

Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales

*J. Javier Soldevilla Agreda
Sonia Navarro Rodríguez
Carme Rosell Moreno
Raquel Sarabia Lavín
Galdina Valls Borruei*

AEROCARE superficies de aire alternantes para la prevención y tratamiento de UPP



③ modelos, uno para cada necesidad



AERO 1010



AERO 2010



AERO 3010

Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales

*J. Javier Soldevilla Agreda
Sonia Navarro Rodríguez
Carme Rosell Moreno
Raquel Sarabia Lavín
Galdina Valls Borruei*





Antonio López, 249 - 1º 28041 MADRID

© 2004 SPA, S. L.

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del Copyright.

ISBN: 84-95552-17-5

Índice

Presentación	5
Las úlceras por presión: una epidemia, viva aún en el siglo XXI	7
Las úlceras por presión: dimensión y realidad	13
Aspectos legales de la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión en España	35

PRESENTACIÓN

Sólo desde la ignorancia, el desinterés o la irresponsabilidad se podría negar la importancia que, como problema sanitario, tienen las úlceras por presión. Igualmente, sólo desde parecidas premisas se podría permanecer cómodo o despreocupado frente a las todavía exageradamente elevadas incidencia y prevalencia de las úlceras por presión en nuestro país, más si se tiene en cuenta que, como ya hace tiempo ha quedado sobradamente demostrado, la aparición de estas lesiones es evitable en la práctica totalidad de los casos mediante el seguimiento y la aplicación de una serie de medidas preventivas hoy perfectamente conocidas, sencillas de implantar y al alcance, si se quiere disponer de ellas, tanto de las administraciones sanitarias y sociales como de las instituciones e instancias asistenciales.

Aún es más grave que, cuando se han desarrollado estas úlceras por presión, bien porque no se ha conseguido evitar su aparición, bien porque no se han puesto los medios para evitarlo, estas lesiones, y especialmente las personas que las han desarrollado, no sean tratadas adecuadamente.

Es evidente que la falta de una prevención y un tratamiento adecuados de las úlceras por presión tiene, o puede tener, un cúmulo de consecuencias de diferente índole y gran importancia: en primer lugar, para las personas que las sufren; en segundo lugar, para los profesionales, las instituciones y las administraciones sanitarias; y finalmente, consecuencias de dimensión tanto sanitaria como económica y –no se olvide– legal, en el sentido de que es susceptible de reclamaciones y demandas en el ámbito judicial.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) es un grupo interdisciplinar, fundado en 1994, que tiene como principales objetivos dimensionar el problema de las úlceras por presión y otras heridas crónicas en nuestro medio y concienciar a la sociedad ante estos importantes problemas de salud para conseguir disminuir su incidencia y su prevalencia, y colaborar en la génesis, discusión y difusión de conocimientos científicos que permitan a los diferentes profesionales implicados en la atención a las UPP y otras heridas crónicas, desarrollar una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas.

Smith & Nephew, compañía que ocupa un lugar destacado en el sector de productos para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, se complace en ofrecer, merced a la colaboración con el GNEAUPP, a los profesionales de enfermería de nuestro país la presente monografía. Con ello pretende contribuir a la formación continuada de estos profesionales en lo que hace referencia a aspectos relevantes de un problema sanitario de tanta importancia como son las úlceras por presión, cuyo manejo, por otra parte, es responsabilidad directa de este colectivo profesional.

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: UNA EPIDEMIA, VIVA AÚN EN EL SIGLO XXI

J. Javier Soldevilla Agreda
Director del GNEAUPP

Introducción

Quiero abrir esta monografía, cuya edición agradezco enormemente a sus patrocinadores, con la expresión de un sentimiento compartido por muchos profesionales del cuidado. Enunciar un proceso como problema es grave, pero encararlo como una epidemia viva ha de ser, sin duda, alarmante para nuestros servicios de salud y para toda esta sociedad del bienestar en la que vivimos.

No me estoy refiriendo a una nueva enfermedad, sino a unas lesiones: **las úlceras por presión** (UPP), de las que sabemos cómo se producen, cómo se evitan casi en la totalidad de las situaciones y la forma más certera de tratarlas cuando se presentan. Un problema por y con el cual, en el siglo XXI, nuestros conciudadanos, especialmente ancianos, discapacitados y enfermos en situación terminal mueren.

Identificado como problema de salud, aspiramos a su pronto control y cercana desaparición con estrategias e intervenciones firmes y decididas. A través de las páginas de esta publicación será fácil descubrir, en los testimonios de los profesionales cuestionados, algunas de estas poderosas armas.

Epidemiología de las UPP en España

Hasta hace apenas unos pocos años no hemos dispuesto en nuestro país de una información epidemiológica sobre este “problema”.

Con el nacimiento del Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en el año 1994, se vehicularon los esfuerzos, que hoy todavía mantenemos, de concienciar a los profesionales sanitarios y a la sociedad sobre la verdadera importancia de las úlceras por presión (UPP). Durante el año 1999 se realizó un estudio de prevalencia de las UPP en la comunidad autónoma de La Rioja. 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. El 43% de los pacientes con UPP estaban en la comunidad, el 34,6% en centros sociosanitarios y el 19,9% en hospitales de agudos. Sólo un 28,6% de los pacientes con UPP, ingresados en hospitales, utilizaban alguna superficie especial para el control de la presión, mientras que en la atención sociosanitaria lo hacían un 19,75%.

Este primer trabajo permitió acometer el Primer Estudio Nacional sobre Prevalencia de las UPP en España.

Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio desglosados según los diferentes ámbitos asistenciales.

La prevalencia de las UPP en el grupo de pacientes atendidos desde la Atención Primaria se estimó en:

- Un 8,34% de los pacientes que recibían Atención Domiciliaria.
- Un 0,54% de los mayores de 65 años.
- Un 0,11% de los mayores de 14 años.

Sólo un 38,5% de los pacientes de Atención Primaria con UPP utilizaban superficies especiales para el manejo de la presión.

La prevalencia media de las UPP en el hospital, según los datos obtenidos, fue del 8,81 +/- 10,21% (IC 95%: 7,38; 10,24).

Esta situación de alta prevalencia de las UPP en los hospitales se ve agravada por dos hechos relevantes: un 16,7% de los pacientes con UPP son menores de 61 años y prácticamente un 80% de las lesiones se ha originado en el entorno hospitalario.

Finalmente, la prevalencia media de las UPP en centros sociosanitarios se cifró en el 7,6 +/- 6,68% (IC 95%: 6,15; 9,04).

Una lectura reposada de estos datos indica que nos encontramos frente a un importante problema de salud que afecta especialmente a las personas mayores, pero también a otros grupos de edad más jóvenes, en todos los niveles asistenciales dependientes de los Departamentos de Salud y de Bienestar Social, lo que evidencia que “la prevención no es considerada como una prioridad”.

Quiero traer a colación en estas líneas, como complicación más severa relacionada con las UPP, la muerte. En los últimos años hemos revisado numerosa literatura extranjera relacionada con los aspectos legales vinculados con las UPP, a los que más tarde aludiré, y descubierto titulares llamativos de implicaciones médico-legales, argumentaciones de forenses, “homicidios por úlceras por decúbito”, etc., que no hacían sino confirmar lo que, también en nuestro país, habíamos podido constatar: hay personas que mueren por estas devaluadas, y a menudo invisibles, úlceras por presión.

Recientemente, el Profesor Verdú y colaboradores de la Universidad de Alicante publicaron un estudio que ponía de manifiesto la dimensión de las UPP en términos de mortalidad. Entre sus datos más significativos destacan que la probabilidad de que una persona muera, como consecuencia de una UPP, aumenta con la edad, siendo un problema que afecta en mayor medida a las mujeres, y que en los trece años estudiados murieron en España 5.268 personas como consecuencia de este problema. Ante la tradicional “débil” cumplimentación

de los partes de defunción, la exclusiva referencia a las muertes codificadas por esta causa, sin contabilizar las muchas personas que mueren por otras causas pero con UPP, estos datos deben ser considerados sólo como la punta del iceberg de este anunciado problema de salud pública.

Las UPP, ¿también un problema económico?

A pesar de observar a diario la violencia de las consecuencias de este problema de salud en el bienestar de los pacientes y sus familias, en su calidad de vida y supervivencia durante años, como he comentado, hemos sido documentalmente ignorantes en cuanto a su dimensión epidemiológica real. Hasta hace muy poco, hablar del coste global de la atención de este problema era, en nuestro país, impensable, y las repercusiones dinerarias eran ignoradas, obviando calibrar los incrementos de tiempo para su cuidado, el gasto farmacéutico directo e indirecto, el aumento de las estancias hospitalarias, etc., en contraste con la abultada literatura generada en este sentido en otros países, especialmente del ámbito anglosajón, en los que esas elevadas repercusiones financieras conducían a considerar las UPP casi como un problema de estado.

Pocos son en nuestro país los trabajos sobre la dimensión económica del tratamiento de las UPP. El Estudio de Prevalencia de Úlceras por Presión en La Rioja (1999), que presentaba unas estimaciones claramente a la baja, permitió una primera aproximación al costo del tratamiento anual que se cifraba en una cuantía superior a los setenta mil millones de las antiguas pesetas.

En nuestro entorno más cercano, los datos más recientes sobre el coste del tratamiento de las UPP en Gran Bretaña los proporcionan Posnett, Bennet y Dealey, en el año 2001. Estos autores, a través de una metodología inductiva, desarrollaron protocolos de cuidados para reflejar buenas prácticas clínicas en el tratamiento de las UPP en diferentes estadios, en instituciones en las que los pacientes no habían ingresado únicamente para ser tratados de ellas. Definieron la utilización diaria de recursos relacionada con el tratamiento, que incluía el tiempo de cuidados de enfermería (cambios de apósitos, cambios posturales del paciente y valoración del riesgo), apósitos, fármacos, pruebas diagnósticas, superficies de apoyo y días de hospitalización en los casos oportunos, llegando a cifrar los costes medios diarios en función del grado de la úlcera, para pacientes que se curan de modo normal. También definieron otros tres estados de salud que reflejaban los motivos más comunes por los que se retrasa la curación: colonización crítica, celulitis y osteomielitis, y calcularon el coste adicional asociado a la resolución de cada una de estas complicaciones.

La combinación del tiempo de curación con los costes diarios proporcionaba una estimación del coste previsto por paciente y por episodio de cuidado. Sólo faltaba trasladar los datos de incidencia-prevalencia de estas lesiones a los distintos niveles asistenciales.

Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales

Con base en este estudio británico, sin duda el más amplio y metodológicamente más riguroso para el cálculo de los costes derivados del tratamiento de las UPP en un país europeo, durante el mes de febrero de 2003, el Dr. Posnett, catedrático de economía de la salud de la Universidad de York, y Joan Enric Torra i Bou, entonces subdirector del GNEAUPP, extrapolaron las bases de cálculo de coste por proceso empleadas y contextualizaron las ecuaciones a la realidad económica de nuestro país y los datos epidemiológicos más recientes disponibles, aproximando el coste global anual de la atención de las UPP en España, cifrándolo en mil seiscientos ochenta y siete millones de euros, más de doscientos ochenta mil millones de pesetas, es decir, un 5,20% del gasto sanitario total de nuestro país.

A la vista de estas cifras, nadie podrá dudar de que las UPP han de ser consideradas como un problema de abultado peso económico. Estos datos deberían obrar cambios de actitudes y favorecer inmediatas inversiones en la prevención y el tratamiento adecuado de las UPP, que eviten su presencia y, como mínimo, impidan su evolución hacia estadios más graves, duraderos, caros y de mayor mortalidad.

Problemas deontológicos, éticos y legales relacionados con las UPP

Quisiera finalizar esta argumentación sobre la dimensión real de las UPP con un somero análisis de sus implicaciones profesionales, éticas y legales, que tendrán continuidad, en un mayor nivel de profundidad, en las páginas que recogen los testimonios de otros profesionales directamente implicados en el problema y en el análisis realizado, desde la vertiente del Derecho, por una experta en la materia.

Partiré, para su examen, de una única y rotunda consideración: la mayor parte de las UPP pueden evitarse. La presencia de estas lesiones en el marco institucional identifica un fracaso capital en el plan de cuidados, cuando no negligencia, y debiera suponer, lo que lamentablemente no ocurre en muchos casos, una censura profesional de los responsables directos de la atención y la seguridad de las instituciones en las que las UPP se producen. Además, vulneran los más básicos principios éticos que salvaguardan a los pacientes o a las personas dependientes. Por último, las UPP pueden tener importantes implicaciones legales para los profesionales que atienden a los pacientes de forma directa, para las instituciones sanitarias y sociosanitarias y para sus gestores.

En España, como se comprobará en páginas más adelante, son escasas las demandas planteadas a nivel civil o penal, por la no evitación de estas lesiones contra los profesionales sanitarios o las instituciones, y prácticamente inexistentes las denuncias por mala praxis en la aplicación del tratamiento a estas lesiones; realidad muy diferente a la de otros países de nuestro entorno.

Quiero reproducir literalmente las manifestaciones realizadas recientemente por el juez y médico británico Nigel Chapman en una mesa de debate organizada por el GNEAUPP en

nuestro país: "En el Reino Unido son cada vez más frecuentes 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".

Cada vez más pacientes del Reino Unido interponen demandas legales contra el Sistema Nacional de Salud (NHS), cuando consideran que el cuidado no es el adecuado. Por otra parte, están aumentando los casos en los que en ese país se producen sentencias condenatorias de hospitales y residencias de ancianos por un cuidado inadecuado en la prevención y aparición de úlceras por presión. Un fenómeno, por cierto, que también ha llegado a otros países muy cercanos al nuestro, como Francia o Bélgica, y que, sin duda, no se detendrá.

En EE.UU., el riesgo de litigio por "cuidados negligentes" aumentó tras la aprobación de una normativa federal de cuidados para instituciones sanitarias y residencias de ancianos. Las demandas se multiplicaron y las compensaciones medias entre 1992 y 1996, tras ganar un litigio por negligencia relacionado con úlceras por presión, eran de casi doscientos ochenta mil dólares.

El Dr. Courtney Lyder, profesor de la Universidad de Virginia en los Estados Unidos y ex-presidente del *National Pressure Ulcer Advisory Panel* americano, en una reciente visita a nuestro país, afirmó que los fallos a favor de los demandantes en el caso de desarrollo de úlceras por presión (obviamente contra los profesionales e instituciones) superaban el setenta por ciento de los casos. Indemnizaciones medias millonarias, condenas de cárcel para directores de residencias y centros de atención y pérdida de licencias de trabajo para los profesionales son la estela cotidiana de este "problema". Un gran debate se ha abierto en ese país en torno a la necesidad de establecer estrategias activas de prevención por parte de todos los actores involucrados, especialmente de los centros sociosanitarios, ante esa avalancha de demandas legales.

