y se castigará con pena de multa de uno a dos meses (18).

Paradójicamente, si como consecuencia de falta de prevención o de tratamiento de una UPP, se causa la pérdida, inutilidad de un órgano o miembro principal o grave deformidad, el responsable puede ser castigado con la pena de prisión de seis a doce años siendo esta pena más grave que en el homicidio imprudente. Y cuando se trate de un miembro no principal la pena de prisión será de tres a seis años (18).

Cuando se trata de lesiones causadas por imprudencia grave que precisen para su cura, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento quirúrgico, 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 (18).

Como ya se ha mencionado, en España es todavía poco frecuente que el tribunal intervenga en casos de UPP pero a continuación, se mostrarán dos casos reales internacionales y uno nacional:

Hawai, 2000: se 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 (6).

Texas, 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 (6).

España, 2002. Concretamente en Granada, una institución pública fue denunciada por el fallecimiento de un paciente y el tribunal condenó a la Administración por falta de recursos hospitalarios suficientes “de tipo mecánico y personal”. Además se consideró negligencia del centro no haberse dotado de un protocolo de enfermería adecuado para prevenir (8).

A pesar de que ese suceso se condenó, no es lo habitual ya que en España hay muchos casos que por falta de conocimientos por parte de los peritos judiciales y médicos forenses se exculpa a los profesionales o los centros, porque se cree que si se pusieron medidas de prevención o tratamientos (aunque éstos fueran insuficientes o poco aconsejables) quedan exonerados de responsabilidad. Y lo que es peor aún, todavía se cree que es inevitable que se produzcan si el paciente ingresa en unidades como UCI o está en una situación terminal (8).

El aumento de reclamaciones y denuncias por parte de los usuarios y las familias por mala praxis en la aparición de las UPP es algo inminente, por lo que el diseño de planes de cuidados y la implementación de éstos deberían de estar a la orden del día. Los gestores también deben dotar de los materiales necesarios para que ese 95% de prevención sea posible. No solo por las increíbles repercusiones que causan las UPP a los pacientes, sino también para evitar penas de inhabilitación y/o prisión.

El registro en la historia clínica es algo que los enfermeros/as tendrían que tener hacer siempre ya que es la única prueba que les puede exonerar de responsabilidad en un tribunal.

Conclusiones:

Gracias a la bibliografía, se ha podido contestar la pregunta que se había planteado al principio de este trabajo de manera completa, respondiendo los cinco objetivos que se propusieron.

Como hemos visto, las cifras epidemiológicas de las UPP son alarmantes.

Se ha observado que el sacro y los talones, son las localizaciones más frecuente de UPP, hecho que indica que la postura más habitual es decúbito supino. También se conoce que el estadio que con más frecuencia es el más severo es el II. Dentro de la gravedad del asunto, es preferible que sea de estadio II ya que si no evoluciona a estadios más graves hay menos probabilidad de que se creen complicaciones y además, tardará menos tiempo en cicatrizar si se proporciona un buen cuidado. En relación a la comparación por sexos, se aprecia que las mujeres presentan una mayor prevalencia que los hombres.

En cuanto a la prevalencia, los hospitales presentan las mayores cifras, dato que evidencia la mayor necesidad de aumentar la prevención mediante la valoración del riesgo mediante escalas establecidas, el cuidado de la piel, el manejo de la presión y evitando la malnutrición y el déficit de hidratación. Además, los tratamientos deben estar en concordancia con las últimas evidencias científicas.

Los centros sanitarios son los que presentan una menor prevalencia porque los profesionales que participaron en el estudio de prevalencia son los que más priorizan el tema de las UPP, cosa que hace que disminuya la prevalencia. La infradeclaración de las cifras reales por parte de los centros con ánimo de lucro dadas sus connotaciones negativas ha conferido datos que no se corresponden con la realidad de las UPP.

Proporcionar cuidados de calidad debería ser el objetivo prioritario de todas las instituciones, ya sean privadas o públicas. Hacer invisible el tema de las úlceras por presión, continuar priorizando el aumento de beneficios y la buena imagen del centro, evita que esta “epidemia” desaparezca o incluso empeore.

Aunque parece ser que la tendencia de la prevalencia de los tres niveles asistenciales es ir disminuyendo, todavía las cifras son muy altas, semejantes a la de países como Francia, Portugal o Alemania y mejores que en Bélgica, Reino Unido o Suecia.

