



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2019/2020)

Trabajo Fin de Grado

**Las úlceras por presión como efecto
adverso ligado a la práctica clínica**

Revisión Bibliográfica

Estudiante: Eulalia Pérez Gago

Tutor/a: Noema Estébanez Villar

Mayo, 2020

Resumen

Introducción.

El paulatino envejecimiento de la población hace que nos encontremos con pacientes cada vez más vulnerables y, al mismo tiempo, más informados y demandantes. Unido al desarrollo y complejidad de los sistemas de salud, conforman un entorno que propicia la aparición de Efectos Adversos ligados a la asistencia. Las úlceras por presión en estadio III-IV son una de las principales causas de denuncias por negligencia.

Objetivo.

Analizar diversas sentencias judiciales relacionadas con las úlceras por presión y establecer las causas más frecuentes de las condenas o absoluciones. Para posteriormente identificar el conocimiento en medidas de prevención de los profesionales de salud y valorar la importancia de las acciones formativas.

Material y métodos.

La búsqueda de información se dividió en dos apartados. En primer lugar, se utilizó la base de datos jurídica Aranzadi, donde se seleccionaron veinte sentencias relacionadas con las úlceras por presión para su posterior análisis. Posteriormente se realizó una búsqueda en las bases de datos de Ciencias de la Salud Scielo, Dialnet y PubMed mediante descriptores DeCS y MeSH combinados con el operador booleano AND.

Resultados y discusión.

La mayoría de las sentencias analizadas condenatorias reflejan una carencia en la implantación de medidas preventivas. El conocimiento de los profesionales en general es adecuado y las deficiencias se deben a la aplicación práctica de determinadas recomendaciones preventivas. Los estudios evidencian que la realización de actividades formativas continuadas y el uso de guías de práctica clínica mejora la implantación de dichas medidas.

Conclusiones.

Tras el análisis de las sentencias judiciales una de las principales causas condenatorias es la no adopción de medidas preventivas. Las acciones formativas son un pilar fundamental para mejorar los conocimientos y llevarlos a la práctica diaria.

Palabras clave. Úlcera por presión, sentencias, conocimiento de los profesionales, intervenciones formativas.

Abstract

Introduction.

The gradual aging of the population generates more vulnerable and at the same time more informed and demanding patients. Together with the development and complexity of health systems, they create an environment that favors the appearance of adverse effects linked to care. Stage III-IV pressure ulcers are one of the main causes of negligence complaints

Objectives.

Analyze different judicial sentences related with pressure ulcers to establish the most frequent causes of conviction or absolution. Also to identify the knowledge that health professionals have about prevention measures and assess the importance of training actions.

Material and Methods.

The search was divided into two sections. First of all, the legal database Aranzadi, where twenty sentences related to pressure ulcers were selected for further analysis, was used. Next, a search was made in database of health sciences Scielo, Dialnet and PubMed using descriptors DeCS y MeSH combined with the boolean operator AND.

Results and discussion.

Most of the convictions that were analyzed reflected a lack in the implementation of preventive measures. The knowledge of professionals in general is accurate and deficiencies are due to the practical application of certain preventive recommendations. The studies show that the performance of continuous training activities and the use of clinical practice guidelines improve the implementation of these measures.

Conclusions.

After the analysis of the judicial sentences the main convictions are noticed, such as the non adoption of preventive measures. Training actions are essential to improve knowledge and put them into daily practice.

Keywords. Pressure Ulcer, sentences, knowledge of professionals, training interventions

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	4
Glosario	6
1. Introducción	7
1.1 Marco teórico de la seguridad del paciente	7
1.1.1 Evolución histórica	7
1.1.2 Efecto adverso	8
1.2 Las úlceras por presión como evento adverso	9
1.2.1 Aspectos éticos	12
1.2.2 Marco legal	12
Justificación	16
Objetivos	17
2. Material y métodos	18
3. Resultados y discusión	22
4. Conclusiones	32
5. Bibliografía	33

Glosario

AP: Audiencia Provincial

APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud

EA: Efecto adverso

EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios

ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización

EVRUPP: Escalas de Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión.

GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

GPC: Guía de Práctica Clínica

IOM: Institute of medicine

LCRD: Lesiones relacionadas con la dependencia

MeSH: Medical Subject Heading

MI: Medicina Interna

MID: Miembro inferior derecho

NQF: National Quality Forum

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEMP: Superficies especiales para el manejo de la presión

SiNASP: Sistema de Notificación, Registro de Incidentes y Eventos

TSJ: Tribunal Superior de Justicia

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UE: Unión Europea

UPP: Úlcera por presión

1. Introducción

1.1 Marco teórico de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente, definida como “el conjunto de actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido como resultado de los cuidados” ⁽¹⁾, es una dimensión esencial de la calidad asistencial que implica el desarrollo de estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria. ⁽²⁾

1.1.1 Evolución histórica.

La preocupación por la seguridad del paciente se remonta desde las antiguas civilizaciones mesopotámica, india y china donde encontramos los primeros escritos médicos y las primeras leyes para procurar una atención más segura a los enfermos. El Código Hammurabi (1692 a.C), tratado que hace referencia al acto médico, muestra las consecuencias de la comisión de un Evento Adverso en la antigua Mesopotamia. La ley de Talión que dice: “*Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien se lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos*” contribuyó en la seguridad del paciente a partir de un estímulo punitivo. ⁽³⁾

En la antigua Grecia del siglo V a.C, se hacía referencia en el juramento hipocrático al principio de no maleficencia en el ejercicio de la medicina, “*Primum, Non Nocere*” (lo primero es no hacer daño), que alude a no provocar daños o lesiones en los pacientes, más allá de los que pueda sufrir como consecuencia de la propia enfermedad que padece. ⁽⁴⁾

En el siglo XIX, el médico Ignaz Phillip Semmelweis (1819-1865) después de estudiar la mortalidad de las parturientas por fiebre puerperal propuso que los médicos realizaran un lavado de manos con una solución antiséptica y esto disminuiría la incidencia. Este descubrimiento si hubiera sido aceptado hubiera otorgado grandes beneficios a la seguridad del paciente. ^(3,5) Florence Nightingale (1820-1910) contribuyó notablemente a la seguridad del paciente al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la guerra de Crimea. ⁽⁵⁾ La higiene de manos como medida de prevención de transmisión y contagio de enfermedades por contacto directo, es hoy en día una medida fundamental en el ámbito de la seguridad de los pacientes. ⁽⁴⁾

En 1964 es cuando, Schimmel publicó un artículo titulado “Los peligros de la hospitalización” donde alertaba sobre los daños que sufrían los pacientes por iatrogenia. Los datos mostraban que el 20% de los pacientes presentaban complicaciones derivadas de la asistencia recibida. (5)

Sin embargo, la publicación que mayor repercusión obtuvo en materia de seguridad clínica fue el informe elaborado por el Institute of Medicine (IOM), en 1999, titulado “*To err is human: building a safe health system*”. Este informe reveló que cada año morían entre 44.000 y 98.000 personas debido a los errores relacionados con la atención sanitaria causando miles de lesiones prevenibles y aumentando la estancia media de hospitalización. Destacando que la mortalidad por errores en el proceso de atención sanitaria superaba a los fallecimientos a consecuencia de automóviles, cáncer de mama o SIDA. (6)

El informe realizado en el año 2000 por el Reino Unido, “An organization with a memory” estimó que en el 10% de las hospitalizaciones se producen eventos adversos, es decir, 850.000 eventos al año. (7)

Fue a partir de entonces cuando las máximas autoridades y organismos responsables de la gestión y políticas sanitarias (OMS, UE, OCDE, etc) tomaron conciencia de la importancia de la promoción de la seguridad del paciente, impulsando diversas estrategias y guías de recomendaciones para una asistencia sanitaria más segura.