Quizás las consecuencias legales de este problema sean un revulsivo, ciertamente indeseable, para conseguir que se reconozca la verdadera importancia de las úlceras por presión y el valor soberano y efectivo de su prevención.

Ahora, ayúdenos a sacar de la oscuridad en la que está sumido este serio problema: una epidemia, aún viva, en pleno siglo XXI.

Fuentes documentales

- Bennett RG, O'Sullivan J, DeVito EM, Remsburg R. The increasing medical malpractice risk related to pressure ulcers in the United States. *J Am Geriatric Soc* 2000; 48: 73-81.
- Brandeis GH, Berlowitz DR, Katz P. Are pressure ulcers preventable? A survey of experts. *Adv Skin Wound Care* 2001; 14(5): 244-8.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

- Clark M, Watts S. The incidence of pressure sores within a National Health Service Trust hospital during 1991. *J Adv Nurs* 1994; 20: 33-6.
- Green Ch. Nurses and professional negligence. *Nurs Times* 95(8): 37-41.
- 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 www.gneaupp.org (consultado el 1/X/2003).
- Moody M. Can the development of pressure ulcers constitute abuse? *Nurs Resid Care* 2000; 2 (1): 18-26.
- Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido. Handling clinical negligence claims in England (Resolución de demandas por negligencia clínica en Inglaterra). Informe del Interventor y Auditor General, Cámara de los Comunes, sesión 403, 2000-2001. Londres, Imprenta Nacional.
- Petro JA. Ethical dilemmas of pressure ulcers. *Decubitus* 1990; 3(2): 28-31.
- Posnett J, Bennet G, Dealey C. Fifth European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting. Le Mans, 27-29 September 2001.
- 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.
- Taylor JS. Malpractice implications of pressure ulcers. *Adv Wound Care* 1994; 7(5): 45-9.
- Tingle J. Pressure sores: counting the legal cost of nursing neglect. *Br J Nurs* 1997; 6: 757-8.
- Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ. Libro blanco de las úlceras por presión en España. I Congreso Iberoamericano de Geriátría. III Simposio del GNEAUPP (Libro de actas). Logroño: ConvaTec SA 2000; 45-7.
- Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J. Primer Estudio nacional de prevalencia y tendencias de prevención de UPP en España (2001). *Gerokomos* 2003; 14 (1): 37-47.
- Torra I Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Arboix i Perejamo M, Martínez Cuervo F. Indicadores epidemiológicos en UPP. Establecimiento de estándares. En: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 1ª Reunión Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión. Arnedillo, 19 y 20 de Noviembre de 2003. Disponible en www.gneaupp.org.
- 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).

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: DIMENSIÓN Y REALIDAD

El presente cuestionario ha sido realizado por Javier Soldevilla, director del GNEAUPP y Joan Enric Torra (ex miembro del GNEAUPP)

El objetivo es poner de manifiesto la dimensión y realidad de las UPP, desde la perspectiva de los diferentes ámbitos asistenciales. En este sentido, han apostado sus opiniones y puntos de vista los siguientes especialistas.

G. V.: Galdina Valls Borruel.

Médico especialista en Geriatría, Máster en Geriatría Clínica, Máster en Gerontología Social y Máster en Cuidados Paliativos.

Coordinadora PADES (Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte). Dreta Eixample (MUTUAM) desde 1992.

C. R.: Carme Rosell Moreno.

Supervisora general de las unidades de ingreso en régimen de media y larga estancia, temporales y psicogeriatría. Coordinadora de la comisión del centro para la prevención y el tratamiento de las heridas crónicas.

Fundación Sanitaria Sant Josep, Centro Sociosanitario de Igualada, Barcelona.

R. S.: Raquel Sarabia Lavín.

Enfermera de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Pertenece al grupo de trabajo de UPP del hospital y al grupo del Servicio Cántabro de Salud. Profesora Asociada de la

Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla" de Santander.

A continuación, recogemos las preguntas y comentarios más relevantes de dicho cuestionario.

¿Considera usted que las UPP son uno de los problemas de salud más importantes en el medio asistencial en el que desarrolla su labor?

G. V. Ya desde que iniciamos el Programa de Atención Domiciliaria, y así continúa en la actualidad, uno de nuestros objetivos constantes ha sido la prevención de las UPP. Dado el tipo de pacientes que atendemos, si no instauráramos medidas preventivas, la prevalencia de las UPP sería enorme.

Las medidas de prevención se establecen en cuatro líneas:

- **Medidas higiénicas extremas:** cambio de pañales como mínimo cada 8 horas, correcta limpieza de la piel con agua y jabón neutro, secado perfecto de la piel por presión y no por frote (al menos en las áreas que presenten enrojecimientos) e hidratación cutánea con cremas hidratantes generales y más específicas en las zonas que presenten indicios de presión excesiva.

- **Cuidados generales óptimos** que, en estos casos, son más necesarios que nunca. Irían desde una correcta nutrición, vigilando especialmente los aportes proteicos y vitamínicos (si no puede ser con la dieta normal, mediante suplementos caseros o farmacológicos), hidratación oral controlada, deambulación y sedestación, mientras sean posibles, y cambios posturales cada 2-3 horas.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

- **Extremar las medidas anteriores** y establecer una vigilancia intensiva sobre los puntos de más riesgo de aparición de UPP, cuando aparezca un proceso intercurrente que determine un deterioro del estado general del paciente (infección urinaria, sobreinfección respiratoria, estreñimiento importante, sobre todo si existe impactación fecal).

- **Aplicación de todos los medios preventivos disponibles** en el mercado, según las necesidades de cada caso. Habitualmente, recomendamos cojines antiescaras (de aire alternante o de silicona) a los pacientes que pasan muchas horas en una silla de ruedas sin posibilidad de cambiar de asiento, e intentamos evitar los “flotadores” con agujero central y las sillas de ruedas con orinal incorporado que esté todo el día abierto, pues genera más presión circular. Igualmente recomendamos colchones antiescaras de aire alternante con motor, por su bajo coste económico y de efectividad, fácil manejo y limpieza, excelente tolerancia por parte de los pacientes y ausencia de complicaciones y efectos secundarios que, en cambio, sí presentan otro tipo de materiales utilizados como protección frente a las UPP; protectores de talones; apósitos de protección específicos para la zona sacra o cuadrados para trocánteres o escápulas cuando aparece el mínimo indicio de enrojecimiento, que están aprobados para esta indicación y financiados por la Seguridad Social.

C. R. En el ámbito sociosanitario, el problema de las heridas crónicas, y especialmente el de las UPP, es crucial. El paciente de este ámbito reúne, casi por definición, todos los factores de riesgo de desarrollar UPP. En nuestro centro, según las cifras del 2003, el 81% de los pacientes tienen un riesgo elevado de sufrir, en algún momento, una UPP.

A todos los pacientes se les realiza un seguimiento en el que, entre otros datos, se cumplimentan las escalas de valoración: Barthel, Oars, Tinneti (en algunos casos), MEC y Norton, como específica para las UPP. Cada tres meses se vuelven a cumplimentar estas escalas en todos los pacientes y, durante el año, se realizan tres cortes en enero, junio y diciembre, respectivamente. De los datos obtenidos de estos tres cortes se extraen las cifras anuales. Hace tres años, en una reunión de distintos representantes de nuestra región sanitaria se consensuó realizarlo de este modo.

En la escala de Norton que utilizamos, una puntuación por debajo de 16 ya implica un riesgo leve de aparición de UPP; una puntuación de 14 y 13 es indicativa de riesgo moderado, y cuando la puntuación es de 12 o inferior, se considera que el riesgo es elevado. En nuestro centro lo más habitual son puntuaciones de la escala de Norton de entre 7 y 11.

R. S. Sí, aunque no sé si mi opinión se puede considerar representativa del colectivo de enfermeras de Atención Especializada, puesto que considero que mi motivación y formación respecto a este problema son claramente diferentes a las del resto del hospital en el que trabajo.

Por lo que se refiere al problema de las UPP en el hospital, no puedo decir qué lugar ocupan en cuanto a orden de prioridades, pero se “palpa” una preocupación que está desem-

bocando en cambios para mejorar la situación. Dos datos sobre este cambio: el 31 de marzo de 2004 tuvo lugar la primera reunión del Grupo de Trabajo de UPP del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y el 17 de mayo tendrá lugar la primera reunión del Grupo de Trabajo de UPP del Servicio Cántabro de Salud (en ambos grupos tengo el honor de participar).

¿En su opinión, cuál cree que es la percepción que tienen los otros miembros del equipo de Atención Primaria sobre el problema de las UPP?

G. V. Desde Atención Primaria, la visión del problema de las UPP ha de ser necesariamente diferente, ya que en muchas ocasiones el origen de la demanda y la primera toma de contacto del paciente con el Sistema de Salud son las propias UPP, de manera que los profesionales de Atención Primaria no tienen la oportunidad de actuar de forma preventiva: ellos realizan las curas diarias de estas lesiones cuando la familia no puede hacerlo. Tampoco pueden actuar como nosotros, los miembros del PADES, en equipo, y tienen dificultades para contar con el apoyo de un médico, por lo que el desgaste y la frustración suelen ser mayores. De todas formas, en los años que llevo trabajando en este ámbito, he visto una importante evolución en los profesionales de Atención Primaria en relación con este problema: con aplicación de más medidas preventivas y con mayor prontitud, mayor instauración de suplementos nutricionales y una mejor formación en general.

¿El grado de concienciación, respecto del problema de las UPP, entre los profesionales de Atención Primaria, es similar al de los integrantes del PADES?

G. V. Lógicamente no, ya que desde Atención Primaria tienen que abarcar muchos temas de diferentes ámbitos y a muchos niveles, mientras que nosotros estamos centrados en tres tipos de pacientes muy concretos: geriátricos complejos (prevención y tratamiento de los grandes síndromes geriátricos entre los que las UPP son uno de los “estrella”), crónicos con alto grado de dependencia (también con elevado riesgo de desarrollar UPP) y pacientes que reciben cuidados paliativos (control de síntomas y soporte emocional). Todo ello hace que nuestra motivación y la intensidad de nuestra formación continuada sean mayores y específicas, lo mismo que nuestra predisposición a prevenir y tratar este problema.

¿Considera usted que para la institución o ámbito asistencial en el que usted trabaja, las UPP son uno de los problemas de salud más importantes?

G. V. Ciertamente, en mi institución, uno de los pilares de la atención es principalmente las acciones dirigidas a su prevención. La no aplicación de las medidas anteriormente citadas es considerada mala praxis por parte de los profesionales del equipo.

C. R. Evidentemente sí; es uno de los problemas más importantes y que más nos preocupan. Primero por la repercusión directa sobre la calidad de vida del paciente, pero también por la influencia que tiene en otros aspectos de nuestro quehacer, como la carga de tra-

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

bajo que supone en las Unidades de Enfermería. En ocasiones, el resto de las tareas se estructuran alrededor de este problema, de manera que la calidad de cuidados que se den a los demás pacientes puede depender de la magnitud que tenga el problema de las UPP en la unidad. El no poder atender adecuadamente a otros usuarios por tener que dedicar mucho tiempo a los pacientes con UPP, genera malestar e insatisfacción.

Por ello es muy importante la prevención de las UPP, que está considerada como un buen indicador de la calidad asistencial.

R. S. Sí. Desde hace años (17 aproximadamente en mi hospital) la dirección de Enfermería considera las UPP como un indicador de calidad asistencial.

¿Para la Administración Sanitaria de su ámbito asistencial son las UPP uno de los problemas de salud más importantes?

G. V. Valorando la formación que se nos ha ido facilitando y exigiendo a lo largo de estos años, creo que la prevención y el tratamiento de las UPP, uno de los principales síndromes geriátricos, están considerados como una de las líneas de actuación prioritarias dentro del sector sociosanitario y geriátrico. Estas actuaciones se han ido incluyendo dentro de las prestaciones públicas y se han destinado distintos medios para su prevención y tratamiento, pero todavía hay mucho material ortopédico preventivo, por no decir todo, y distinto según el sector sanitario, que debe ser costeado por las familias, con las reticencias que esto genera.

C. R. Al menos como variable de control de calidad, sí. Es un problema de salud del que se nos piden datos todos los años, pero, aparte de esto, no se observa ningún tipo de iniciativa o actuación por parte de la Administración que contribuya a la solución o mejora de la situación. Sería necesario que los profesionales recibieran una mayor información y formación promovida y soportada por la Administración.

Por lo que se refiere a la información, hace 6 ó 7 años nos enviaban datos comparativos entre todos los centros, pero no eran cifras absolutas. Indicaban en qué porcentaje los centros cumplían los diferentes ítems que se les exigían, pero si no cumplías el 100% de los requerimientos, no sabías en qué estabas fallando. Lamentablemente, hace tiempo que no recibimos ya este tipo de información de nuestra Administración Sanitaria. De donde sí recibimos información es de otros compañeros, de las publicaciones y estudios de investigación y del GNEAUPP. Intentamos mantenernos informados, tanto para estar al día, como para saber cómo estamos en cuanto al problema de las UPP en relación con otros centros, tanto de nuestra autonomía, como de todo el territorio nacional.

R. S. Sí. Siempre ha sido la Administración Sanitaria (en mi caso primero con el Insalud y ahora con el Servicio Cántabro de Salud) la que ha marcado la directriz clara de considerar las UPP como un indicador de salud, siguiendo la recomendación de la Organización Mun-

dial de la Salud. Claro que este interés sólo es verbal, puesto que no se ha puesto en marcha ningún protocolo de actuación que no sea el de la curación de las mismas.

Como decía anteriormente, se va a crear el Grupo de Trabajo de UPP del Servicio Cántabro de Salud, por lo que ese interés, que arriba describí como verbal, ha pasado a ser algo real. No puedo decir qué objetivos y líneas de trabajo se marcará este grupo; quizás una línea de trabajo sea establecer un protocolo de prevención común para todas las instituciones de la comunidad autónoma. Hace apenas un mes, la Subdirección de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en colaboración con la Universidad de Cantabria, y más específicamente, con el área de Envejecimiento y Enfermería Geriátrica del Departamento de Enfermería, organizó una Jornada Científica sobre "Prevención y Responsabilidad en las UPP", dirigido a las supervisoras, a las jefas de área y al equipo directivo de Enfermería del Hospital.