Se ha podido observar que los pacientes llegan incluso a morir por úlceras por presión y es inaceptable que las personas mueran por una situación que podría haber sido prevenida, podríamos decir así, que se trata muertes prevenibles.

Como se ha mencionado, el gasto económico que producen las UPP es muy alto y esto se debe en mayor medida a los centros sociosanitarios, las estancias extras hospitalarias y a las úlceras de mayor severidad.

Este coste es prevenible y al ser un gasto tan elevado, la situación actual de crisis económica va a hacer que tanto la prevención como la curación se vean influidas negativamente y por lo tanto repercutirá en el cuidado que reciba el paciente.

Tras la aparición de una UPP, se está trasgrediendo ese “no dañar” que promulga el principio bioético de no maleficencia y si no disponemos de los materiales adecuados o hacemos un uso incorrecto de los mismos no estaremos respetando el principio de justicia.

La transgresión de estos dos principios es éticamente injustificable ya que nuestro objetivo es siempre el beneficio del paciente.

Como se ha comprobado, el grado de implementación de protocolos es bajo y es algo que además de que ayuda a disminuir las cifras de las UPP, junto con el registro en la historia clínica de los cuidados realizados, excluyen de responsabilidad civil, administrativa y penal.

Para solventar estos problemas y en general la situación de las úlceras por presión, se les debería dar la importancia que tienen. Todos los profesionales (enfermeros/as, gestores, directores) tendrían que conocer el alcance real de las UPP, recibiendo información sobre las cifras epidemiológicas y las implicaciones ético-legales que se derivan de éstas. Esto ayudará a concienciar a los sanitarios de la magnitud del problema al que nos enfrentamos.

Además, debería realizarse (como ya se está haciendo en algunos hospitales) cursos por parte de enfermeras cualificadas, donde se forme al personal sobre la correcta prevención y curación y además, se les muestre las nuevas evidencias científicas.

Aunque los centros tengan la obligación de tener protocolos de actuación, como ya se ha mencionado, el grado de implementación es bajo. Por lo tanto, la realización de controles de calidad de manera aleatoria garantizaría que existieran esos protocolos y que estuvieran vigentes en el día a día. Se debería sancionar de alguna manera a los profesionales o centros que no cumplieren con los objetivos propuestos. Es importante destacar que es responsabilidad de las instituciones el proporcionar los materiales adecuados, así que es competencia de los gestores proveer al centro de lo necesario para la prevención y la curación.

Sería interesante realizar investigaciones con el propósito de averiguar la verdadera prevalencia (sin estimaciones a la baja) con el objetivo de ver qué instituciones presentan más UPP para poder poner remedio ya que si el problema de las UPP se mantiene en silencio, si se trata como algo inherente a la edad avanzada o a la inmovilidad, los que seguirán sufriendo son los pacientes y ninguno de nosotros querría para un familiar o incluso para sí mismo una úlcera por presión.

Ahora que hemos dimensionado la situación, está en las manos de las enfermeras actuar para no solo ser buenas profesionales, sino ser excelentes ya que como hemos visto nuestras acciones y la carencia de ellas tienen consecuencias tanto para los usuarios como para las enfermeras.

Bibliografía:

1. Curso Cuidados y registros de enfermería en la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular. Unidad 1: Aspectos ético-legales en el sistema sanitario relacionados con las UPP. Disponible en:
http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/integridad_cutanea.pdf
2. Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Etiopatogenia y Clasificación de las Úlceras por Presión. [monografía en Internet]. O Projecto ICE (Investigação Científica em Enfermagem) [acceso 22 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/10.pdf> .
3. Zabala Blanco J, Torra i Bou JE, Sarabia Lavín R, Soldevilla Agreda JJ. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. Gerokomos [revista en Internet]. 2011 diciembre. [acceso 11 de abril de 2013]; 22(4): 184-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400006>.
4. Hernández Martínez-Esparza E, Verdú Soriano J. Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 marzo [acceso 22 de mayo de 2013]; 23(1): 30-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2012000100006&script=sci_arttext.
5. Soldevilla JJ, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. [monografía en Internet]. Madrid: SPA; 2004. [acceso 12 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.seapremur.com/Congreso_Moratalla/Talleres/Monografia%20aspectos%20legales%20Ulceras%20presion.pdf.
6. Soldevilla Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal [Tesis en Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007 [acceso el 2 de marzo de 2013].