1.1.2 Efecto adverso.

La Organización Mundial de la Salud señala, en su 109ª reunión del Consejo Ejecutivo realizada en diciembre de 2001, que “las intervenciones de atención de la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño” (7)

La asistencia sanitaria, por tanto, puede implicar la producción de un daño a un paciente. Ese daño producido puede definirse en función de la afección que éste produzca sobre el usuario. Entendiéndose, así como *incidente* a cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario por la asistencia recibida. *Cuasi incidente* cuando el hecho no llega a alcanzar al paciente por haber sido detectado o detenido a tiempo. *Incidente sin daño* como aquel acontecimiento imprevisto que aun alcanzando al paciente no provoca lesión apreciable; y, el *efecto adverso (EA)* sería aquel acontecimiento que produce un daño

al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia, relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad del paciente. (4)

El daño asociado a la atención sanitaria deriva, por tanto, de los procedimientos, actuaciones o tratamientos adoptados durante la prestación de la atención sanitaria y que no es debido a una enfermedad o lesión subyacente. Como sería el desarrollo de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, errores de diagnóstico, olvido de cuerpo extraño quirúrgico, errores de medicación o caídas de pacientes entre otros muchos. (4)

El National Quality Forum (NQF) de los Estados Unidos publicó en 2011 un listado que recoge 29 eventos adversos graves clasificados en siete categorías: quirúrgicos, productos o dispositivos, protección de los pacientes, cuidados, ambientales, radiológicos y criminales. (8)

Por lo general, este daño, no se produce por una actuación negligente intencionada por parte de los profesionales, sino por una pluralidad de factores contribuyentes, relacionado con fallos del sistema, errores de los profesionales o la propia vulnerabilidad del paciente. Se debe tener en cuenta, por tanto, que la complejidad de los sistemas sanitarios actuales hace que el éxito de un tratamiento y los resultados que se obtienen dependan de múltiples factores y no solo de la capacidad o competencia de los profesionales sanitarios. (4)

En nuestro país existen diferentes estudios nacionales sobre efectos adversos como el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (ENEAS), Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria (APEAS) y Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS) que ponen de manifiesto que la mitad de los efectos adversos podrían ser evitables con estrategias de uso de guías de práctica clínica con recomendaciones basadas en la evidencia. (1)

1.2 Las úlceras por presión como evento adverso

Las úlceras por presión (UPP) han sido asociadas a un problema de salud derivado del envejecimiento y de dolencias que requieren periodos prolongados de inmovilidad, siendo banalizadas y asumidas como algo natural. Sin embargo, son definidas como circunstancias evitables en al menos un 95% de los casos, por lo que representan un

importante problema sociosanitario con amplias repercusiones en el deterioro de la calidad de vida que quien las padece. ⁽⁹⁾

Son lesiones que provocan la pérdida total del grosor de la piel con afectación no solo del tejido subcutáneo sino de músculos, huesos o estructuras de sostén. Presentando en muchas ocasiones tunelizaciones, cavernas o trayectos sinuosos. ⁽¹¹⁾ Por lo que el NQF las considero, desde el año 2002, en sus estadios más avanzados (III y IV) como evento adverso en su listado de eventos notificables graves. ⁽¹⁾

El desarrollo de estas lesiones afecta a la calidad de vida de los pacientes, pero también pone en peligro su expectativa de vida, llegando ser causa de fallecimiento. Estudios existentes han demostrado que las UPP duplican el riesgo de muerte en un 2,4% en úlceras de estadio I-II y un 4,5% en estadio III-IV.

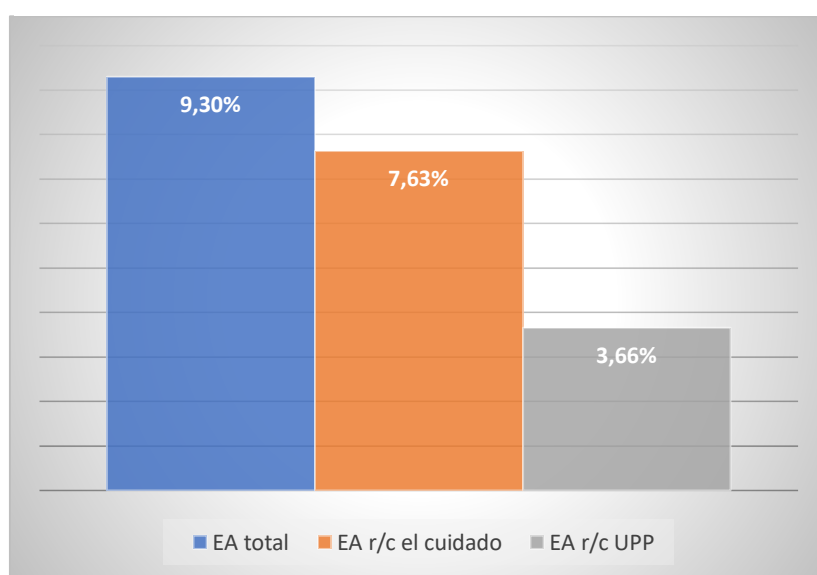
El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) trato de dar visibilidad acerca de la importancia de este problema mediante la realización en 1999 de un estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad de la Rioja en la que se estudiaron los tres niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria). Este primer estudio sirvió de guía para la realización de estudios posteriores en todo el ámbito nacional. ⁽¹¹⁾

El Estudio Nacional de Prevalencia realizado por GNAUPP, en el año 2013, mostraba que la prevalencia de úlceras por presión en pacientes de centros de atención primaria fue de un 0,44% en mayores de 65 años y de un 8,51% en personas programadas en atención domiciliaria. En pacientes de centros hospitalarios fue de un 7,87% y en centros sociosanitarios fue de un 13,41%. Indicando que las cifras de prevalencia de UPP en centros sanitarios y sociosanitarios españoles han aumentado en 2013 en relación con estudios realizados anteriormente. ⁽¹²⁾ El último estudio ⁽¹³⁾ realizado, en el año 2017, se recogen datos sobre la prevalencia de diferentes tipos de lesiones relacionados con la dependencia (LCRD) y no solo las lesiones por presión en hospitales. Las lesiones por presión, denominadas anteriormente como úlceras por presión, son las más frecuentes con un 7,0%, disminuyendo ligeramente respecto al estudio de 2013. Sin embargo, en el estudio anterior se catalogaban bajo la denominación de úlceras por presión diferentes tipos de lesiones, por lo que debería compararse con la prevalencia global de LCRD que es de un 8,7%. Esto nos indicaría

un mejor registros y clasificación de las lesiones más que un aumento respecto a años anteriores. (13)