Actualmente el Grupo de Trabajo de UPP del hospital está realizando el pilotaje de la nueva hoja de registro de las UPP. Pasado este periodo (un mes) y hechas las modificaciones que se consideren oportunas, se presentará el documento a la Comisión de Historias Clínicas para su incorporación a la historia clínica.

¿Conoce cuál es el impacto (epidemiológico) de las UPP en su medio asistencial?

G. V. En un estudio de calidad realizado por mi equipo (PADES de la Dreta del Eixample, en Barcelona) en los años 98-99, la incidencia de nuevos casos durante el periodo de nuestra atención era <3%, lo que se consideró inferior a los estándares aceptados. A tenor de estos datos, se consideró innecesario continuar con la medida del indicador.

C. R. Sí. Todos los años se recogen datos sobre todas las variables, tanto cuantitativas como cualitativas importantes, y se realiza el cálculo de las tasas de incidencia y prevalencia. En el año 2003 la incidencia ha sido del 3% y la prevalencia del 13%. A destacar que un 7% de las UPP atendidas por nosotros se habían originado fuera de nuestro centro, fundamentalmente de ámbitos asistenciales en los que las UPP son tratadas como un problema secundario y de los domicilios. En el primer caso esto ocurre porque son los propios profesionales los que no están "preocupados" por este problema, y en el caso del domicilio, se debe más bien a la falta de recursos humanos y de una política sanitaria al respecto.

A nivel de Atención Primaria debería fomentarse la detección precoz a domicilio y la institucionalización, más como prevención que como tratamiento, que a veces se instaura ya demasiado tarde. La creación de unidades específicas para el tratamiento de las UPP, en todas las fases, debería ser uno de nuestros objetivos principales.

R. S. Conozco los datos publicados en el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las UPP, referidos a la población hospitalizada, realizado por el GNEAUPP-UIFC y publicado con el título *Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las UPP. Atención Hospitalaria*.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

Por lo que se refiere a mi hospital, se realiza un corte de prevalencia al año. Se lleva a cabo en todo el hospital, salvo en los servicios que no consideran las UPP como un problema porque no las tienen. Los datos de que dispongo en cuanto a prevalencia, que corresponden al año 2000, coinciden básicamente con los del estudio nacional que acabo de mencionar. A partir del próximo mes de junio será el Grupo de Trabajo de UPP del hospital el que realice las labores de evaluación; el tipo de estudio que se realizará será de prevalencia, pero concretados en cortes seriados. Tengo curiosidad por ver si habrá diferencias significativas, ya que seremos un grupo de expertos los que realicemos el corte (supongo que la cifra de UPP aumentará respecto a la de otros años).

¿Podría usted cuantificar el impacto económico (coste) de las UPP en su medio asistencial?

G. V. Desconozco ese impacto económico, pero supongo que es elevado tanto en material como en personal. Seguramente sería más económico sufragar el coste de todas las medidas preventivas (colchones y cojines incluidos) que pagar los gastos que genera el tratamiento.

Se podría calcular ese coste si dispusiéramos de los precios de mercado de los distintos productos utilizados, tanto en la prevención como en el tratamiento, y tanto de los abonados por la Seguridad Social como de los que no lo son; también habría que tener en cuenta los salarios de los profesionales y los tiempos de desplazamiento entre domicilios, según el área de atención, y las diferencias salariales de los distintos niveles asistenciales. Igualmente, a la hora de calcular los costes, también se habría de tener en consideración las diferencias de precios, de sueldo y de recursos de las distintas comunidades autónomas.

En cualquier caso, no disponemos de datos, ya que no es nuestra entidad gestora la que asume los gastos de prevención y sólo lo hace muy parcialmente de los de tratamiento.

C. R. No hemos hecho nunca una cuantificación del coste de las UPP en nuestro centro. Que es muy elevado resulta evidente, tanto por el precio de los productos a utilizar, como por el tiempo que requiere la atención diaria de un paciente ulcerado. Conozco algún estudio aproximativo que se ha hecho al respecto y esas cifras ya son bastante importantes como para llamar la atención de las administraciones. Pero creo que el coste es más elevado todavía, porque hay variables muy difíciles de cuantificar como la optimización de recursos, tanto en materiales como en tiempo y organización.

R. S. Sí. A partir de los datos presentados por John Posnett, del *Health Economics Consortium* de la Universidad de York, en el congreso del *European Pressure Ulcer Advisory Panel* celebrado en el año 2001, que mostraban los costes económicos de los tratamientos de las UPP en el Reino Unido, el GNEAUPP presentó la dimensión económica de dicho problema en España, en una mesa debate (*Posnett J, Torra i Bou J E. El coste de las úlceras por presión en España. Mesa debate: las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad: repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal. Barcelona. Febrero, 2003*).

En mi hospital no se conoce el impacto económico de las UPP, aspecto que considero de especial importancia.

¿Podrían enumerar los cinco problemas más importantes para ustedes en relación a estas lesiones?

G. V. Para nosotros estos problemas son los siguientes:

- Concienciar a las familias de la importancia de las medidas preventivas.
- Formar a los cuidadores en las medidas de prevención.
- Unificar criterios de prevención y tratamiento entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales.
- Coordinar las curas con los profesionales de los otros niveles asistenciales.
- Decidir en qué momento el objetivo ya no es curar sino ofrecer confort.

¿Podría describir los elementos más importantes del impacto del problema de las UPP en su nivel asistencial?

• **En relación con la utilización de recursos humanos.**

G. V. Implica el desplazamiento de uno o más profesionales al domicilio, con consumo de mucho tiempo para realizar las curas y el trabajo en un entorno incómodo y con medios insuficientes. Elevado riesgo de lesiones / enfermedades / accidentes laborales (con el coste personal y social que genera una baja por enfermedad, más si es laboral) y baja satisfacción por los malos o lentos resultados obtenidos.

C. R. En este aspecto el impacto es total. El que una unidad tenga más o menos UPP, y también su gravedad, va a comprometer el resto de actividades de la misma. La dedicación del personal en la cura de estos pacientes es tan importante que, o bien otras tareas quedan relegadas, o hay que incrementar el personal asistencial. La prevención es la actividad a la que más tiempo dedicamos en estos pacientes.

R. S. Aumentan las cargas de trabajo de enfermería y auxiliares de enfermería (incremento de tiempo dedicado a la cura concreta de las úlceras en detrimento del tiempo que se podría dedicar a la prestación de cuidados para cubrir otras necesidades).

• **En relación con la utilización de material sanitario.**

G. V. Necesidad y consumo de mucho material fungible estéril para las curas. No todo el material necesario es costado por la Seguridad Social. Necesidad de transportar el material desde el centro de salud al domicilio.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

C. R. Tanto en la prevención como en el tratamiento, hay una inversión económica importante: en material para manejar la presión, material de curas, sillones, etc.

R. S. El gasto en material está relacionado con el tratamiento de las UPP: apósitos primarios y secundarios, productos de limpieza, protecciones locales, superficies especiales para el manejo de la presión, etc.

- **En relación con la utilización de fármacos.**

G. V. Gasto de gran cantidad de fármacos tópicos, algunos costeados y otros no. Mucho producto para cada vez que se cura, a veces más de una vez al día.

C. R. En muchas ocasiones el tratamiento necesita un apoyo farmacológico, como en el caso de producirse una infección, tanto por vía sistémica como tópica.

También merece mención todo el apartado de los productos de alimentación complementaria y suplementaria, como espesantes, gelatinas, etc. Por su repercusión en el costo total del tratamiento.

R. S. Hay un incremento del gasto farmacéutico directo e indirecto (analgésicos, antibióticos, etc.).

- **En relación con la utilización de recursos materiales (material sanitario).**

G. V. Uso de material sanitario que precisa transporte, limpieza y esterilización.

- **En relación con la utilización de recursos asistenciales (camas hospitalarias, número de visitas).**

G. V. Aumento importantísimo de la carga de trabajo de enfermería, supervisión médica, desbridamientos quirúrgicos domiciliarios y hospitalarios, injertos cutáneos, etc.

Mayores dificultades para realizar ingresos en hospitales y centros sociosanitarios por la mayor carga de trabajo y mayor consumo de material que representan.

C. R. Actualmente la aparición de una UPP no es un motivo de ingreso por sí solo, aunque tendría que serlo. No existen camas específicas destinadas a este problema de salud. No detecto que esto sea un problema preocupante en general, e incluso en ocasiones no se hace ni mención de las mismas en los informes médicos. En casos más extremos los enfermos ulcerados llegan sin ningún tipo de apósito porque “no tiene ninguna importancia”. El caso contrario sería cuando ingresa un paciente en un estado terminal, poliulcerado, y el motivo es el tratamiento de las UPP, cuando en esa situación un tratamiento paliativo sería lo más indicado. Tal vez lo ideal sería la detección precoz en todos los ámbitos asistenciales

con el consiguiente tratamiento en una unidad especializada, o la creación de un profesional de soporte en todos esos ámbitos asistenciales.

R. S. Se produce un alargamiento del tiempo de estancia en el hospital y evidentemente también una sobrecarga de trabajo asistencial y de tiempo dedicado al cuidado de los pacientes con UPP. Igualmente, se prolonga el tiempo que la familia deberá dedicar al acompañamiento del enfermo.

- **En relación con complicaciones en el estado de salud de los pacientes.**

G. V. Complicaciones derivadas de la pérdida de proteínas: malnutrición, mayor susceptibilidad a contraer infecciones sistémicas, etc.; complicaciones locales: infección, formación de abscesos, fistulización, osteomieliti, etc.; dolor.

C. R. El peligro que representa una UPP como puerta de entrada de microorganismos, con el consiguiente riesgo de infección local o sistémica, es algo que nos preocupa a todos por las graves repercusiones que puede tener en la vida del paciente.

En nuestro caso, y dado el deterioro general que ya sufren nuestros pacientes, problemas como la afectación de la funcionalidad y otros, pasan a un segundo plano.

R. S. Las UPP se pueden complicar por colonización bacteriana crítica, y esto es, sin duda, una dificultad importante.

La celulitis, la osteomielitis y la septicemia pueden ser otras complicaciones que deterioren el estado de salud del paciente, y que pueden originar sufrimientos (dolor), reducción de la esperanza de vida e incluso la muerte.

- **En relación con la calidad de vida de los pacientes.**

G. V. Calidad de vida precaria, pues obligan a encamamientos o a cambios posturales indeseados e incómodos, curas a veces dolorosas, rechazo social por mal olor si se infectan las úlceras.

C. R. En este sentido y repitiendo un poco lo dicho en la respuesta anterior, el ya grave estado en el que nos llegan los pacientes hace difícil objetivar las repercusiones que las UPP tienen sobre ellos. De todas maneras, es evidente que el dolor, el prurito, el olor, la incomodidad por la continua manipulación, etc., son aspectos que repercuten negativamente en la calidad de vida de estos enfermos.

En este sentido, la CAH ha supuesto un cambio notable, ya que consigue espaciar las curas. Los que ya llevamos unos cuantos años en esto recordamos los tiempos en que lo

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

más habitual era realizar las curas cada 12 e incluso cada 8 horas. De eso a las curas cada 72 horas o cada 48 como máximo, hay una gran diferencia. Pero esta diferencia no es sólo cuantitativa sino también cualitativa. Antes, a pesar de curarse más veces, las úlceras no iban bien; la lucha contra la escara necrótica y sus recidivas era permanente. La CAH es una gran ayuda para el paciente y para el profesional.

Aunque a veces pueda sonar a frase hecha, puedo asegurar que, en los centros socio-sanitarios, la mejora de la calidad de vida de los pacientes es el objetivo principal. Pensemos que la calidad de vida es lo único que les queda en la mayoría de los casos. Las enfermedades son importantes y se tratan, pero siempre respetando la situación del paciente. Se valora en todo momento el equilibrio entre “cualquier” tipo de actuación y el beneficio que el paciente obtiene en términos de calidad de vida.

R. S. Las UPP afectan a la autonomía del paciente, limitándola, e influyen negativamente en su autoestima y en la percepción de la propia imagen. De la misma forma, la presencia de dolor afectará también negativamente a su calidad de vida, sin mencionar la indignidad que para la persona supone tener una UPP.

- **En relación con la calidad de vida de los cuidadores.**

G. V. Cuidadores sobrecargados pues el sistema sanitario no puede asumir todas las curas. Curas “desagradables”. Percepción de malos cuidados o de cuidados insuficientes o con escasos resultados. Mucho esfuerzo para resultados escasos. Riesgo de claudicación del cuidador principal y de petición de ingreso en centro sociosanitario público.

C. R. Desde el mundo sociosanitario, puedo decir que durante el ingreso del paciente ayudamos todo lo que podemos dentro de nuestras limitaciones, ya que en ese momento el mejor apoyo que puede tener el cuidador es ver a su familiar y a sí mismo bien atendidos. Nosotros les proporcionamos toda la información que podamos darle. En el momento del alta, si el paciente necesita cualquier tipo de soporte a domicilio, se tramita a través de nuestras trabajadoras sociales. También contamos con el Hospital de Día, que en ocasiones hace de recurso puente hasta la total reincorporación del enfermo a su domicilio. Esto sólo se produce en los ingresos temporales o de media estancia, que son los menos.

R. S. En muchas ocasiones, quienes llevan el peso del cuidado directo de los pacientes son las personas de su ámbito más cercano, es decir, la familia. En estas circunstancias, la situación y el sufrimiento del paciente afectarán de manera muy negativa a la calidad de vida de los cuidadores.

- **En relación con la calidad de vida de los profesionales sanitarios.**

G. V. Para los profesionales es una tarea frustrante (la cura de las UPP), pues los esfuerzos superan en mucho a los resultados, que son lentos y a menudo escasos. Las UPP no son

consideradas como la enfermedad de base, sino como un proceso concurrente potencialmente evitable; por tanto, su aparición ya es vivida como el resultado de un fracaso de las medidas preventivas o de la mala praxis de otro nivel asistencial que hay que subsanar. Por otro lado, su aparición y progresión son extremadamente rápidas –en días y en algún caso incluso en horas–, y en cambio su resolución, en el mejor de los casos, dura semanas. El trabajo que generan es laborioso y pesado físicamente y cualquier proceso intercurrente, cualquier error o falta de continuidad en el tratamiento pueden hacer retroceder velozmente un logro dificultosamente obtenido. En más de una ocasión, cuando se ha conseguido cerrar la úlcera es cuando el paciente fallece. Cuando se cierra una lesión, sólo el profesional y el cuidador directo lo valoran como un logro; los demás piensan que nunca debiera de haber sucedido. Todo esto genera frustración.