Disponible en:

http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/39_pdf.pdf.

7. Con Redondo J de, Martínez Cuervo F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. Gerokomos [revista en la Internet]. Junio 2009 [acceso 5 de abril de 2013]; 20(2): 92-97. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2009000200007>.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006 [monografía en Internet]. España; GNEAUPP [acceso el 2 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/10_pdf.pdf
9. 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/Helcos 1999; 10 (2): 75-87. Citado por: Soldevilla JJ, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. [monografía en Internet]. Madrid: SPA; 2004. [acceso 12 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.seapremur.com/Congreso_Moratalla/Talleres/Monografia%20aspectos%20legales%20Ulceras%20presion.pdf. Citado por: Soldevilla JJ, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. [monografía en Internet]. Madrid: SPA; 2004. [acceso 12 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.seapremur.com/Congreso_Moratalla/Talleres/Monografia%20aspectos%20legales%20Ulceras%20presion.pdf.
10. Soldevilla Agreda José Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, López Casanova Pablo. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en la Internet]. 2011 junio. [acceso 11 de abril de 2013]; 22(2): 77-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

928X2011000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000200005>.

11. 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.
12. Soldevilla Agreda J. Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Posnett John, Verdú Soriano José, San Miguel Lorena, Mayan Santos José M. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2007 diciembre [acceso el 7 de marzo de 2013]; 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2007000400007>.
13. Lahmann NA, Halfens RJG, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers in Germany. *Journal of Clinical Nursing* [revista en Internet] 2005. [acceso el 3 de mayo de 2013]; 14, 165–172. Disponible en: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000002818/2_Kapitel2.pdf?hosts= .
14. 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. [acceso el 1 de mayo de 2013] .4 (2). Disponible en: http://www.epuap.org/review4_2/page8.html.
15. Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [revista en Internet] 2001. [acceso el 6 de mayo]; 68(8): 704-722. Disponible en: <http://ccjm.org/content/68/8/704.full.pdf>.
16. Zhao G, Hiltabidel E, Liu Y, Chen L, Liao Y. A cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China. *Ostomy Wound Manage* [revista en Internet] 2010. [acceso el 6 de mayo]; 56 (2): 38-42. Disponible en: <http://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/OWMYilan.pdf> .

17. Leyva-Moral JM. Úlceras por presión y la ética del cuidado: a propósito de un caso. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León [revista en Internet] 2007 [acceso el 2 de marzo de 2013]; 38 (1): 8-11. Disponible en: http://www.geocities.ws/rsmqhpl/38_s1_8.pdf.
18. Soldevilla Agreda J. Javier, Navarro Rodríguez Sonia. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos [revista en la Internet]. 2006 diciembre [acceso el 21 de marzo de 2013] ; 17(4): 203-224. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2006000400005>.
19. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Servei de Salut. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión [monografía en Internet]. 2007 [acceso el 3 marzo de 2013] Disponible en: http://www.cruzroja.es/centros_sanitarios/Palma/img/pdf/PTUP.pdf.
20. Clakson A. Are pressure ulcers an act of nursing negligence? Wounds UK [revista en Internet] 2007. [acceso el 2 de marzo del 2013]; 3(2): [78-85]. Disponible en: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_9134.pdf.
21. 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 [revista en Internet] 2005 [acceso el 2 de mayo del 2013]; 16 (4): 219-28. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1364931>.
22. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. [monografía en Internet] Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [acceso el 3 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/10_pdf.pdf.

23. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prevención y tratamiento de Úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención [monografía en Internet]. México: División de excelencia clínica; 2009 [acceso el 3 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/55_pdf.pdf .

24. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión [monografía en Internet]. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009 [acceso el 3 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/52_pdf.pdf

Anexos:

Tabla 1. Prevalencia cruda de los pacientes con UPP en España en los años 2001, 2005 y 2009 según el ámbito de atención.

| Ámbito de atención | % pacientes con UPP | | |
|-----------------------|---------------------|------|------|
| | 2001 | 2005 | 2009 |
| Atención Primaria | 8,34 | 3,73 | 5,89 |
| >14 años | 0,11 | 0,07 | 0,06 |
| > 65 años | 0,54 | 0,33 | 0,3 |
| Hospital | 8,24 | 8,24 | 7,2 |
| Centro sociosanitario | 6,46 | 6,10 | 6,39 |

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de: Soldevilla Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal [Tesis en Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007 [acceso el 2 de marzo de 2013]. Disponible en:
http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/39_pdf.pdf.