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) describió una incidencia del 9,3% los EA relacionados con (r/c) la asistencia sanitaria y un 8,4% directamente con la asistencia hospitalaria. Un 7,6% de los EA se relacionaron con los cuidados y de éstos las UPP están en el primer lugar con el 3,7%. Por lo que las úlceras por presión son la primera causa de EA dentro del grupo de EA relacionados con los cuidados. (2)

Gráfico 1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)



Elaboración propia. Fuente (2)

El desarrollo de iniciativas gubernamentales orientadas a la notificación obligatoria de incidentes, como es el caso de las UPP de categoría III o IV, en Sídney, Escocia y diferentes estados de los Estados Unidos propician la mejora de la seguridad del paciente y la disminución de los efectos adversos. (14)

En España, el Sistema de Notificación, Registro de Incidentes y Eventos (SiNASP) desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad permite notificar los EA de forma voluntaria, confidencial, no punitiva y anónima, favoreciendo el análisis de los casos de forma local y la implementación de mejoras en el ámbito del centro sanitario. (15)

1.2.1 Aspectos éticos

La salud es entendida no solo como la ausencia de enfermedad sino como el estado de bienestar, físico, psíquico y social. Y es, además, un bien jurídico protegido por la ley. Se encuentra dentro de los derechos sociales de la Constitución Española de 1978 recogidos dentro del Capítulo III “Principios rectores de la política social y económica” del Título I “Derechos y deberes fundamentales”. Haciendo referencia fundamental en los artículos 41, 43, 45, 49, 50 y 51.1. (16).

En nuestro país los de derechos de los usuarios de los servicios de sanidad quedan reflejados en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en el Título I, Capítulo I, en los artículos 9 y 10

Cuando hablamos de códigos éticos debemos hacer referencia al código deontológico de enfermería donde se señala que los profesionales de enfermería deben poseer conocimientos y habilidades científicas que deben ser actualizadas de manera constante para así desechar prácticas incorrectas y evitar actuaciones que ocasionen la pérdida de salud o vida de los pacientes que se atienden. Aumentando así los conocimientos sobre la actividad profesional. (17)

La responsabilidad ética de los profesionales sanitarios debe tener como objetivo preservar, potenciar y defender el bien de la persona en el momento de tomar cualquier decisión acerca de sus cuidados. (18)

El principio ético de la beneficencia indica el deber de hacer todo lo posible por la salud del paciente, respetando el principio de autonomía del paciente, es decir, su derecho a decidir. El principio de no maleficencia obliga a no hacer daño, realizando el trabajo desde el punto de vista de la buena práctica, manteniendo la seguridad del paciente, previniendo lesiones (como UPP) o posibles alteraciones. Por último, el principio de justicia obliga a las instituciones que exista una distribución equitativa de los recursos sanitarios. (18)

1.2.2 Marco legal.

En nuestro país la responsabilidad sanitaria se configura como una actividad de medios y no de resultado, lo que significa, de acuerdo con los postulados de la *lex artis ac hoc*, que el personal sanitario no tiene la obligación de conseguir un resultado, sino procurar los medios necesarios a su alcance. (19)

Así lo reconoce el Tribunal Supremo en múltiples y reiteradas sentencias: *“La obligación contractual o extracontractual de médico y, en general, del profesional sanitario, no es la de obtener, en todo caso, la recuperación del enfermo, es decir una obligación de resultado, sino una obligación de medios, esto es, no está obligado a curar inexcusablemente al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia”*. (16)

Estos medios son los que determina el estado actual de la ciencia recogidos en las guías de práctica clínica o los protocolos, elaborados por la comunidad científica.

Los tribunales ya se han pronunciado sobre los que debemos entender como medios en los casos de úlceras por presión (TSJ Andalucía, 10 dic 2002). Entendiendo como *medios materiales* aquellos necesarios para la prevención y tratamiento de las UPP como colchones antiescaras, apósitos, etc. Mientras que los *medios personales* son considerados las obligaciones del personal sanitario, como la realización de curas o cambios posturales. (19)

El deber de información no sólo recae sobre el médico responsable y sobre el centro, sino también en los profesionales que le atienden en el proceso asistencial y los que apliquen en él una técnica o un procedimiento concreto, esto es, el personal de enfermería. El art 21 de la LDP de Castilla y León establece que: *“...deben asumir también responsabilidad en el proceso de información al paciente todos los profesionales que lo atiendan o le apliquen una técnica o procedimiento concreto, con una especial implicación del enfermero responsable en cuanto su proceso de cuidados”* (20)

Éste debe ir siempre acompañado del consentimiento del paciente, que tiene como fundamento constitucional el principio de autonomía de las personas para decidir sobre su integridad física. Es un requisito más de la *lex artis*, junto con el de seguir protocolos e informar.

En los casos de UPP la información y el consentimiento informado serán orales, con anotación en la historia clínica. Sin embargo, todos aquellos tratamientos invasivos requerirán de un consentimiento informado por escrito; como es en el caso de las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud y desbridamientos cortantes en las úlceras por presión. (18)

El concepto mala praxis hace referencia a un accionar negativo o ineficiente, es decir, cuando al actúa por omisión o por acción se produce un daño. Se origina, precisamente, cuando el profesional sanitario no se ajusta a la *lex artis* actuando de forma descuidada, negligente, imprudente y técnicamente inadecuada. Este comportamiento es el que es castigado en los tribunales de justicia, poniendo de manifiesto, a través de sus sentencias, la obligatoriedad de actuar de forma prudente, con pericia. (18)

En España se puede reclamar judicialmente por las distintas vías existentes, ya sea por vía civil, penal o contencioso-administrativa.