C. R. La atención general a estos pacientes ya es, de por sí, dura, en el sentido literal de la palabra. El esfuerzo físico de los profesionales en las movilizaciones de estos pacientes es continuo. Además, en el caso de una unidad con alta prevalencia de UPP, el personal se ve sometido a un estrés añadido por la sobrecarga de trabajo que esto supone.

La adopción de posturas incorrectas en el acto de la cura propiamente dicho tiene también sus consecuencias. De igual forma, el que la UPP se genere en la propia unidad también produce insatisfacción profesional.

No obstante, también obtenemos grandes satisfacciones con la resolución de muchos de los procesos y cuando obtenemos resultados con la prevención a la que tanto trabajo se dedica.

R. S. Distinguiré tres ámbitos en los que las UPP van a afectar a la calidad de los profesionales sanitarios:

- A nivel físico experimentarán una sobrecarga de trabajo y dolores de espalda debidos a las movilizaciones de los pacientes.
- A nivel psicológico pueden experimentar “sentimientos de culpa” y pérdida de la autoestima profesional.
- En el ámbito de las relaciones profesionales pueden producirse enfrentamientos entre los miembros del equipo, interferencias en la consecución de objetivos y una “búsqueda de responsabilidades o de culpables”.

¿Considera que las UPP son evitables en su medio asistencial?

G. V. Pienso que son evitables, prácticamente en su totalidad, aplicando las medidas de prevención correspondientes. Éste fue uno de nuestros objetivos globales de atención al inicio del funcionamiento de nuestro equipo, y hemos tenido un resultado excelente. La recomendación de las pautas de prevención es una constante en la primera valoración del equipo y uno de los puntos que se repasa sistemáticamente en cada visita de control.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

C. R. Creo que en un porcentaje muy elevado sí, pero no me atrevo a pensar en la resolución del problema en un 100% de los casos, al menos a corto plazo, sobre todo por las grandes dificultades que ofrecen nuestros pacientes y porque, además, se va incrementando el porcentaje de pacientes de alto riesgo que pueden presentar UPP en los centros sociosanitarios. La Atención Domiciliaria y otros recursos están retrasando la institucionalización y con ello agravando el estado en el que ingresan los pacientes. En nuestro centro es común que, a su ingreso, los pacientes presenten puntuaciones en las escalas de valoración de las UPP como las siguientes: Barthel de 0, Norton de 9, Oars de 13 y MEC de 0.

En este momento estamos en un periodo de mejora en algunos aspectos que teníamos pendientes, como las SEMP. Hasta que consigamos esto y otros aspectos, como el alivio en las horas de sedestación principalmente, me conformaría con obtener unas tasas de prevención del 95%, tan comentadas. No me considero conformista, pero tampoco me propongo objetivos a medio plazo que sean inalcanzables. No conseguir los objetivos no es recomendable. Cuando hayamos conseguido ese 95%, iremos a por el 100%.

R. S. Sin duda que sí, y eso se puede conseguir con estrategias adecuadas de educación y prevención, integradas dentro de las guías de práctica clínica de carácter interdisciplinar. En la bibliografía existen datos publicados (Hibbs P, 1987; Waterlow J, 1996) que indican que las UPP son evitables hasta en un 95%.

¿Se utilizan las escalas de valoración?

R. S. Sí. Al ingresar el paciente se hace una primera valoración. Se reevaluará a la semana o antes si hay cambios significativos. Una vez valorado el riesgo (a través de la Escala Braden) y teniendo en cuenta los factores fisiológicos, los derivados del tratamiento y los socioeconómicos, si el paciente es de riesgo medio o alto, se pasará a valorar su capacidad de cuidados; si precisa ayuda, se le abrirá una hoja de registro de prevención de las UPP y se le aplicará el protocolo de prevención del hospital, que está compuesto por las siguientes medidas:

- Cuidados de la piel.
- Control de la humedad.
- Manejo de la presión: movilización, cambios posturales, superficies de apoyo.
- Aporte nutricional.
- Aporte hídrico.
- Educación para la salud.

¿Cuentan en su ámbito asistencial con los suficientes recursos materiales para que las UPP sean evitables?

G. V. Actualmente, existen muchas ayudas técnicas para la prevención de las UPP, pero no disponemos de recursos materiales propios. Lo que hacemos es orientar a las familias

sobre dónde y cómo obtenerlos. Realizamos el reciclaje de material de otros pacientes en aquellos casos en los que la situación económica de la familia es muy precaria o el pronóstico de supervivencia muy pobre, pero hay que tener en cuenta que el importe del colchón de aire (que es el material más caro recomendado) puede ser asumido por la mayoría de las familias. El resto de las medidas preventivas (higiene, nutrición, cambios posturales, etc.) no representan una carga económica directa importante, pero sí un esfuerzo personal tanto por parte de los profesionales, que deben ser instructivos e insistentes, como por parte de las familias que deben aplicarlas.

El alquiler desde los puntos de venta es una práctica cada vez más extendida y que, desde mi punto de vista, se debiera potenciar; puede rentabilizar un producto que, si se guarda mucho tiempo en el domicilio, puede perder prestaciones y constituir un estorbo, mientras que, cedido o prestado, ayuda al cuidado de pacientes con dificultades económicas o con un pronóstico de vida corto. Que hubiera más facilidades para su alquiler facilitaría su aplicación en las familias con dificultades económicas o poco dispuestas a gastar, o para los pacientes con una expectativa de vida corta.

C. R. Por lo que se refiere a los productos para el tratamiento, no tenemos problemas. Existe una falta de SEMP, que es en lo que estamos trabajando este año, tanto para las camas como para los sillones. Los recursos humanos se podrían mejorar en cantidad pero no en calidad, ya que la gran mayoría de los profesionales está muy sensibilizada con este problema y con los cuidados paliativos, al igual que el resto de cuidados, y la observación y la detección precoz están totalmente integrados en nuestra metodología de trabajo.

R. S. No. La disponibilidad de superficies especiales de apoyo (uno de los pilares básicos para el manejo de la presión) es mínima. Además, dentro de las superficies de apoyo existen diferentes tipos según el riesgo del paciente. Normalmente, sólo se dispone de un tipo de superficie, que se utilizará por igual en todos los enfermos, aunque el riesgo sea diferente y sin tener en cuenta las características individuales de cada uno de ellos, como por ejemplo el peso. En pacientes de riesgo medio y alto se aconseja la utilización de cojines con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación. Pues bien, la disponibilidad de estos cojines es anecdótica.

En cuanto a superficies especiales para el manejo de la presión, el hospital está "pobre". Las compras que se han hecho hasta ahora eran únicamente colchonetas de aire (de burbujas). Actualmente, en la UCI y en una planta de Medicina Interna se están probando colchones de alta prestación. Cuando se hayan completado las pruebas, se pasarán sendos informes a la dirección de enfermería, la cual está dispuesta a subsanar esta deficiencia en la medida de sus posibilidades. También habrá que abordar el asunto de la necesidad de compra de cojines especiales.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

¿Cree que los recursos económicos con los que cuentan en su medio asistencial son suficientes para prevenir la aparición de UPP?

G. V. No disponemos de recursos económicos propios y las ayudas públicas son más bien escasas, pero ya he comentado antes que el coste puede cubrirse con la pensión del afectado a falta de más recursos públicos.

C. R. Como ya he contestado en la pregunta anterior, se podrían mejorar bastante.

R. S. Desconozco la distribución de los recursos económicos. Hasta hace poco, apenas se ha invertido en prevención (superficies de alivio de la presión y otros recursos), y en este sentido, se percibe en el ánimo de todos el deseo de que la situación cambie. Actualmente, es probable que sí existan suficientes recursos económicos para la prevención.

Hablemos de las repercusiones legales de las UPP. ¿Considera que constituyen una amenaza potencial de problemas legales para su medio asistencial / institución?

G. V. No veo que las UPP sean una amenaza o un riesgo de problemas legales para el medio asistencial, es decir, para el PADES, en el que desarrollo mi práctica diaria. Más bien la aparición de UPP en las personas a las que nosotros atendemos es un arma legal que nosotros podríamos utilizar contra las familias o los centros residenciales, dado que este hecho sería un claro indicio de una mala atención, de que no se siguen las pautas prescritas. Habitualmente no presentamos denuncias por hechos de esta naturaleza, pero sí advertimos con hacerlo en el caso de que no se sigan las directrices y las prescripciones establecidas.

C. R. Como amenaza potencial ya es un hecho; es algo que se intuye. Algunos compañeros de otros centros ya han tenido la experiencia de vivirlo.

No hace mucho tuvimos un paciente con una familia un tanto complicada. Durante la estancia del enfermo en el centro no hubo ningún problema, pero era un ingreso de corta estancia y, cuando se fue de nuestro centro, ingresó en una residencia privada. Allí, al parecer, desarrolló importantes UPP y el paciente falleció. La familia denunció por ello al centro y una de nuestras doctoras tuvo que ir a testificar en qué estado salió el paciente de nuestro centro. Tenía, como todos los pacientes que se van, un alta del equipo multidisciplinar muy completa y en la que estaba claramente registrado el estado físico y psíquico del paciente. Creo que incluso fue a testificar dos veces. El episodio no tuvo más consecuencias, pero es muy sintomático de un problema legal que ya está ahí, aunque aún latente.

Los registros de todo tipo son la mejor y casi única arma de enfermería; por ello, somos bastante estrictos en su cumplimentación e intentamos tener todos los que nos exigen y los que, además, consideramos necesarios. Con todo, uno siempre tiene la sensación de que le van a pedir justamente aquél que no ha realizado.

R. S. Sí. Es cuestión de tiempo y de información a los pacientes y familiares el que empiecen a proliferar reclamaciones y demandas. Hoy por hoy, se observa en algunos familiares su disgusto, porque se llevan al paciente al domicilio con UPP, cuando ellos le estaban cuidando en casa y este problema no había aparecido. De momento nos “salva” que la opinión pública considera las UPP como algo inevitable y un mal menor.

¿Son, además, una amenaza real de problemas legales para su medio asistencial / institución?

G. V. Personalmente considero que las UPP no constituyen una amenaza ni potencial ni real de reclamaciones legales para el medio asistencial o servicio en el que trabajo. Como ya he apuntado antes, más bien somos receptores de quejas a este respecto contra otros niveles asistenciales: es frecuente que se nos derive un paciente desde un medio residencial para que sea ingresado en un centro sociosanitario por presentar UPP que han aparecido estando en la residencia, por no haberse aplicado las medidas preventivas básicas; esta situación es a veces fuente de reclamación o denuncia contra el centro. Otra causa frecuente de aparición de las UPP es la estancia del paciente en el Servicio de Urgencias de un hospital, pues concurren muchos factores de riesgo: en primer lugar, el proceso que ha originado la derivación, la espera a ser atendido durante horas en una camilla que no dispone de ningún medio preventivo, el retraso en el cambio de pañales, la ausencia de cambios posturales, la falta de hidratación si no se instaura sueroterapia, etc. Tampoco en estas situaciones es habitual la denuncia o la demanda judicial. Lo que sí hacen las familias es presentar reclamaciones y quejas formales ante las instancias sanitarias superiores.

C. R. No de manera inmediata, pero sí a medio plazo. En cuanto las familias reciban más información y conozcan las verdaderas dimensiones del problema, pedirán más explicaciones a los profesionales, y esto puede tener consecuencias legales inmediatas. Por todo esto, también intento transmitir esta inquietud al resto de los profesionales, así como a la dirección del centro. No es el motivo principal que ha de guiar nuestra actuación, pero tampoco hay que darle en absoluto la espalda. Por ejemplo, creo que mi empresa cuenta con algún servicio jurídico, pero mi impresión es que no está preparado para hacer frente a estas cuestiones.

R. S. La amenaza real no me parece tan inmediata, aunque muy probablemente, como acabo de decir antes, también sea cuestión de tiempo.

¿Se siente suficientemente cubierto ante la consideración de las UPP como una amenaza potencial o real de problemas legales para su medio asistencial / institución?

G. V. No sé si las medidas preventivas que indicamos a las familias o a las instituciones, y que quedan registradas en la historia clínica, serán suficiente cobertura legal para nosotros; me inclino a pensar que sí, puesto que nosotros no somos los encargados de prestar la asistencia directamente a los pacientes. No sería ésta la situación de otros niveles asistenciales en los que se supone que se están proporcionando todos los cuidados que precisa el paciente.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

C. R. Actualmente no, pero se está trabajando en este sentido.

R. S. Creo que la institución no es consciente de esta amenaza potencial o real porque tiene otras prioridades. ¿Estará la enfermería suficientemente cubierta ante problemas legales? A nivel de la institución, quiero pensar que el seguro del hospital y del Colegio Profesional nos proteja.

En cualquier caso, pienso que tendría que ser casi una “obligación” por parte de la institución informar a los profesionales. El año pasado, en la celebración del Día Internacional de la Enfermería, el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria organizó una jornada sobre responsabilidades legales del colectivo de enfermería que tuvo una gran acogida. Debo aclarar que se habló en términos generales de responsabilidad legal, no específicamente de las responsabilidades legales frente a las UPP.

¿Cree usted que el problema (en todas sus dimensiones) de las UPP está adecuadamente percibido / estimado por parte de los profesionales sanitarios?

G. V. Fuera del entorno geriátrico, sociosanitario y de la asistencia primaria (por este orden) no se tiene conciencia de la gravedad del problema y de los medios de prevención y de intervención básicos. Incluso en estos ámbitos hay profesionales que no son conscientes de la importancia y trascendencia del problema de las UPP y que no poseen los conocimientos suficientes para prevenirlas y tratarlas: desconocen la existencia de material ortopédico preventivo (continúan recomendando el “flotador de borreguito”), realizan la protección de talones con algodón y metros de venda ignorando la existencia de las taloneras en el mercado, y pautando unas pomadas para las curas que hoy están absolutamente desfasadas.

C. R. Como ya he comentado antes, los profesionales que están cada día en contacto con los pacientes, ven su evolución y la de sus heridas, constatando cada día las consecuencias de esta patología, perciben el problema en toda su dimensión y trabajan cada día para minimizarlo. Incluyo a todo el equipo multidisciplinar de profesionales en este trabajo diario.

R. S. Por lo que se refiere a los médicos, mayoritariamente delegan en la enfermería la actuación terapéutica ante las UPP, porque las consideran afecciones de poco interés. A veces, según la calidad de vida del paciente, el estadio de la UPP o su extensión, o si está infectada, realizan una interconsulta con otros servicios (Dermatología, Cirugía Plástica, Cirugía General). Es decir, que se implican poco en este problema. Sin embargo, en lo que hace referencia a la mala praxis, son ellos los que mejor conocen las repercusiones legales de la misma, aunque tengo la impresión de que, por lo que respecta a las UPP, no son conscientes de su responsabilidad.