Tabla 2. Localización anatómica de las UPP ordenada de mayor a menor frecuencia.

| Localización | % pacientes con UPP |
|--------------|---------------------|
| Sacro | 32,8% |
| Talones | 28% |
| Trocánteres | 7,6% |
| Maléolos | 6,6% |

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de: Soldevilla Agreda José Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, López Casanova Pablo. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en la Internet]. 2011 junio. [acceso 11 de abril de 2013] ; 22(2): 77-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000200005>.

Tabla 3. Estadio de la lesión más severa.

| Estadio | % Pacientes con UPP |
|----------------|----------------------------|
| I | 19,3% |
| II | 43% |
| III | 24,5% |
| IV | 13,2% |

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de: Soldevilla Agreda José Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, López Casanova Pablo. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en la Internet]. 2011 junio. [acceso 11 de abril de 2013] ; 22(2): 77-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000200005>

Tabla 4: Comparación por sexos y por ámbito asistencial.

| Ámbito asistencial | Mujeres | Hombres |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Atención Primaria | 63,7% | 36,3% |
| Hospitales | 40,7% | 59,3% |
| Centros sociosanitarios | 70,3% | 29,7% |

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de: Soldevilla Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal [Tesis en Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007 [acceso el 2 de marzo de 2013]. Disponible en:

http://www.gneapp.es/app/adm/publicaciones/archivos/39_pdf.pdf.

Tabla 5. Costes nacionales del tratamiento de las UPP en España por nivel asistencial:

| Estadio de las lesiones | Atención primaria (millones de euros) | Hospital (**) | Atención sociosanitaria |
|---|---------------------------------------|---------------|-------------------------|
| I | 7,18 | 2,8 | 1,98 |
| II | 23,97 | 15,75 | 101,62 |
| III | 34,68 | 62,90 | 87,87 |
| IV | 38,74 | 39,59 | 44,32 |
| Todas | 104,57 | 121,04 | 235,79 |
| 461 millones de | (22,7%) | (26,2%) | (51,1%) |
| *Sector donde se ha proporcionado la mayor parte de cuidados. | | | |

Fuente: Soldevilla Agreda J. Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Posnett John, Verdú Soriano José, San Miguel Lorena, Mayan Santos José M. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 diciembre [acceso el 7 de marzo de 2013]; 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2007000400007>.

Tabla 6. Coste por estadio, coste total gasto en materiales, tiempo de enfermería y gasto en estancias extras en el hospital y en centros sociosanitarios de las UPP anualmente en España.

| Estadio de las lesiones | Costo total (millones de euros) | Materiales | Tiempo de enfermería | Estancia extra hospital | Estancia extra sociosanitaria |
|-------------------------|---------------------------------|-------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| I | 11,96 | 7% | 93% | - | - |
| II | 141,34 | 12% | 14% | 48% | 26% |
| III | 185,45 | 15% | 19% | 44% | 22% |
| IV | 122,66 | 16% | 20% | 45% | 19% |
| Todas | 461 mill € | 67,4 mill € | 88,6 mill € | 205,8 mill € | 99,7 mill € |
| | | 14,6% | 19,2% | 44,6% | 21,6% |

Fuente: Soldevilla Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal [Tesis en Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007 [acceso el 2 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/39_pdf.pdf.

Tabla 7 . Coste medio del tratamiento de una UPP por paciente y por nivel asistencial.

| | APS | Hospital | Sociosanitaria |
|-------------|---------|----------|----------------|
| Estadio I | 108 € | 24 € | 43 € |
| Estadio II | 220 € | 136 € | 1.767 € |
| Estadio III | 655 € | 2.309 € | 3.282 € |
| Estadio IV | 2.868 € | 6.802 € | 4.935 € |

Fuente: Soldevilla Agreda J. Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Posnett John, Verdú Soriano José, San Miguel Lorena, Mayan Santos José M. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 diciembre [acceso el 7 de marzo de 2013]; 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2007000400007>.