La *responsabilidad civil* es la que se da entre el paciente (o sus familiares) y el personal y el centro sanitario o asistencial en el ámbito de la sanidad privada. La *responsabilidad patrimonial del Estado* (jurisdicción contencioso-administrativa) se da por presunta atención sanitaria deficiente contra la administración sanitaria o centros contratados o concertados por ésta. Ambas comprenden la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios. Y pese a su configuración legal, cuando se trata de servicios sanitarios el Tribunal Supremo excluye la existencia de responsabilidad cuando se acredita que el personal sanitario ha actuado conforme a la *Lex Artis Ad Hoc*. La *responsabilidad penal* se da cuando se incurren en actos u omisiones tipificados como delito o falta en el Código Penal. La conducta puede ser voluntaria o imprudente. Cuando se trata de conductas omisivas se requiere que sean determinantes del resultado dañoso, de manera que si se hubiera llevado a cabo la conducta adecuada se hubiera evitado el daño. Cuando existe condena, también se pronuncia sobre la responsabilidad civil, determinando la indemnización por daños y perjuicios a favor de la víctima, además de la pena privativa de libertad, inhabilitación o multa. (21)

El homicidio por UPP cuando se trata de una imprudencia profesional grave constitutiva de delito conllevaría penas de prisión de entre uno y cuatro años y la inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo de tres a seis años. Si el homicidio se produce por imprudencia leve será constitutiva de falta y se castigará con pena de multa de tres meses a dieciocho meses.¹(22)

¹ Artículo 142.1 y 142.2 del Código Penal

Si como consecuencia de una negligente falta de prevención o de tratamiento de una UPP se causa la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.² Y cuando se tratase de un miembro no principal con penas de prisión de tres a seis años.³ (22)

Cuando se trata de lesión causada por imprudencia grave que precisen para su salud, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico (excluyéndose la simple vigilancia o seguimiento facultativo) se castigara como falta con pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses. Si causare diferente descritas a las anteriores se castigará con penas de multa de uno a tres meses.⁴ (22)

² Art. 149 del Código Penal

³ Art. 150 del Código Penal

⁴ Art. 147 del Código Penal

Justificación

Las úlceras por presión representan un importante problema de salud pues genera en las personas que las padecen un sufrimiento innecesario provocando, en muchas ocasiones, complicaciones infecciosas locales o generales, riesgo elevado de muerte, afectación de la autoestima o deterioro orgánico general. El desarrollo de estas lesiones vulnera la seguridad del paciente que las padece, pues como ya ha quedado acreditado es un efecto adverso de la asistencia sanitaria

Organizaciones como el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) han plasmado en sus estudios la prevalencia de estas lesiones cerciorándonos de la magnitud de este problema.

En estos últimos años en España se ha producido un significativo cambio de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria pasando de considerar las negligencias médicas como algo inherente a cuestionar los resultados de las actuaciones y prestaciones sanitarias.

Es por ello que el número de reclamaciones y denuncias por parte de los usuarios y de sus familiares relacionadas con las úlceras por presión han ido en aumento de manera paulatina, produciéndose un mayor número de condenas por una deficiente asistencia en prevención y/o tratamiento. Esto es debido al alejar la clásica concepción que entendía a estas lesiones como algo inherente a la edad avanzada, situación de terminalidad o inmovilidad del paciente a cerciorarse de que pueden evitarse en un elevado porcentaje con una prevención adecuada y que su carencia o la realización de tratamientos inadecuados pueden ocasionar graves lesiones. Sin embargo, los criterios que toman los tribunales a la hora de dictar sentencia no siempre se ajustan a las evidencias publicadas sobre la prevención y el tratamiento de este tipo de lesiones.

Es fundamental conocer los criterios judiciales que se aplican en las sentencias y que los profesionales de la salud los conozcan para así poderlos aplicar en su práctica diaria.

Objetivos

General

Analizar los aspectos que determinan la estimación o desestimación de las sentencias relacionadas con las úlceras por presión.

Específicos

Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería en el uso de prácticas seguras en la prevención de úlceras por presión.

Conocer la importancia de las acciones formativas y/o uso de guías de práctica clínica para la prevención de estas lesiones.

2. Material y métodos

La realización de este trabajo se ha estructurado en dos partes:

En la primera parte se realiza un análisis de sentencias relacionadas con las úlceras por presión para determinar las causas predominantes por las que se establece la condena o la absolución.

- La búsqueda se realiza de febrero a marzo de 2020
- Las sentencias son extraídas de la base de datos Aranzadi ⁽²³⁾, en el área de jurisprudencia, a través de la página de bases de datos de la Uva.
- Para la búsqueda de los términos se emplea el lenguaje natural: el término empleado es úlcera por presión.
- El periodo de búsqueda es del año 2009 al año 2019.
- Tras una primera lectura, se seleccionan las sentencias que hagan referencia a las úlceras por presión en el resumen de la sentencia

Tabla 1. Sentencias escogidas de la base de datos de Aranzadi.

Año de las sentencias	Sentencias encontradas	Sentencias escogidas por resumen	Sentencias definitivas tras lectura
2009	20	6	3
2010	12	5	2
2011	10	4	1
2012	23	5	1
2013	24	6	2
2014	23	5	2
2015	20	6	2
2016	29	5	2
2017	39	6	2
2018	35	9	2
2019	29	7	1

En la segunda parte se realiza una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos de Ciencias de la Salud (Scielo, Dialnet, PubMed) durante los meses de abril y mayo de 2020.

Los términos empleados para la realización de la búsqueda de información fueron palabras a través de la utilización de tesauros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de los Medical Subject Heading (MeSH).

Tabla 1. Tesauros en términos DeCs y MeSH.

Lenguaje natural	DeCs	MeSH
Escara	Úlcera por presión	Pressure Ulcer
Prevención	Prevención & control	Prevention & control
Conocimiento	Conocimiento	Knowledge

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en una temporalidad de los últimos diez años
- Idioma: español e inglés
- Acceso a texto completo gratuito

Criterios de exclusión:

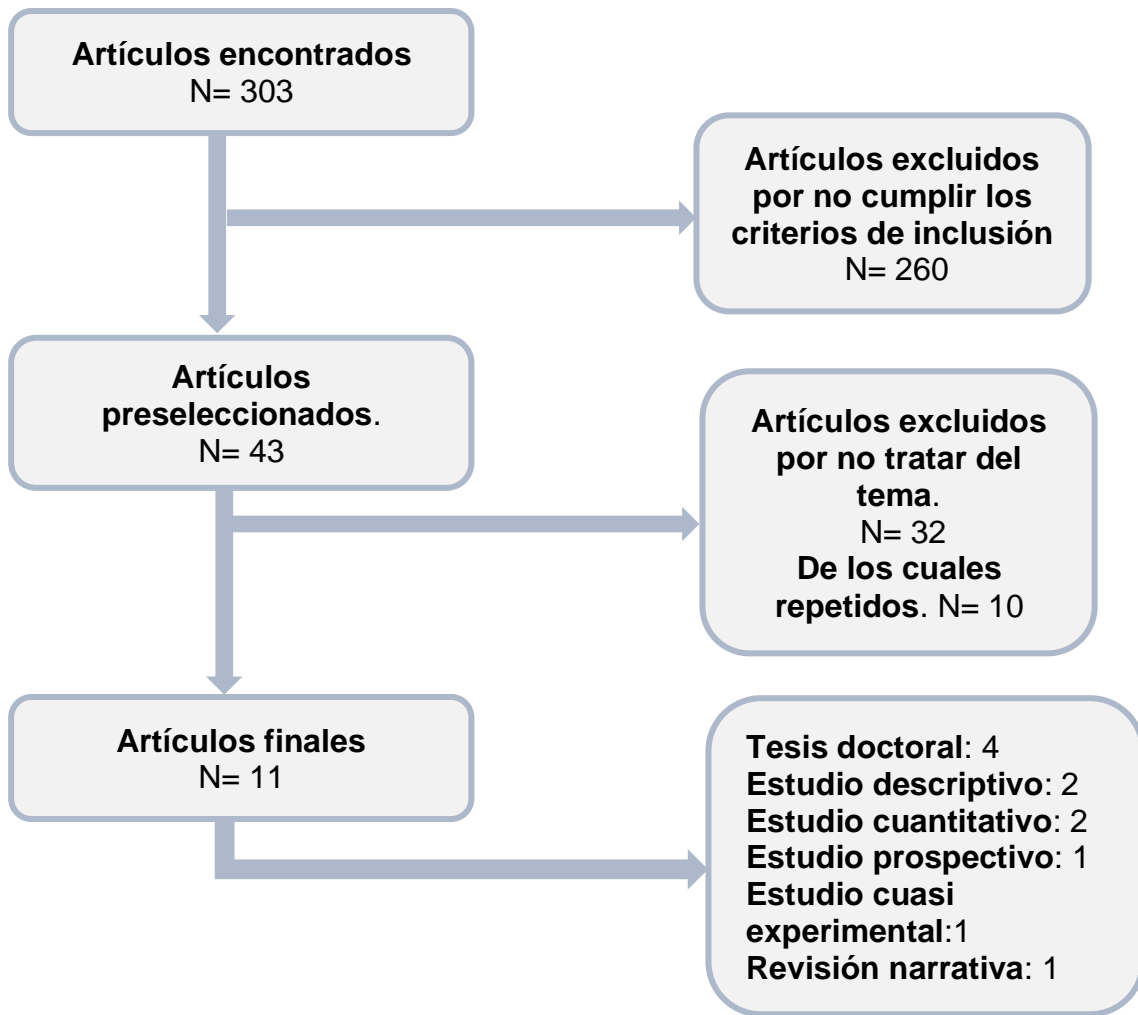
- Artículos que traten de las úlceras por presión en un contexto diferente al de efecto adverso