En cuanto al personal de enfermería, lo que más les preocupa es el aumento de la carga asistencial, por el mayor tiempo que consume el cuidado de estos enfermos. En mi hospital, debido a que la estancia es breve y el estado general del paciente deficiente, es difícil ver la

evolución y mejoría de las UPP, lo que produce desánimo al no ver “recompensado” su esfuerzo en el cuidado de las mismas. Se sienten también agobiados por la toma de decisiones a la hora de aplicar unos cuidados adecuados, por no disponer, en ocasiones, el hospital de un protocolo de prevención y tratamiento de las UPP.

Las auxiliares colaboran en la prevención, sin tener en muchas ocasiones formación específica y una adecuada disposición para llevar a cabo los cuidados de prevención. Una vez que aparecen las UPP estos pacientes pasan a ser responsabilidad de las enfermeras.

¿Considera que existe sentimiento de responsabilidad directa de los profesionales de Atención Primaria ante la producción de úlceras por presión en el domicilio?

G. V. No me parece que se sientan responsables de su aparición. Téngase en cuenta que, normalmente, la demanda de asistencia se produce a raíz de que han aparecido UPP en el paciente y no antes, con lo que la intervención es siempre (o a menudo) *a posteriori*. Posiblemente, con la implementación de los nuevos programas de la Atención Primaria reformada esto cambiará.

¿Cree que los profesionales de Atención Primaria se sienten legalmente responsables de la mala praxis en el uso de materiales y técnicas en el manejo de las heridas crónicas, como sucede en otros muchos escenarios de intervención sanitaria?

G. V. No me consta que haya responsabilidad por la mala praxis en la aplicación de nuevas técnicas y materiales, pero con el creciente control del gasto sanitario posiblemente se vigilará más o se empezará a vigilar la correcta aplicación de los nuevos materiales de cura, de la misma forma que se hace con los fármacos.

¿Cree usted que el problema (en todas sus dimensiones) de las UPP está adecuadamente percibido / estimado por parte de las instituciones sanitarias?

G. V. El grado de sensibilidad hacia el tema (con aplicación de medidas adecuadas) depende del Servicio y de su experiencia con pacientes de riesgo. Nos encontramos con toda la gama de posibilidades pero, en general, las instituciones hospitalarias minimizan el problema, pues tienen al paciente poco tiempo ingresado y, a menudo, son el origen de la lesión. Cuando el paciente queda ingresado en sala, sí se suele aplicar alguna medida de prevención.

C. R. Creo que la percepción del problema varía mucho en los diferentes niveles asistenciales y, a consecuencia de ello, también las actuaciones que al respecto se derivan. En los centros sociosanitarios éste es uno de los problemas en los que más se trabaja. Simplemente, las dimensiones que alcanza o puede alcanzar en estos centros el problema de las UPP hace que se le otorgue una gran importancia. No puedo decir lo mismo de mi expe-

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

riencia con otras instituciones o servicios (excepto alguno en concreto), ya que observo diariamente cómo las UPP son tratadas como un problema secundario, inevitable, como una patología de “tercera categoría”, totalmente aceptada como un problema colateral más.

R. S. Tengo la impresión de que la percepción que tienen las instituciones sanitarias del problema de las UPP es que prolongan las estancias hospitalarias.

¿Y por parte del Sistema Sanitario?

G. V. Creo que sí, por la gran repercusión económica en material y personal que representa, pero no lo suficiente, pues aún no se contempla facilitar gratuitamente todos los recursos necesarios para la prevención: ni el material ortopédico suficiente, ni protectores de celulosa para la cama, ni un número más amplio de pañales en caso de necesidad.

En el ámbito territorial en el que yo trabajo existe un programa informático unificado del Programa Vida als Anys de la Generalitat de Catalunya que recoge datos sobre las UPP específicos de los centros sociosanitarios. Los datos que nosotros debemos recoger no incluyen información sobre las UPP.

C. R. Desde hace un tiempo se preocupa mucho de recoger toda la información que puede, pero la valoración que se hace de estas informaciones, si las recibe de todos los centros, las conclusiones a las que llegan y las decisiones que toman al respecto todavía son desconocidas para mí. Se supone que, como profesionales, ya podemos estar satisfechos si desde la Administración no te llega ningún tipo de recriminación o llamada de atención por mala praxis al respecto.

Parece que el Sistema Sanitario se está preocupando, por el momento, de recopilar información para dimensionar el problema. Confiemos en que, en una segunda fase, actúe sobre el mismo. Me imagino que todas las administraciones públicas, lo primero que necesitan para actuar sobre un problema es mucha información, dimensionarlo. El problema de las UPP no les debe parecer con la suficiente “dimensión” como para actuar. En la escala de prioridades que tiene la administración, las UPP siguen en un lugar no muy privilegiado.

R. S. Creo que la visión del Sistema Sanitario se centra, fundamentalmente, en los aspectos económicos del problema. Ven aumentados considerablemente sus gastos en relación con el tratamiento de las UPP, tanto por lo que se refiere a los costes directos (costes de los apósitos primarios y secundarios, costes de los productos de limpieza, de las intervenciones quirúrgicas y radiológicas, del tratamiento, de las complicaciones y del dolor, de la asistencia del paciente en relación con la herida, del tiempo del profesional), como a los costes indirectos (costes relacionados con la calidad de vida, con la ayuda para realizar AVD, coste de los absentismos laborales, costes de pleitos y litigios judiciales).

¿Qué ocurre en las instancias educativas? ¿Existe el suficiente grado de sensibilización sobre el problema de las UPP?

G. V. Pienso que actualmente, tanto desde los servicios específicos, como el nuestro, como desde la Atención Primaria, se está incidiendo mucho y muy positivamente en la educación sanitaria de las familias y también en la formación de las cuidadoras profesionales de agencias, a través de programas específicos de formación. No sé si el tema de la prevención y el tratamiento de las UPP se contempla con la suficiente amplitud en los currículos formativos de medicina, enfermería y auxiliares de clínica.

C. R. Se puede constatar cada día cómo los profesionales de enfermería tienen, al salir de las escuelas, un total desconocimiento sobre el problema de las UPP. Algunos te comentan haber oído algo sobre el tema, pero el desconocimiento en general es total. No saben cómo abordar el problema desde ningún aspecto.

Creo que ésta es una asignatura pendiente en nuestras universidades.

No puedo opinar desde ningún otro punto de vista por falta de información.

R. S. En las Escuelas de Enfermería el abordaje de las UPP es muy heterogéneo. En términos generales suele estar incluido en las materias de Fundamentos de Enfermería, Enfermería Médico-Quirúrgica y Enfermería Geriátrica. Por la dotación de horas de estas materias, el número de ellas que se dedica a las UPP es especial y alarmantemente escaso.

A modo de ejemplo y sin que sea extensible al conjunto de las escuelas, en la Universidad de Cantabria, según la información que he recabado de los profesores, la distribución es la siguiente: Fundamentos de Enfermería, asignatura troncal (1^{er} curso). Se dedica 1 hora aproximadamente dentro de la “necesidad de moverse”, como una consecuencia no deseable dentro de la “inmovilidad”; Enfermería Médico-Quirúrgica, asignatura troncal (1^{er} curso). Se dedican 3 horas, una a la prevención y dos a la cura, aunque éstas no son específicas de las UPP, sino que se trabaja la cura de las heridas en general; Enfermería geriátrica, asignatura troncal (2^o curso). Se dedican 2 horas, una a la prevención y otra a la cura específica de las UPP. Se habla muy superficialmente de los distintos apósitos y los contenidos se centran especialmente en las personas mayores y en sus factores de riesgo. Se tratan dentro del capítulo de los “síndromes geriátricos”.

Dentro del Área de Envejecimiento y Enfermería Geriátrica se convoca, desde hace tres años, un taller de libre elección de 30 horas de “Actualización de la prevención, cura y tratamiento de las UPP y otras heridas crónicas”, dejando unas 15 horas específicas para las UPP. Este taller lo imparten enfermeros del GNEAUPP y la participación en el mismo es voluntaria.

En la formación postgrado, en las Áreas de Formación Continuada de los Centros Asistenciales, suelen ser los laboratorios los que llevan la iniciativa de organizar sesiones formativas y poner en marcha estudios de investigación.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

En la Universidad de Cantabria, desde el Área de Envejecimiento y Enfermería Geriátrica, se ha iniciado en el presente curso académico 2003-04 un Curso de Experto Universitario sobre "UPP y Heridas Crónicas", de 400 horas de duración, y que se realiza a través del Aula Virtual de dicha Universidad, en el que colaboro como profesora-tutora. Creo que esta iniciativa es novedosa y me atrevería a asegurar que única en nuestro país.

También en esta Universidad y en la misma área existe desde hace 6 años un Curso de Experto Universitario en Enfermería Gerontológica de 500 horas de duración y en el que se incluye un taller de 30 horas específico de UPP.

¿Y por lo que se refiere a la sociedad en general?

G. V. Si no se tiene experiencia personal directa o indirecta con el tema, no se tiene ni idea de la magnitud del problema, y se minimiza su importancia y su prevención.

Si se ha estado en contacto con úlceras por presión, directa o indirectamente, hay una gran sensibilidad hacia el problema y una gran receptividad a la hora de tomar medidas de prevención.

C. R. El desconocimiento hasta ahora es total; no saben ni por qué, ni dónde ni cuándo se forman. Incluso se asume como una complicación lógica dado el estado del paciente por parte de algunos familiares, que seguramente habrán recibido esta información de algún profesional de la salud.

Son todavía casos muy aislados los que solicitan información sobre el problema: por qué ha pasado, cómo evoluciona y qué consecuencias puede tener. Desde nuestro centro se intenta que los pacientes que regresan a su domicilio con una UPP o con riesgo de desarrollarla, se vayan con el máximo de información sobre todo aquello que les puede ayudar en el tratamiento y la prevención.

R. S. En general, la sociedad asume que las UPP son hechos "normales e irremediables", que tienen que ver con la vejez, la enfermedad, el encamamiento y la decrepitud senil. Mientras que los profesionales sanitarios, las instituciones y la Administración no nos concienciamos de que el 95% de las UPP son evitables, todos seguiremos pensando que son situaciones irremediables y así se lo transmitiremos a los familiares y a la sociedad en general.

¿Añadiría algún otro comentario acerca de todas las cuestiones tratadas?

G. V. En los 15 años que llevo trabajando en el ámbito de la geriatría he observado una evolución muy positiva en el tema de las UPP. Hoy es excepcional ver úlceras que lleguen al hueso como ocurría hace años. Su incidencia en el ámbito en el que trabajo es prácticamente nula y su prevalencia ha descendido espectacularmente.

Pienso que esto se debe, en gran medida, a la mejor educación de los equipos de Atención Primaria y nuestros en relación con las medidas de prevención e intervención precoz en los estadios iniciales de la lesión, y también a la aparición de nuevos materiales, que proporcionan mejores resultados en lo que a la prevención y el tratamiento se refiere.

R. S. Queda claro que el concepto de prevención de las UPP debe estar presente en la labor diaria de la enfermera; por tanto, habría que introducirlo y enseñarlo desde la formación de pregrado. Los estudiantes de Enfermería deben conocer y profundizar en los protocolos y procedimientos de prevención y tratamiento de las UPP.

Además, debiera existir un mayor flujo de comunicación entre las Escuelas de Enfermería (Universidad) y los centros y ámbitos asistenciales (hospitales, Atención Primaria), a través de trabajos de investigación, de formación, etc.

Para finalizar, ¿qué propuestas concretas de acción plantearía a su institución o a su Administración Sanitaria para mejorar la situación actual, en cuanto a la prevención y el tratamiento de las UPP?

G. V. Fundamentalmente sugeriría las siguientes:

- Promover una formación específica (y obligatoria) acerca de la prevención y el tratamiento de las UPP de todos los profesionales implicados en su proceso de aparición.
- Incrementar las ayudas para sufragar el gasto que representan los materiales ortopédicos de prevención.
- “Penalizar” a los equipos a los que les saltara el indicador de incidencia de UPP.

C. R. Por lo que respecta a nuestra institución, los objetivos próximos son los siguientes:

- Mantener un buen nivel de formación e información de manera permanente para evitar bajar la guardia al respecto.
- Mejora de las superficies, tanto en decúbito como en sedestación.
- Actualización de registros, no tan sólo como herramienta para monitorizar variables de la herida, sino también para monitorizar la prevención.
- Incorporación de manera sistemática del registro fotográfico.
- Informatización de los registros.

En cuanto a las propuestas que trasladaría a la Administración:

- Dimensionar el problema y actuar en consonancia con la importancia que el problema tiene.
- Marcar a los recursos asistenciales unos objetivos concretos en cuanto a cifras, tasas de incidencia y prevalencia.
- Incentivar y/o penalizar a los recursos según la cumplimentación de dichos objetivos.
- Establecer ayudas económicas para los pacientes ya ulcerados.
- Creación de recursos especializados en el tratamiento, sobre todo precoz, de las UPP.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

- Conjuntamente con el servicio, crear también un profesional de soporte especializado en el tratamiento integral de las heridas crónicas.

R. S. Por lo que respecta al hospital se recomienda:

- Desarrollo de la Comisión de UPP. Esta comisión seguiría los objetivos debatidos en Primer Encuentro de Comisiones de Úlceras por Presión, organizado por el GNEAUPP.
- Coordinación entre la Comisión de UPP y Gerencia. En el caso de que en la Comisión no haya ningún representante de la Gerencia, debe existir una comunicación bidireccional para llevar a cabo las propuestas en materia de prevención y tratamiento.
- La Dirección de Enfermería será el eje vertebrador en la solución del problema de las UPP. Hasta que la Comisión sea referencia en el hospital (en mi caso acaba de nacer y probablemente sea desconocida), será la Dirección de Enfermería la que marque las directrices a seguir por los profesionales; por ejemplo, deberá potenciar la formación de las supervisoras de las Unidades implicadas en el cuidado de las UPP.

Las propuestas para la Administración Sanitaria serían:

- Desarrollo de la Comisión Interniveles de UPP. Esta comisión seguirá los objetivos debatidos en Primer Encuentro de Comisiones de Úlceras por Presión, organizado por el GNEAUPP.
- Elaboración de una guía común de actuación en las diferentes instituciones y niveles de la Administración. Para garantizar la continuidad de los cuidados, será fundamental trabajar con criterios comunes y coordinados (registros, seguimiento de indicadores epidemiológicos, etc.).
- Coordinación entre las Comisiones de UPP y las Gerencias. Entre las actuaciones prioritarias de las Comisiones debería estar la de concienciar a los responsables “del dinero” de que el 95% de las UPP son evitables, aunque conseguirlo representa un coste. A partir de este punto, tendría que existir una comunicación, con objeto de conocer los recursos disponibles para realizar las propuestas sugeridas por la comisión, tanto en materia de prevención, como de tratamiento.

ASPECTOS LEGALES DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ESPAÑA

Sonia Navarro Rodríguez

Abogada (Universidad de Barcelona, 1996), con especialidad en Derecho Sanitario, materia sobre la que ha realizado artículos e impartido conferencias. Es colaboradora habitual en programas de radio y televisión del área de Barcelona. Actualmente, es responsable del Departamento Jurídico y apoderada de una Asesoría/Consultoría de gran prestigio.

Introducción

Los juristas, tanto jueces como abogados, al no poseer conocimientos sobre un sinnúmero de profesiones –arquitectura, topografía, ingeniería, economía, medicina, etc.–, se ven obligados a recurrir a los profesionales especializados y a las publicaciones sobre la materia en cuestión para obtener los conocimientos necesarios, a fin de llegar a saber lo que ha sucedido y poder aplicar la ley. En los casos relacionados con la sanidad, también es así como se conoce lo que aconseja el estado actual de la ciencia en relación a la dolencia o patología concreta, lo que aconsejan los protocolos de actuación, si estos se han seguido o no, etc.

Por ello, cuando se me planteó este estudio, lo primero que tuve que hacer fue instruirme acerca de las úlceras por presión recurriendo a la lectura de algunas publicaciones sobre la materia (1), elaboradas por especialistas. De la lectura de las mismas son destacables las consideraciones recogidas en la **Tabla 1**.

De esta incursión en materia de úlceras por presión se deducen varios datos jurídicamente relevantes (**Tabla 2**).

La situación en nuestro país

El siguiente paso se encaminó a buscar información relativa a si en España se estaba dando este tipo de reclamaciones. Pero, como ya puede suponerse, desde un primer momento no resultó una tarea fácil, porque en nuestro país, a diferencia de otros, como el Reino Unido o los Estados Unidos, hasta muy recientemente no se reclamaba.

Supongo que ello se ha debido a que la sociedad española ha venido entendiendo las lesiones generadas por presión como una circunstancia inherente a la avanzada edad de los pacientes que mayormente las padecen, y al hecho de su inmovilización, viéndolas como algo inevitable.

Pero esta concepción parece haber cambiado. Así, a partir de los años noventa empezamos a encontrar, eso sí, con dificultad, alguna que otra sentencia que se refiere a este tipo de dolencias, a las que no siempre se denomina igual, lo que complica su búsqueda, y así, mientras que las publicaciones del sector las distinguen como úlceras o lesiones por pre-

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

Tabla 1. Consideraciones jurídico-legales de las UPP

- Las úlceras por presión son ciertas **heridas provocadas por la presión sobre la piel**. Las sufren entre un 8 y un 12% de los enfermos inmovilizados, ya sea en hospitales o en geriátricos; ya sea por encamamientos prolongados o por permanencia en sillas de ruedas. Los más afectados son los pacientes mayores.
- **Si no se previenen o no se tratan correctamente, pueden acabar con graves lesiones** como la amputación, e incluso con la muerte del afectado.
- Una **prevención adecuada** puede evitar su aparición en el 95% de los casos (2), salvo en el de los pacientes que se encuentren en estadio terminal de su enfermedad en el que es probablemente inevitable (3).
- **Pueden prevenirse:**

Con unas **sencillas pautas profilácticas**: valoración del riesgo a través de unas escalas establecidas, con cuidados específicos en el movimiento del paciente e higiene extrema de la piel, con el fin de mantenerla limpia, seca e hidratada, y la utilización de apósitos protectores (4).

Además, existen **otras medidas** que complementan esta actividad, como la utilización de superficies especiales de apoyo: ciertos tipos de camas, colchones, almohadas y otros productos que reducen la presión sobre la piel.
- Para el **tratamiento** de las úlceras por presión es importante:
 - La valoración** (5).
 - El **registro de la lesión** al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran (6).
 - Procurar el **alivio de la presión sobre los tejidos**: técnicas de posición con plan individualizado y "escrito" (7).
 - Utilizar **superficies de apoyo adecuadas**, como medida coadyuvante al tratamiento, pero que, en ningún caso, sustituyen a los cambios posturales.
 - En caso de **infección** (8), intensificar la limpieza y el desbridamiento; si en dos o cuatro semanas no mejora, suministrar un antibiótico local; si tampoco responde a esta medida, identificación del germen y planteamiento de un antibiótico específico.
 - Reparación quirúrgica** en estadios más avanzados cuando no responden al tratamiento convencional.

sión, también por decúbito, las sentencias encontradas hablan de escaras y de necrosis cutáneas (las examinaremos más adelante).

Tabla 2. Datos de trascendencia jurídica

- Las úlceras por presión **se pueden evitar** en un 95% de los casos.
- Se **previenen** fácilmente con sencillas **pautas profilácticas**.
- Su **tratamiento** es más dificultoso conforme avanza más la úlcera y, sobre todo, en los casos de enfermedades terminales.
- Facilitan, tanto la prevención como el tratamiento, la utilización de ciertos tipos de **superficies especiales de apoyo**: colchones, almohadas, cojines, camas y otros productos que reducen la presión sobre la piel.

Pero antes de entrar en los criterios de los tribunales españoles, se hace necesario explicar ciertos aspectos básicos del Derecho Sanitario de nuestro país, que permitan entender su aplicación práctica al supuesto de las úlceras por presión.

Así como al principio de este trabajo se ha expuesto cómo el jurista debe procurarse aquellos conocimientos sanitarios especializados que no posee, para que de este modo se pueda extraer lo jurídicamente relevante para poder aplicar de forma correcta la norma jurídica, ahora de lo que se trata es de que el profesional sanitario haga lo mismo aunque a la inversa, es decir, que de la mano de este trabajo haga una incursión en el campo del Derecho Sanitario, para obtener una guía práctica en aras a evitar reclamaciones o defenderse con éxito de las mismas, si se llegan a producir.

Aspectos básicos y generales de la actividad sanitaria (Tabla 3)

La actividad médica y del resto de los profesionales sanitarios se configura en nuestro ordenamiento jurídico como obligación de actividad o de medios, no de resultados (9), por lo que únicamente podemos hablar de negligencia médica cuando no se hayan empleado todos los medios al alcance, de acuerdo al estado de la ciencia, para evitar la producción de un daño o perjuicio.

Esta obligación se cumple cuando la actividad sanitaria se adecua a la *lex artis ad hoc* (10), si se ha empleado la diligencia del buen especialista. Es actuar según lo que la ciencia del momento exige para cada caso concreto, *ad hoc*, y en cada una de las fases de la actuación sanitaria, ya sea exploratoria, diagnóstica, terapéutica o preventiva, porque cada acto médico o sanitario posee su propia *lex artis*. Según el Tribunal Supremo es: “La actuación del profesional médico correcta, diligente y técnicamente adecuada o con buena técnica médica”.

Tabla 3. Aspectos básicos y generales de la actividad sanitaria

- **Actividad de medios y no de resultados:** de procurar todos los medios necesarios según el estado de la ciencia del momento para evitar la producción de un daño o perjuicio.
- **Lex artis ad hoc:** diligencia del buen especialista a la que debe adecuarse la actividad sanitaria. Sus elementos esenciales son:
 - Seguimiento de los **protocolos:** guías de normas básicas de actuación elaboradas por colectivos de especialistas o por la comunidad científica internacional.
 - Información al paciente.**
 - Consentimiento informado** del paciente.
- **Historia clínica:** importantísimo medio de prueba de diligencia, de cumplimiento de la *lex artis ad hoc*; de haber seguido los protocolos, informado al paciente y de que éste ha consentido.

Tres son las exigencias para actuar conforme a la *lex artis*: que se cumplan las directrices de los protocolos, que se informe al paciente y que éste consienta.

- **Seguimiento de los protocolos**, entendidos como guías de normas básicas de actuación para determinados actos médicos elaborados por colectivos de especialistas o por la comunidad científica internacional. No son normas de actuación rígidas que deba seguir el personal sanitario, pero sí constituyen unas normas de actuación más recomendables para cada situación o circunstancia en que se encuentre el paciente.

- Para cumplir con la *lex artis* también debe cumplirse con la obligación de **informar al paciente**, no sólo del diagnóstico, sino también de la técnica terapéutica a emplear y de los riesgos que se deriven de la misma. Este deber, aunque recae por regla general en el médico, en el supuesto de las úlceras por presión recae también en el personal de enfermería por ser los profesionales que van a aplicar una técnica o procedimiento concreto, tanto para su prevención, como para su tratamiento (11). De hecho, ya lo recoge así la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de la persona en relación con la salud de la comunidad autónoma de Castilla y León.

- El deber de información ha de ir seguido del **consentimiento del paciente**, que tiene como fundamento constitucional el principio de autonomía de la persona para decidir sobre su integridad física (12). Sin embargo, el consentimiento no funciona como una especie de cláusula de irresponsabilidad para el personal sanitario, ya que el paciente, al

prestar el consentimiento, tan sólo acepta los riesgos propios de la intervención o el tratamiento. Es decir, el consentimiento sólo exonera de responsabilidad cuando se actúa dentro de la *lex artis* (13).

La importancia de la historia clínica para la defensa del profesional y del centro

Con el concepto claro de lo que es la *lex artis*, se ha de abordar el tema de la trascendencia de la **historia clínica**.

La historia clínica, además de cumplir con la función de procurar un buen servicio al paciente, tanto para el personal sanitario como para el centro, cuando se han seguido los protocolos de forma adecuada y se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, constituye un **importantísimo medio de prueba de diligencia ante cualquier reclamación judicial**. Por ello, es conveniente que cada paso que se dé en la aplicación de los protocolos sea anotado en la historia clínica del paciente, con expresión del día, hora e identificación del profesional actuante.

También debe anotarse, siguiendo las mismas pautas –día, hora y profesional actuante–, la información que se ofrece al paciente y si éste ha otorgado su consentimiento, aunque se trate de casos en que no se requiere que lo dé por escrito.

Por ello debe superarse el miedo que todavía hoy impera en el sector sanitario a anotar en las historias clínicas. No hay que olvidar que van a ser las anotaciones que hayamos efectuado en ellas las que van a evidenciar nuestro actuar diligente y van a decantar la balanza de la justicia a nuestro favor.

La responsabilidad sanitaria en nuestro sistema

No existe en nuestro Derecho una regulación específica sobre responsabilidad sanitaria, por lo que ésta se incardina dentro de otros conceptos más generales de responsabilidad, como la responsabilidad civil, la responsabilidad patrimonial del Estado por el normal o anormal funcionamiento de la administración sanitaria y, finalmente, la responsabilidad penal.

Las dos primeras son incompatibles entre sí, ya que la responsabilidad civil se da en el ámbito de la sanidad privada y los profesionales sanitarios en cuanto a su responsabilidad profesional, y la patrimonial del Estado o administrativa se da en el ámbito de la sanidad pública. En cambio, las dos son compatibles con la tercera y se pueden dar conjuntamente. Para no cansar al lector se han recogido de forma esquemática las diferencias entre la responsabilidad civil y patrimonial del Estado, dejando la penal para comentarla más adelante. (**Tablas 4 y 5**)

La configuración legal de ambas vías es muy distinta. Mientras que, en principio –ya veremos luego que esto cambia–, la **responsabilidad civil** (privada) **es subjetiva o por culpa**, es

Tabla 4. Responsabilidad civil

- Cuando los daños provienen de la sanidad privada o de un profesional sanitario en concreto.
 - Subjetiva o por culpa.
- Es la misma que se utiliza para otros profesionales como los arquitectos o los abogados.
-

Tabla 5. Responsabilidad administrativa

- Cuando las daños provienen de la sanidad pública.
- Objetiva o por resultado.
- También se utiliza esta vía contra los ayuntamientos en aquellos casos en que los ciudadanos sufren lesiones por un accidente ocasionado por el mal estado del pavimento, las aceras, obras no señalizadas, etc.

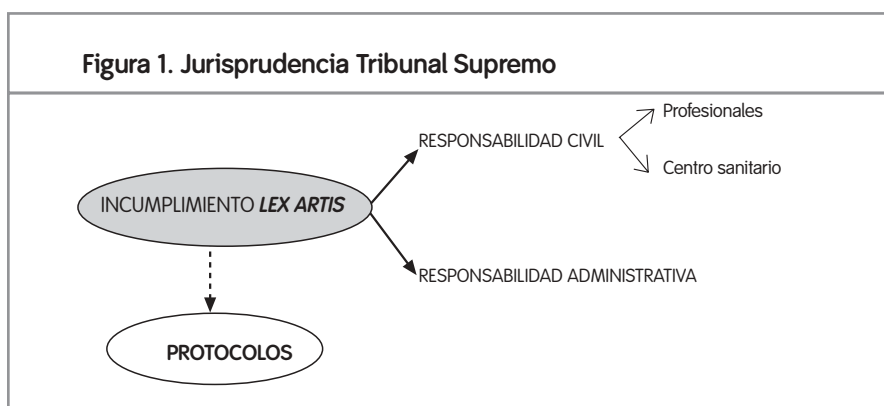
decir, que requiere que haya negligencia médica: incumplimiento de la *lex artis ad hoc* por no cumplir con los protocolos; la **responsabilidad patrimonial del Estado** es todo lo contrario; en principio o en teoría **es objetiva o por resultado**, lo que significa que cualquier resultado lesivo, causado por la administración sanitaria, debe ser indemnizado por el Estado siempre que se demuestre la relación causa-efecto entre la actividad sanitaria y el resultado lesivo.

Sin embargo, las salas civil y contencioso-administrativa de nuestro Tribunal Supremo han ido matizando, respectivamente, cada vía hasta el punto de llegar a conclusiones similares.

Por un lado, vemos que la **vía civil** (sanidad privada) se va objetivando, ya que el Tribunal Supremo empieza a ver al paciente como un consumidor o usuario de la sanidad y aplica su normativa específica (14), según la cual la producción de un daño genera responsabilidad objetiva por resultado. Pero, aunque se va objetivando, no se objetiva del todo, ya que la ley de consumidores y usuarios cuando se refiere a los “servicios sanitarios” dice que no se dará esta responsabilidad cuando se haya acreditado: “que se han cumplido debidamente las exigencias y requisitos reglamentariamente establecidos y los demás cuidados y diligencias que exige la naturaleza del producto, servicio o actividad” (15); por ello, se dice que se trata de una responsabilidad “*quasi* objetiva”, porque si se acredita que se ha actuado conforme a la *lex artis*, los tribunales entenderán que el profesional sanitario y/o el centro no son responsables (16).