Tras la aplicación de los límites de búsqueda, se seleccionaron los artículos mediante una primera lectura del título y del resumen y se eligieron aquellos que podrían ser relevantes. A continuación, se realizó una lectura completa de los artículos seleccionados, desechando aquellos que no aportaban información significativa. Se obtuvieron un total de 11 artículos.

Tabla 2. Artículos escogidos en las bases de datos.

Bases de datos (Palabras clave)	Artículos encontrados		Artículos escogidos por resumen	Artículos definitivos tras lectura
	Sin filtro	Con filtro		
Dialnet				
UPP AND prevención	265	78	16	6
UPP and conocimiento	178	69	10	1
Scielo				
Pressure ulcer AND prevention	91	58	7	2
UPP and conocimientos	10	10	3	1
PubMed				
Pressure Ulcer AND knowledge	753	88	7	1

Figura 1. Diagrama de flujo.



A través de la consulta de la página del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) se han obtenido dos guías ^(25,27) de actuación sobre prevención y cuidados de las úlceras por presión.

3. Resultados y discusión

Para su mejor entendimiento se dividirá en dos partes, la primera corresponde al análisis de las veinte sentencias judiciales seleccionadas, ordenadas cronológicamente, a las que se le asignará una numeración para poder citarlas en el texto. En el segundo apartado se desglosará los estudios sobre el conocimiento de las medidas de prevención, su aplicación e implementación en la práctica clínica y la relevancia de las acciones formativas.

Análisis de las sentencias judiciales.

Se obtuvieron un total de 20 sentencias; nueve han sido condenas, diez desestimadas y una revocada. De las cuales catorce han sido dictadas por los juzgados de lo Contencioso-Administrativo (siete condenas y siete desestimadas); cinco por el juzgado de lo Penal (una condena, tres desestimadas y una revocada); y una por el juzgado de lo Civil (condena).

Tabla 4. Resumen se las sentencias.

Núm.	Sentencias	Resolución	Causa	Proceso
1	TSJ Extremadura. 164/2009, 28 mayo	Condena	Ausencia de registros	Evitable o podrían reducirse sus consecuencias
2	AP Islas Baleares. 235/2009, 26 junio	Condena	Atención inadecuada, no supervisión	Evitable
3	AP Burgos 647/2009, 29 septiembre	Desestimada	Atención adecuada	Inevitable por estado del paciente
4	TSJ Valladolid. 2407/2010, 29 octubre	Desestimada	Actuación adecuada	Fallecimiento debido a evolución de enfermedad
5	AP Madrid. 3943/2010, 15 noviembre	Desestimada	Atención adecuada	Inevitable. Evolución negativa pese a cuidados preventivos y curativos
6	TSJ Valladolid. 228/2011, 28 enero	Desestimada	Atención adecuada, agravamientos	No daño desproporcionado

			por otros procesos	
7	TSJ Madrid. 840/2012, 3 diciembre	Desestimada en relación con la UPP	Asistencia adecuada	Inevitable por la dificultad para movilización por elevado peso
8	AP Zaragoza. 58/2013, 7 marzo	Condena	Atención inadecuada, ausencia de medidas preventivas	Evitable
9	TSJ País vasco. 185/2013, 14 marzo	Desestimada	Asistencia adecuada	Inevitable por condiciones clínicas del paciente.
10	TSJ Madrid. 48/2014, 22 enero	Condena	Asistencia inadecuada, no dispensados cuidados adecuados	Evitable
11	TSJ Valladolid. 1869/2014, 22 septiembre	Desestimada	Asistencia adecuada	Inevitable por inmovilidad durante el ingreso debido a las lesiones
12	TSJ Madrid. 122/2015, 19 febrero	Desestimada en relación con la UPP	Asistencia adecuada	Fue tratada según protocolos
13	TSJ País vasco. 16/2015, 14 enero	Desestimada	Asistencia adecuada	Fallecimiento por evolución de patologías
14	TSJ Asturias. 446/2016, 30 mayo	Condena	Asistencia inadecuada, no medidas preventivas	Evitable
15	TSJ Madrid. 603/2016, 9 diciembre	Desestimada	Asistencia adecuada	Realización de medidas preventivas cuando fue posible
16	TSJ C. Valenciana. 125/2017, 3 marzo	Condena	Sufrimientos físicos y morales desde la constatación de la UPP hasta fallecimiento	Evitable
17	TSJ Galicia. 663/2017, 19 diciembre	Desestimada	Atención adecuada	No existencia de nexo causal del exitus – UPP

18	AP C. Valenciana. 582/2018, 8 junio	Desestimada	Atención adecuada	Evolución tórpida
19	TSJ Rioja. 346/2018, 23 noviembre	Condena	Ausencia de medidas preventivas	Evitable
20	AP Pontevedra. 623/2019, 12 septiembre	Revocada	Insuficientes pruebas	

Tras la lectura y análisis de la sentencia se obtuvo que las causas de la condena de las demandas planteadas por los usuarios o familias están relacionadas con la no adopción de medidas preventivas relativas a la falta de movilización o no realización de cambios posturales (8, 10, 14 19). También la ausencia de registro o la no constancia documental de las intervenciones (1) fue uno de los motivos de condena, aunque en algunos procesos judiciales, a pesar de no haberse producido, se desestimó al entender los jueces que el no registro no conlleva necesariamente la no realización de las medidas preventivas y/o las intervenciones precisas (9). Sin embargo, aunque la causa final de la condena no fuera esta, varias sentencias hacen alusión a la falta de registros en la historia (1,8, 9, 10, 14)

La ley establece en su artículo 15 de la ley 41/2002 ⁽²⁴⁾ que el contenido mínimo que debe de aparecer en la historia clínica. Éste será la evolución y planificación de los cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el grafico de constantes ⁽²³⁾. Por lo que se deberá dejar constancia de los hallazgos y del inicio de acciones de prevención cuando sean necesarias y su ausencia no se puede excusar en el automatismo de su implantación por tratarse de actos realizados de forma reiterada y habitual.