En cambio, en la **vía administrativa** (pública) sucede justo lo contrario. Si bien se define legalmente como una responsabilidad objetiva o por resultado, la Sala del Tribunal Supremo que tiene asignada esta materia ha ido subjetivando la responsabilidad de modo que, cuando se trata de servicios sanitarios, se excluye la existencia de responsabilidad cuando se acredita que el personal sanitario ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc* (17).

Por ello, pese a que la configuración legal de ambas vías es radicalmente distinta, en la práctica, y porque así lo ha ido interpretando nuestro Tribunal Supremo, ambas exigen, para excluir la responsabilidad, que se haya cumplido con la *lex artis ad hoc* y los protocolos (**Figura 1**).



Respecto de la responsabilidad penal, hay que decir que se da en los casos en que el resultado es de lesiones o muerte del paciente y que exige para que se dé los presupuestos recogidos en la **Tabla 6**.

De todo lo anterior se desprende que va a ser esencial para evitar la responsabilidad penal que se actúe conforme a la *lex artis ad hoc* y se sigan los protocolos (19) (**Tabla 7**).

Sentado lo anterior, es mucho más fácil determinar de qué manera deben conducirse, desde el punto de vista legal, las actuaciones sanitarias relacionadas con las úlceras por presión

Cómo debe ser, desde un punto de vista legal, la actividad sanitaria relacionada con las úlceras por presión

La obligación del personal sanitario, al configurarse como una obligación de medios y no de resultados, no va a ser la de evitar la aparición de úlceras por presión ni curar-

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

Tabla 6. Presupuestos de responsabilidad penal (18)

- **Infracción del deber de cuidado:** la conducta imprudente se debe caracterizar por la voluntaria omisión de la diligencia exigible por la norma que preside el correcto quehacer profesional (*lex artis ad hoc*). De modo que si ésta se hubiere observado no se habría producido el daño.
- **Resultado lesivo** contemplado por la norma penal.
- **Relación de causalidad:** imputación objetiva del resultado a la infracción del deber de cuidado.
- **Previsibilidad del resultado:** el reproche de culpabilidad viene dado no tanto por el error, si lo hubiere, como por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que el paciente requiere.

Tabla 7. Responsabilidad sanitaria

- El cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, mediante el seguimiento de los protocolos o guías de práctica clínica (20), y su acreditación en juicio mediante las anotaciones en la historia clínica, excluyen la responsabilidad civil, administrativa y penal.

las en todos los casos, sino tan sólo en aquéllos en que sea **evitable** su aparición y/o su evolución.

Así, para evitar la aparición de **úlceras por presión** y/o para su tratamiento se puede decir que el **estado actual de la ciencia** en relación a las úlceras por presión establece obligaciones tanto para el personal sanitario como para el centro sanitario o asistencial. Así:

- El **profesional sanitario** tiene la obligación de seguir los protocolos o directrices generales sobre prevención y tratamiento, apartándose de los mismos sólo de forma justificada.
- El **centro sanitario o asistencial** tiene la obligación de procurar los medios existentes en el mercado para disminuir la presión sobre la piel, que ayudan a prevenir su aparición o conducen a su curación. Actualmente, estos medios están constituidos, como lo dicen las guías de práctica clínica, por los apósitos y las superficies especiales de apoyo como colchones antiescaras, cojines, camas, etc.

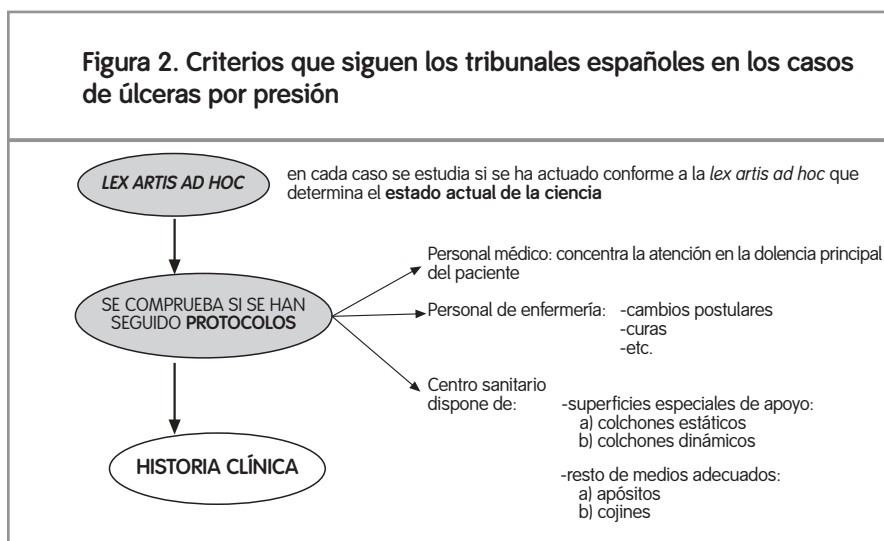
Si se cumplen estas obligaciones (personales y de medios), se estarán siguiendo los **protocolos**, y si, además, se informa cumplidamente al paciente de los tratamientos a seguir y éste presta su consentimiento, en este caso verbal pero con **anotación en la historia clínica**, donde también se harán constar todas las actuaciones que se vayan siguiendo, se estará cumpliendo la *lex artis ad hoc*.

Si se ha cumplido con la *lex artis ad hoc* y puede acreditarse, es decir, de la historia clínica se desprende que ha sido así, ni el profesional sanitario ni el centro deben temer que prospere una reclamación judicial (por responsabilidad civil, administrativa o penal). No obstante, analizaré la jurisprudencia española a este respecto.

Criterio que siguen los tribunales españoles en los casos de úlceras por presión (Figura 2)

Como ya he expuesto al principio, en España todavía no son usuales las reclamaciones judiciales relacionadas con la no prevención o el defectuoso tratamiento de las úlceras por presión. Pensemos que, aunque cada vez se reclaman más, la lentitud de la justicia, sobre todo en la vía contencioso-administrativa (Sanidad Pública), provoca que las sentencias que vamos obteniendo ahora resuelvan casos originados en los años 90.

Las sentencias estudiadas vienen estableciendo, por regla general y siguiendo el criterio del Tribunal Supremo en relación a la actividad sanitaria en general, que, para que pueda excluirse la existencia de responsabilidad, debe darse cumplimiento a la *lex artis ad hoc* mediante el seguimiento de los **protocolos**.



Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

Sentencia 858/2001, de 10 de diciembre, del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (21)

Esta sentencia resuelve una reclamación judicial interpuesta el año 1997 por el fallecimiento de un paciente el año 1996 y condena a la administración sanitaria por la falta de recursos hospitalarios suficientes “de tipo mecánico y personal”:

- **De tipo mecánico.** Porque “del análisis de la historia clínica y las hojas de seguimiento del enfermo (...) se advierte que no se utilizaron colchones especiales antiescaras por escasez”.

- **De tipo personal.** El tribunal entiende que el personal sanitario debió procurar la **movilidad del enfermo** sin que su corpulencia justificara el que no lo hicieran, entendiéndose que su inmovilidad fue un factor que favoreció la presión sobre la piel.

Además añade que existió “falta de un protocolo de enfermería adecuado para mitigar ese riesgo tan previsible o que hubo insuficiencia de medios que ha tenido algún grado de incidencia causal, concurrente con la causa principal, que sería la lesión medular del enfermo”.

De una lectura más minuciosa de esta sentencia también podemos destacar que:

- Si el personal de enfermería hubiera efectuado los cambios posturales del paciente con resultado lesivo para éste, el centro sanitario hubiera seguido siendo responsable por no haber facilitado al enfermo un colchón especial antiescaras, aunque el motivo fuera la escasez. Conclusión: **los centros deben procurar abastecerse de los medios adecuados para evitar las úlceras por presión.**

- Aunque el centro hubiera dispuesto de un colchón antiescaras para el paciente, el hecho de no haberse producido los cambios posturales con resultado lesivo para el enfermo, hace que se determine que el personal sanitario es el responsable.

- El personal sanitario responsable sería el **de enfermería** ya que, para determinar si se da responsabilidad, la sentencia refiere que la actuación de los médicos fue “acorde a la *lex artis*”: “No hubo negligencia jurídicamente significativa” porque “concentraron su atención en la dolencia principal del paciente” (lesión medular). Sin embargo, sí que refiere que “la falta de un protocolo de enfermería adecuado para mitigar ese riesgo tan previsible (...) ha tenido algún grado de incidencia causal, concurrente con la causa principal, que sería la lesión medular del enfermo”.

- Refiere que “la atención clínica referida a los cuidados de prevención de la aparición de escaras no tiene apenas reflejo en la historia clínica hasta que, poco a poco va apareciendo la lesión, momento a partir del cual reclama más atención de los cuidadores, llegando incluso finalmente a ser el objeto principal del tratamiento”. Obsérvese que el tribunal extrae la conclusión de que no se efectuó la prevención adecuada porque no consta en la historia clínica del paciente. Podría ser que sí se hubiera efectuado, pero que no se hubieran anotado en la historia. En este

supuesto, la falta de anotación habría jugado en contra del personal sanitario al entender el tribunal que su silencio en la historia clínica supone que no se ha hecho ninguna actividad de prevención y que, por tanto, el personal sanitario no ha sido diligente. Para evitarlo es por lo que, desde un principio, hemos venido insistiendo en que **se hagan las anotaciones en la historia clínica, porque van a ser la mejor defensa ante cualquier reclamación.**

- Esta sentencia también refiere que “probablemente la falta de un **protocolo de enfermería** adecuado para mitigar ese riesgo tan previsible (...) ha tenido algún grado de incidencia causal, concurrente con la causa que puede considerarse principal, que sería la propia lesión medular del enfermo y la paraplejía que lo tenía inmobilizado”. Por ello, para evitar la responsabilidad del **centro sanitario**, éste **deberá dotarse de protocolos o de guías de práctica clínica de enfermería para la prevención o el tratamiento de las úlceras por presión**, ya que el tribunal, en el caso enjuiciado, ha entendido su falta como una posible causa que, junto con el resto, motivaron que no se efectuaran tareas de prevención con el paciente. Por supuesto, lo mismo cabe predicar para el centro asistencial.

Sentencia 139/2001, de 9 de febrero, del Tribunal Superior de Justicia de Valencia

Esta sentencia resuelve una reclamación judicial interpuesta el año 1996 por lesiones padecidas por un paciente en el postoperatorio de una intervención, practicada el 18 de septiembre de 1991, consecuencia de una indebida asistencia sanitaria: “necrosis” a partir de la defectuosa inmovilización del pie izquierdo, y de la demora en atender las quejas acerca de las molestias que le producía dicha inmovilización. Considera como hechos probados los siguientes:

- La más probable causa de la necrosis fue la **defectuosa inmovilización**.
- Pese a las **molestias sintomáticas** de la compresión anómala que estaba sufriendo, **no se resolvió prontamente la cuestión**, y todo ello llevó a la lesión objeto del proceso.
- El hecho de que la paciente hubiera sido operada de una lesión en el pie en cuestión no rompe **la cadena causal**, sino por el contrario, es el hecho antecedente de la actuación del servicio sanitario que da lugar a la lesión consecuente de la necrosis cutánea.
- **No se ha demostrado en absoluto que dicha necrosis sea una consecuencia habitual de la lesión originaria y de la operación subsiguiente**, sino que de los informes técnicos parece desprenderse que la necrosis cutánea se debe a las citadas causas habitadas en el postoperatorio y que no pueden verse enervadas por el hecho antecedente de la lesión original.

Comentarios y conclusiones de las sentencias estudiadas

De la lectura de los pronunciamientos de estas sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia de Andalucía y Valencia podemos llegar a una primera conclusión: la responsabilidad se

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

Tabla 8. Distribución de responsabilidad según los tribunales	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">RESPONSABILIDAD PERSONAL SANITARIO</div> <p>- Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> { Prevención: riesgo → escalas { Tratamiento: lesión → escalas registro <p>- Cuidados específicos: { Pie Exceso humedad</p> <p>- Cuidados úlcera: { Desbridamiento Limpieza Prevención Abordaje Infección bacteriana</p> <p>- Movilización: Plan cuidados { Movilidad Actividad</p> <p>- Cambios posturales: { 2-3 horas Rotación programada e individualizada</p> <p>- Superficies especiales apoyo: escoger la más adecuada según: { riesgo detectado Estado úlcera</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">RESPONSABILIDAD DEL CENTRO SANITARIO Y ASISTENCIAL</div> <p>PROPORCIONAR MEDIOS NECESARIOS</p> <p>A) Superficies especiales de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Estáticas</u>: riesgo bajo y medio b) <u>Dinámicas</u>: aire alternante: pacientes de riesgo medio y alto <p>B) Otros materiales: apósitos protectores, cojines, almohadas, protectores locales, etc.</p> <p>C) Protocolos de actuación para la prevención y el tratamiento de las UPP</p>

distribuye, pudiendo recaer tanto sobre el personal sanitario, como sobre el centro sanitario o asistencial, o sobre ambos si se suman incumplimientos de tipo personal y material (Tabla 8).

Responsabilidad del centro sanitario o asistencial

El centro va a ser responsable si no se dota de los **medios materiales adecuados** para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

Estos medios materiales, como hemos visto en los protocolos, están constituidos, principalmente, por las **superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP)**, de los que existen diferentes tipos; su utilización vendrá definida por el riesgo detectado del paciente a desarrollar úlceras por presión y, en fase de tratamiento, dependiendo del estadio en que se encuentre la úlcera. Así, los centros deberán dotarse de:

- **Superficies estáticas:** para pacientes de riesgo bajo. De altas prestaciones para pacientes de riesgo medio. Cuando la úlcera ha aparecido son adecuados para aque-

llos pacientes que pueden asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera.

- **Superficies dinámicas**, colchones de aire alternante: para pacientes de riesgo medio y alto. Cuando la lesión ha aparecido, si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que el peso recaiga sobre la úlcera por presión.

- **Otros materiales**, para reducir localmente la presión y evitar la fricción: apósitos protectores, cojines, almohadas, protectores locales, etc.

Además, los centros también deben dotarse “de un **protocolo de enfermería** adecuado para mitigar ese riesgo tan previsible” (22), ya que de lo contrario también se le “considera responsable” de la aparición de úlceras por presión (23).