Por otro lado, en las guías se indican los aspectos básicos a recoger en los registros de la historia clínica y que son fundamentales para un seguimiento adecuado de los pacientes por parte de los profesionales.

La guía de GNEAUPP “*Guía de actuación de prevención y cuidados de las úlceras por presión*” ⁽²⁵⁾ recomienda realizar valoraciones de riesgo de UPP, mediante el uso de las escalas de valoración de Norton o Braden, lo más tempranamente posible para identificar de manera precoz a los pacientes de riesgo. Así como la valoración nutricional, pues es un importante factor relacionado con la posibilidad de aparición

de UPP o con su dificultad de cicatrización y una adecuada nutrición hará que el riesgo de desarrollo de úlceras disminuya y en caso de aparecer se cure con mayor rapidez y aparezcan menos complicaciones. Se deben, también, buscar signos de alarma mediante la valoración de los cuidados de la piel y controlar la humedad ya que de forma mantenida aumenta el riesgo de desarrollar estas lesiones en zonas sometidas a presión. Por último, es fundamental valorar el manejo de la presión a través de la movilización del paciente, la realización de cambios posturales, la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión y protección local.

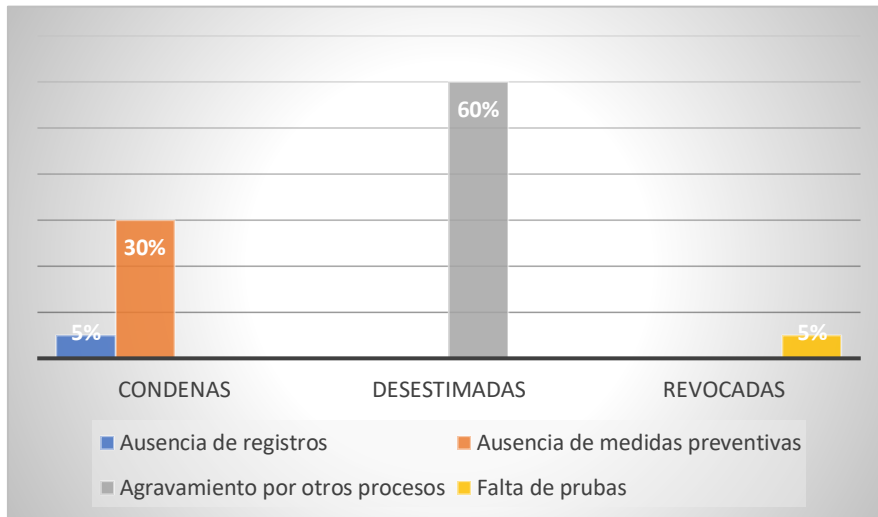
En algunos casos determinadas situaciones clínicas de los pacientes dificultan la adopción de alguna de estas medidas y esto ha supuesto en algunas sentencias la desestimación de la demanda (7, 11, 15).

En el estudio realizado por López Casanova ⁽²⁶⁾ muestra que a un porcentaje elevado de pacientes ingresados no se les realizan cambios posturales al encontrarse en situaciones de extrema gravedad (cuestiones de patologías que restringían el cambio postural, restricciones de movilización o prescripción facultativa). Y que la aplicación de un protocolo específico para pacientes de alto riesgo y sin posibilidad de cambios posturales puede evitar el 85% de las UPP. En la guía *“Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida”* ⁽²⁷⁾ encontramos indicaciones para la realización de cuidados específicos para estas situaciones.

Respecto a las sentencias desestimadas observamos que existe un número mayor respecto a las que terminan en condena. Esto es debido a que se ha considerado por parte de los tribunales que la atención prestada por parte de los profesionales ha sido adecuada a la *lex artis* y que la aparición de las UPP y el desarrollo de complicaciones estaban relacionadas con el estado de salud, las condiciones clínicas y factores de riesgo asociados a los pacientes (3, 4, 5, 6, 9, 13, 18), La falta de relación directa entre el desarrollo de la UPP y daños derivados (17), entre los que se incluye el fallecimiento (3, 4, 13), han sido otras de las causas.

Tan solo uno de los procesos fue revocado por el tribunal ante la falta de pruebas para determinar si hubo infracción o no de la *lex artis* (20).

Gráfico 2. Causas de las sentencias



Analizando el grado de las úlceras por presión se observa que corresponden en la mayoría de las sentencias, condenadas y absueltas, a los grados III-IV, aunque también encontramos grado I-II. Respecto a las localizaciones de las lesiones predominan la zona sacra, glúteos y talones.

Tabla 5. Sentencias estimadas. Grado y localización UPP.

Núm.	Sentencias	Grado	Localización
1	Extremadura. 164/2009, 28 mayo	IV	Glúteo
8	Zaragoza. 58/2013, 7 marzo	IV	Sacro y talón
10	Madrid. 48/2014, 22 enero	IV	Sacro
14	Asturias. 446/2016, 30 mayo	IV	Sacro y talón
16	C. Valenciana. 125/2017, 3 marzo	IV	Sacro
19	Rioja. 346/2018, 23 noviembre	II	Sacro

En cuanto a las sentencias condenadas en su mayoría son úlceras de grado IV en sacro (1,8,10,14,16) y talones (8,14), aunque también encontramos de grado II en sacro (19).

Tabla 6. Sentencias desestimadas. Grado y localización UPP.

Núm.	Sentencias	Grado	Localización
6	Valladolid. 228/2011, 28 enero	II - III	Talón
7	Madrid. 840/2012, 3 diciembre	IV	Sacro
9	País vasco. 185/2013, 14 marzo	II - III	Sacro
11	Valladolid. 1869/2014, 22 septiembre	II	Talón
		III	Glúteo
12	Madrid. 122/2015, 19 febrero	I - II	Talón
15	Madrid. 603/2016, 11 enero	—	Sacro
17	Galicia. 663/2017, 19 diciembre	—	MID
18	C. Valenciana. 582/2018, 8 junio	III	Sacro
		III	Talón derecho
		II	Trocánter
		I	Talón izquierdo

Respecto a las sentencias desestimadas encontramos úlceras de grado II-III en talón (6), grado IV en sacro (7), grado II-III en sacro (9), grado II en talón y grado III en glúteo (11), grado I-II talón (12), grado III en sacro, grado II en trocánter, grado I y III en talones (18).

En algunas sentencias solo mencionan donde se ha producido la lesión sin especificar (15,17) y otras no mencionan donde se ha producido la lesión ni en qué grado se ha producido (2,3,4,5).

En general en las sentencias en las que las lesiones tienen mayor grado son las que han resultado en condena.

Conocimiento de los profesionales de enfermería en las medidas de prevención de las úlceras por presión y aplicación en la práctica clínica.

Varios estudios (28,29) señalan que el grado de conocimiento de los profesionales sobre recomendaciones de prevención es bueno. Sin embargo, López Franco *et al* (30) en su revisión narrativa indica que el nivel de conocimiento en prevención de UPP de

enfermeras y auxiliares de los diferentes estudios es variable, pero, en general, indican que existen deficiencias de conocimiento en el área de prevención. Este resultado coincide con el estudio de Galvao (31).

Varios estudios muestran (28,29) que la aplicación de medidas preventivas se realiza en menor medida a pesar de que son conocidas por la mayor parte de los profesionales. Otro estudio (32), señala que medidas básicas de prevención, como son los cambios posturales, la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) o los apósitos, son utilizadas en la fase de tratamiento, una vez acontecida la lesión.

Encontramos en los estudios (28,29) mención al uso por parte de los profesionales de enfermería de recomendaciones desaconsejadas por las Sociedades Científicas y que deberían estar en desuso como: la utilización de rodetes como SEMP de asiento, realizar masajes sobre prominencias óseas y la utilización de vendajes almohadillados para los talones.

Los cuidados que se aplican en menor medida corresponden a: valorar el riesgo nutricional (29), elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo posible (29), elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona (28,29), utilización de apósitos de espuma (28), utilizar SEMP en función del riesgo (28). Diversos estudios (28) señalan que en ocasiones no se dispone de los dispositivos necesarios para su utilización y sería necesario dotar de los medios materiales para posibilitar la realización de recomendaciones. (28,29,32)

La valoración resulta fundamental en la prevención y tratamiento de pacientes con UPP pues de ello depende la implantación de los cuidados generales y locales (25). Las escalas de valoración de riesgos de desarrollo de úlceras por presión (EVRUPP) son una de las primeras medidas fundamentales que deben llevarse a cabo (32). En los estudios (28,29,32) encontrados se muestra que la realización de esta medida es llevada a cabo, pero no siempre por parte de todos los profesionales.

Por otro lado, Hernández (28) en su estudio observacional transversal indica que la implementación de las recomendaciones es mayor en aquellos que han declarado conocer y/o utilizar las guías respecto a los que no.

Diversos estudios recomiendan el empleo de guías, así como la formación específica sobre UPP, la asistencia a congresos y la participación en investigaciones para mejorar el grado de conocimiento y de aplicación (28,29).

Existen diferencias de conocimiento relacionadas con al área donde se trabaja. Un estudio (28) refleja que los profesionales de atención primaria conocen mejor las recomendaciones que aquellos que trabajan en residencias. Otro estudio (32) evidencia que los profesionales del área de medicina interna tienen mayor formación que los de cuidados intensivos al igual que los trabajan con adultos respecto a los de pediatría.

Acciones formativas y/o uso de GPC para la prevención de estas lesiones.

Diversos estudios (31,33,34,35) valoran los datos de la intervención formativa sobre la prevención de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos, excepto en un estudio en el que se realiza dicha valoración en la unidad de medicina interna y cuidados intensivos (36).

La valoración se realizó a través de la realización de un cuestionario (31,34,35,37) que fue entregado a los profesionales antes y después de la intervención formativa en el que se les realizaban preguntas relacionadas con el tema. Los cuestionarios contenían preguntas sobre datos sociodemográficos, evaluación, clasificación y prevención de las UPP. En otros se incluyeron también preguntas sobre tratamiento (32,35) y el uso de la EVRUPP (37).

El cuestionario le fue realizado al personal de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (31,32,33,34,35,37). Aunque en algunos también se incluyeron a celadores (33) y familiares (36). En otros, no se menciona al personal al que le fue realizado (33)

El número de sesiones educativas varían de un estudio a otro; pasando de cinco sesiones diarias de cuatro horas técnico-prácticas (33), tres sesiones educativas y dos sesiones de sensibilización (36), diez sesiones, una vez a la semana de una hora (34), seis sesiones presenciales y expositivas (35).

Los aspectos tratados en las sesiones educativas son diversos según el estudio, aunque en nexo común de todos es el tema de prevención. Así, en el estudio de Wandosell et al (33) combina diferentes temas que van desde aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos, preventivos. En este último trataban los temas de identificación del paciente de riesgo, mantenimiento de la piel, protección contra

las fuerzas de presión, fricción y cizalla para finalizar con los factores nutricionales. González *et al* ⁽³⁶⁾ estudió aspectos demográficos, conocimiento del uso de escalas y conceptos básicos y cuidados sobre prevención. Otro estudio ⁽³⁴⁾ trató sobre cuidados y recomendaciones sobre prevención. La estructura de las sesiones formativas difiere según el estudio, así, Chércoles ⁽³⁵⁾ se estructuró en sesiones teóricas sobre el protocolo de UPP, combinándolo con sesiones prácticas sobre productos para prevención y tratamiento, para finalizar con la cumplimentación de registros. Galvão *et al* ⁽³⁶⁾ incidió en la evaluación y clasificación de UPP.

Todos los estudios ^(31,32,33,34,35,36) evidencian que después de la realización de la intervención educativa el nivel de conocimiento de los profesionales era mayor, al cumplimentar los cuestionarios de evaluación las puntuaciones después de la intervención mejoraron significativamente.

Varios estudios ^(32,33,34) coinciden en la disminución de la incidencia de úlceras por presión después de la formación. Pasando de un 19,4% a un 15,9% ⁽³³⁾ en un estudio y de un 17,2% a un 14,2% en otro ⁽³⁴⁾. Así como, también se observó una mejora en los registros ^(33, 35) con un porcentaje mayor de inscripciones de úlceras que en la etapa pre-intervención, además en algunos casos se observa que existen dificultades para la clasificación de las UPP ⁽³¹⁾.

Dos estudios ^(34,32) exponen que variables como la edad, la experiencia o el tiempo de formación no tienen relación con el grado de conocimiento. Al contrario de otro estudio ⁽²⁸⁾ relaciona la edad con la experiencia laborar expone que con más experiencia el nivel de conocimiento es mayor. Por el contrario, Ferrera ⁽²⁹⁾ en su estudio manifiesta que se observó mayor porcentaje de formación en los enfermeros con menos experiencia, y añade que el grado de conocimiento está relacionado con el número de horas de formación específica en prevención de UPP.

Independientemente de la diversidad de variables que exponen los estudios, la mayoría coinciden ^(31,33,34,36) que hay evidencias suficientes en que la formación es el mejor medio para la adquisición de nuevos conocimientos y la actualización de los existentes y así aumentar las competencias de los profesionales de enfermería en el cuidado de estas lesiones.