Responsabilidad del personal sanitario

El personal sanitario es el responsable de:

- **Valoración**: del riesgo en prevención, mediante las escalas que determinen los protocolos, y de la lesión una vez ha aparecido, caso en que se debe proceder a su registro.

- **Cuidados específicos en la prevención**: de la piel y del exceso de humedad.

- **Cuidados de la úlcera** cuando ya ha aparecido: desbridamiento, limpieza, prevención y abordaje de la infección bacteriana, etc.

- **Movilización**: elaboración de un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y la actividad del paciente (24).

- **Cambios posturales** (25) cada 2-3 horas, siguiendo una rotación programada e individualizada (26).

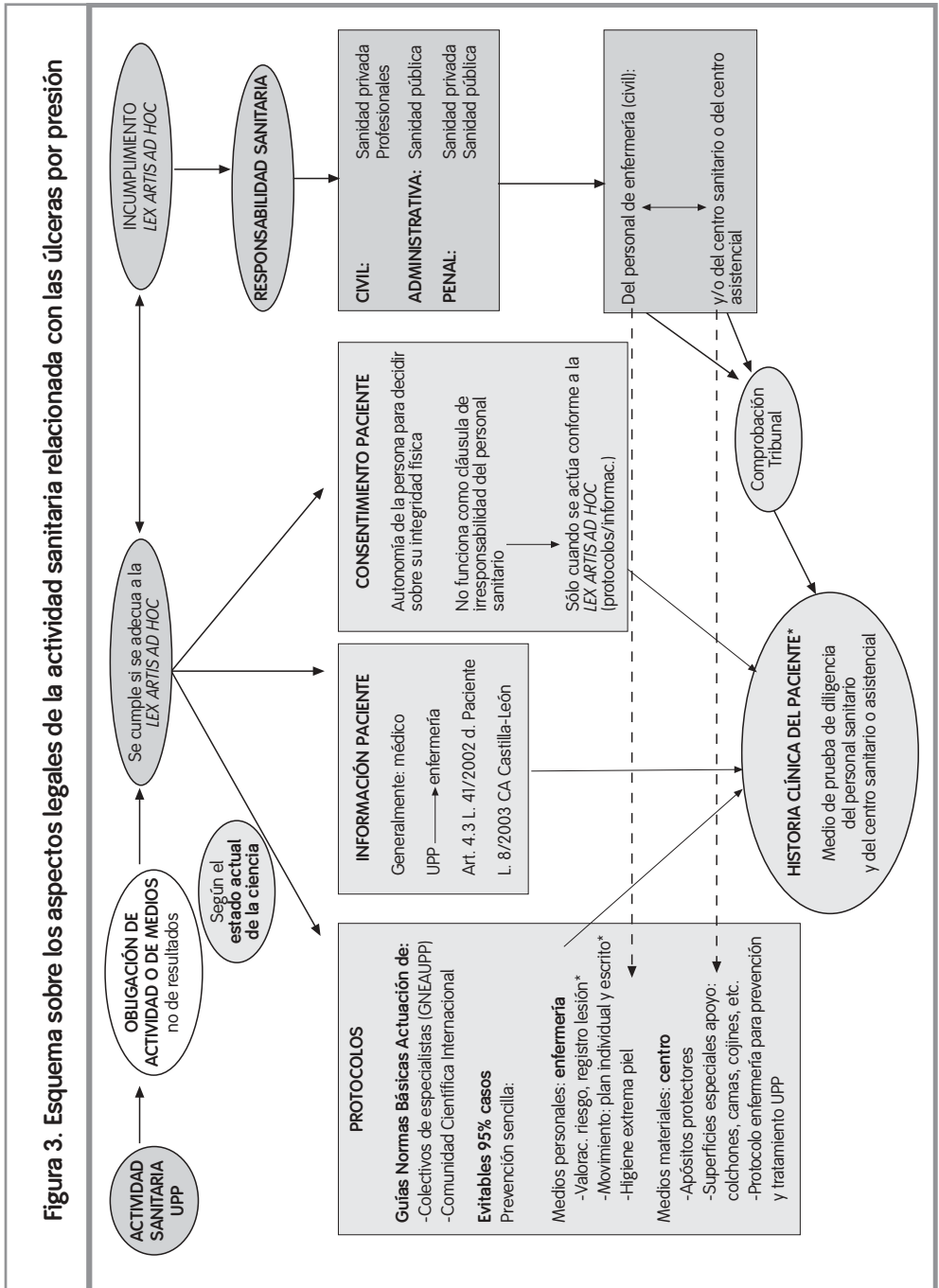
- **Superficies especiales de apoyo**: escogiendo la más adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlcera por presión y del estadio en que se encuentre la úlcera si ya ha aparecido.

Todos estos pasos se deberán consignar en la **historia clínica** del paciente. También se debe registrar si, necesitando ciertos materiales, estos no se encuentran en el centro, bien sea por ausencia, bien sea por escasez, ya que será la forma de evitar la responsabilidad del personal y concretarla en quienes debieron proveer al centro y no lo hicieron.

Conclusión

La actividad sanitaria relacionada con las úlceras por presión se configura en nuestro ordenamiento jurídico como una **obligación de actividad o de medios**, no de resultados, que se cumple si la actividad **se adecua** a la *lex artis ad hoc* que exige el **estado actual de la ciencia** (Figura 3).

La *lex artis ad hoc* en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión se cumple si se siguen los **protocolos**, entendidos estos como las guías de normas básicas de actuación, elaboradas por colectivos de especialistas como puede ser el GNEAUPP –Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas– o por la



comunidad científica internacional. En la actualidad, la conclusión a la que llegamos de la lectura de estas guías es que las úlceras por presión se pueden evitar en el noventa y cinco por ciento de los casos y que se previenen fácilmente. Para ello son necesarios, *grosso modo*, tanto medios personales, por ejemplo, cambios posturales, como medios materiales: apósitos, superficies especiales de apoyo, y sobre todo, colchones de aire alternante.

Además de los protocolos, para dar cumplimiento a la *lex artis ad hoc* debe cumplirse con otros dos deberes: informar al paciente y que éste consienta el tratamiento o intervención.

En cuanto a la **información al paciente**, en relación con las úlceras por presión, cabe destacar que puede entenderse que, aunque por regla general la ley obliga a informar al médico responsable, en este supuesto, y aunque la ley no lo recoja expresamente, puede entenderse responsable de la obligación de informar al personal de enfermería por ser el que ha de aplicar un tratamiento o una técnica concreta (27). De hecho, la **Ley de Castilla y León sobre derechos y deberes de la persona en relación con la salud (28) ya recoge expresamente que el personal de enfermería es responsable, junto al médico, del deber de informar. Por tanto, lo deberemos tener en cuenta e informar al paciente.**

Respecto al **consentimiento informado** es importante destacar que sólo va a operar como cláusula de irresponsabilidad cuando se actúe conforme al resto de exigencias de la *lex artis ad hoc*: seguimiento de los protocolos e información al paciente.

Cuando no se siguen los protocolos que exige el estado actual de la ciencia es cuando se incumple con la obligación, porque no se ha seguido la *lex artis ad hoc* o, lo que es lo mismo, no se han empleado los medios adecuados, que es a lo que obliga nuestro ordenamiento jurídico para la actividad sanitaria, al configurarla como una obligación de actividad o de medios.

Este incumplimiento, cuando comporta un resultado lesivo para el paciente, genera la responsabilidad sanitaria: civil cuando se ha producido en el ámbito de la sanidad privada o por el profesional en concreto, administrativa cuando se ha producido en la sanidad pública, y penal en ambos casos.

Cuando un paciente o sus familiares entienden que el resultado lesivo padecido responde a un incumplimiento del personal o del centro, tanto sanitario como asistencial, y acuden a la vía judicial que corresponda, los letrados que deban defender a cada parte primero, y los tribunales después, estudiarán qué exigía la *lex artis* en ese caso concreto, *ad hoc*, y lo harán acudiendo a **las guías de los colectivos de especialistas**, como el GNEAUUPP, o a lo que dice al respecto **la comunidad científica internacional**.

Con esta información, lo que se haya anotado por el personal sanitario en la **historia clínica** y la ayuda del informe del perito judicial que actúe en el proceso, el juez decidirá si entiende que se han seguido los protocolos o no. Si se han seguido los protocolos y se ha

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

anotado en la historia clínica, difícilmente se condenará al personal o al centro sanitario o asistencial.

En cambio, si se han seguido los protocolos, pero las actuaciones que se han ido produciendo no se han ido anotando en la historia clínica, el juez dudará de que se hayan seguido los protocolos. Incluso de la falta de anotaciones puede llegar al convencimiento de que no se han llevado a cabo dichas actuaciones y, ante un resultado lesivo para el paciente, acabar condenando al personal y/o al centro. Para evitarlo es por lo que se ha hecho tanto hincapié en este trabajo en que se anote en las historias clínicas.

Del estudio de las pocas sentencias encontradas sobre las úlceras por presión, podemos concluir que la responsabilidad se distribuye de la siguiente forma:

- **El personal de enfermería es el responsable** de seguir el dictado de los protocolos o guías de práctica clínica que refieren a “medios personales” en terminología de la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (29). En concreto, apunta directamente a este colectivo cuando refiere que el personal de enfermería no ha efectuado los cambios posturales, uno de los motivos por los que acaba condenando. Se llega también a esta deducción cuando refiere que los centros deben dotarse de “protocolos de **enfermería**” que pueda seguir este personal. Por tanto, cabe concluir que, de momento, esta sentencia –y hasta que no se pronuncien otros tribunales o el Tribunal Supremo–, parece que haga únicos responsables de la prevención de las úlceras por presión al personal de enfermería.

- **El centro sanitario o asistencial** puede resultar condenado si no procura los medios adecuados para la prevención o el tratamiento de las úlceras por presión. La sentencia de Andalucía comentada hace referencia a la tenencia de suficientes colchones antiescaras, sin que sea excusa que justifique no haberlo facilitado al paciente el que el centro tuviera un número escaso y estuvieran siendo utilizados por otros pacientes. A ello hay que añadir también que el centro será responsable si no pone a disposición del personal sanitario y del paciente el resto de medios materiales que las guías o los protocolos aconsejen: apósitos, camas, cojines, etc. Asimismo, el centro también es responsable de dotarse de protocolos de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, ya que la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía ha interpretado su falta, junto al hecho de no facilitar un colchón antiescaras, causa de responsabilidad del centro sanitario.

Pese a que todavía son pocos los casos que se reclaman y las sentencias que se pronuncian sobre las úlceras por presión, es de prever que cada vez se den más, ya que en España, desde los años sesenta y hasta nuestros días, se ha experimentado un cambio de mentalidad muy significativo en lo que se refiere a la concepción (30) de la actividad sanitaria y al grado de calidad exigible en la prestación de los servicios sanitarios. Así, desde la asunción de las negligencias como una circunstancia inherente al riesgo de la vida y al hecho de someterse a cual-

quier intervención médico-sanitaria, se ha pasado a un cuestionamiento, en ocasiones exagerado, de los resultados de las actuaciones y prestaciones médicas y sanitarias (31).

Ello y la repercusión que algunos casos están teniendo en los medios de comunicación nos ha movido a elaborar este trabajo, cuya finalidad es ofrecer al personal y el centro sanitario o asistencial una guía práctica no sólo para su prevención y tratamiento, sino también para saber cómo se ha de actuar para evitar reclamaciones o, en caso de que la reclamación se llegara a producir, tener una buena defensa.

Bibliografía

1. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000.
2. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. I. Pág. 2.
3. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. III. 8. Cuidados paliativos y úlceras por presión. Pág. 24.
4. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. I. Pág. 3.
5. Localización, clasificación por estadios, dimensiones, tipos de tejidos/s, estado piel perilesional, secreción, dolor, signos clínicos de infección local, antigüedad y curso-evolución. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. III. Pág. 12.
6. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. III. Pág. 11.
7. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. III. Pág. 13.
8. Inflamación, dolor, olor o exudado purulento. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Doc. III. Pág. 22.
9. Sentencia del Tribunal Supremo 68/2001 (Sala de lo Civil) de 5 de febrero. En mismo sentido las sentencias del Tribunal Supremo de 3 de marzo y 12 de junio de 2001, 4 de febrero y 10 de julio de 2002.
10. 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.
11. Art. 4.3 de la 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.
12. Vázquez del Rey Villanueva R. La Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria. Boletín del Iltre. Colegio de Abogados de Madrid nº 24. Enero, 2003.
13. Rodríguez López P. Consentimiento informado y estado de necesidad terapéutica. Actualidad del Derecho Sanitario nº 90. Enero, 2003.
14. Ley 26/1984 de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Artículos 1, 25, 26 y 28.2.
15. Art. 26.
16. Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) nº 923/1999 de 10 de noviembre.
17. Hurtado Martínez JA. Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria. Revista Jurídica de Catalunya. Marzo, 2002.

Problemática
de las úlceras
por presión
y sus repercusiones
legales

18. Sentencia de la Audiencia Provincial de Lleida (Sección 1ª) de 22 de octubre.
19. Y así lo ha reconocido la Sala Tercera del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo) en relación con el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial. También la Sala Primera del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) se ha pronunciado en temas de actuación médica por responsabilidad extracontractual y ha adoptado criterio similar en relación con esta problemática.
20. Como la del GNEAUPP. Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo, 1998.
21. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sala de lo Contencioso) de 10 de diciembre de 2001, Recurso nº 3064/1997. Magistrado Ponente: Ilmo. Sr. Paquau Liaño. También en Diario Médico, 24 de julio de 2002 (www.diariomedico.com).
22. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.
23. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.
24. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000.
25. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000. Sentencias de los tribunales superiores de justicia de Andalucía y Valencia.
26. Documentos GNEAUPP. Abril, 2000.
27. Art. 4.3 de la 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.
28. Ley 8/2003 de 8 de abril, sobre derechos y deberes de la persona en relación con la salud, de la comunidad autónoma de Castilla y León.
29. Sentencia 858/2001 de 10 de diciembre.
30. Social, legal y jurisprudencial.

Soluciones que encajan a la perfección

Los beneficios añadidos de una simple elección



ALLEVYN ADHESIVE

Especialmente indicado para úlceras por presión

ALLEVYN THIN

Tratamiento de lesiones ligeramente exudativas

ALLEVYN

Pacientes con pieles frágiles que precisan de un apósito no adhesivo

ALLEVYN COMPRESSION

Especialmente indicado para úlceras venosas



ALLEVYN SACRUM

Se adapta anatómicamente a la zona sacra

ALLEVYN PLUS CAVITY

Gran capacidad de absorción

ALLEVYN HEEL

Alivia y reduce la presión