En esta misma línea, Rossel ⁽³²⁾ indica que las intervenciones formativas deben ser instrumentos que favorezcan la transición al cambio y que no tengan un efecto limitado

o temporal y para ello es necesario trabajar para disminuir la distancia que existe entre la formación, los conocimientos y la práctica clínica.

Por otro lado, Wandosell *et al* (33) dice que las úlceras por presión son un importante efecto adverso relacionado directamente con los cuidados de enfermería y su incidencia es un indicador para evaluar la seguridad del paciente. Así que los cambios que se produzcan a través de la mejor formación de los profesionales se verán reflejados en la incidencia de las lesiones (36).

Respecto al uso de las guías de práctica clínica el estudio realizado por Suarez (37) muestra que la mayoría de los enfermeros utiliza con frecuencia estas guías. También hace referencia a que es preciso encontrar las guías en formato impreso para facilitar su acceso; destacando que frecuentemente los profesionales se sirven de su experiencia o acuden a un compañero antes de consultar las guías. Otros estudios muestran que los profesionales que conocen y utilizan las guías sobre UPP tienen un mayor índice de conocimiento sobre prevención y tratamiento (28,29) por lo que sería necesario instaurar programas de difusión de las guías para la adecuada implementación de las recomendaciones (28).

4. Conclusiones

- De las sentencias analizadas en este trabajo, casi la mitad corresponden a sentencias condenatorias. La mayoría de las causas son por no adopción de medidas preventivas, no cumplimentación de registros y unos cuidados inadecuados.
- Por el contrario, las sentencias absolutorias se deben a la adopción de actuaciones correctas y a la consideración de que la aparición de las UPP y el desarrollo de complicaciones estaban relacionadas con el estado de salud, las condiciones clínicas y factores de riesgo asociados a los pacientes.
- El conocimiento que los profesionales tiene en general sobre las medidas de prevención de las UPP es bueno. Sin embargo, se han encontrado deficiencias en la correcta aplicación de las mismas.
- Las acciones formativas mejoraron significativamente el conocimiento de los profesionales sobre prevención de lesiones de UPP. El uso de guías de práctica clínica son un importante medio de conocimiento.

5. Bibliografía

1. Talens Belén F., Martínez Duce N. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos [revista en internet] 2018 [acceso 19 de febrero de 2020] 29(4):192-196. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400192
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. [internet] Madrid 2016 [acceso 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
3. Robinson Rodríguez-Herrera D, J Losardo R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina [revista en internet] 2018 [acceso 11 de marzo de 2020] 131(4). Disponible en: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf
4. Diaz Pérez C. Abordaje de los daños derivados de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de pacientes y segundas víctimas. [tesis doctoral]. Universidad Rey Juan Carlos; 2019. Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/16228/Tesis%20Cristina%20Diaz%20Perez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Medicina clínica [revista en internet] 2010 [acceso 11 de marzo de 2020] 135(1):1-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-cultura-seguridad-del-paciente-S0025775310700130>
6. Bañeres. J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Sanidad. [internet] Madrid [acceso 29 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/sistemasregistro_notificacionincidentesea.pdf

7. Gutiérrez Vega R. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. Revista Conamed [revista en internet] 2007 [acceso 11 de marzo de 2020] 12(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2007/con072b.pdf>
8. Guía de Recomendación para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas [Internet] C. Valenciana; 2015 [acceso 14 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf
9. González-Consuegra RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con las heridas crónicas. Gerokomos. [revista internet] 2010 [acceso 6 de febrero de 2020]; 21(3):131-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300007
10. Sánchez Lorente, M. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. [monografía internet] Generalitat Valenciana; 2008 [acceso 27 de enero de 2020]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>
11. 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. [revista internet] 1999 [acceso 31 de enero de 2020];10(2):75-86.
12. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra y Bou JE, Verdú J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos.[revista internet] 2014[acceso 31 de enero de 2020]; 25(4):162-170. Disponible en: <https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2015/02/4%C2%BA-Estudio-Nacional-de-Prevalencia-UPP-2013.pdf>
13. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez López C, Soldevilla Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados

- del 5º Estudio Nacional de 2017. Gerokomos [revista internet] 2019 [acceso 27 de abril de 2020] 30(2):76-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200076
14. Torra-Bou JE, Verdú Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras Bravo P, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. Gerokomos [revista internet] 2016 [acceso 19 de febrero de 2020]; 27(4):161-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007
15. Homs-Romero E, Esperón Güimil JA, Lourerio Rodríguez M^oT, Cegri Lombardo F, Cueto Pérez M, Paniagua Asensio ML, Fluja Jiménez A, Fontseré Candell E, Camblor M. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. Gerokomos. [revista internet] 2018 [acceso 19 de febrero de 2020]; 29(1): 39-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100039
16. Rosado Calatayud PP, Martínez Ferrer V, González Domínguez JA, Igual Camacho C, Blasco Igual MC, Mendilibar Navarro P, Tirado Darder JJ. Manual de legislación para profesionales de la salud. [monografía en internet] Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.; 2017 [acceso 29 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecadigitalcecova.com/revistas/descargar/revista/libro-361>
17. Código Deontológico de la Enfermería Española [internet]. Colegioenfermeriahuesca.org. [acceso el 15 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.colegioenfermeriahuesca.org/pdf/codigo-deontologico-enfermeria.pdf>
18. Vázquez Álvarez JC, Arantón Areosa L, Calvo Pérez AI, Castro Prado J, Delgado Fernández R. Cuidados y registros de enfermería en la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular. Madrid. Ediciones DAE; 2011. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/140/LIBRO%20ULCERAS-FINAL.pdf>

19. Navarro Rodríguez S, Blasco García C. Aspectos legales y úlceras por presión. Resumen de ponencias y comunicaciones. [Internet]. En: VI Simposio Nacional Sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, palacio de congresos de tarragona;2008 [acceso 6 de febrero de 2020] nov 12-14. P. 46-47. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/9_pdf.pdf
20. Ley 8/2003, de 8 de abril, de la Presidencia de la Junta de Castilla y León, sobre los Derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Boletín Oficial del Estado, nº103, (30-04-2003). Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/prestaciones-derechos/ley-8-2003-8-abril-derechos-deberes-personas-relacion-salud>
21. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos. [revista internet] 2006 [acceso 17 de febrero de 2020]; 17(4): 203-224. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000400005
22. Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 281, (24-11-1995). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
23. Aranzadi (2003). Aranzadi Instituciones [data base]. Disponible en: <https://insignis-aranzadidigital-es.ponton.uva.es/maf/app/welcome?count=7&stid=trailSearch&stnew=true>
24. 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. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
25. Blanco Zapata RM, López Farcía E, Quesada Ramos C, Guía de actuación de prevención y cuidados de las úlceras por presión. [internet] Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2019 [acceso 2 mayo de 2020]. Disponible en: https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2018/01/guiaXosakidetza_2017.pdf
26. López Casanova P. Prevención de las úlceras por presión. ¿Cuánto se puede atribuir a los cambios posturales? [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante: 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=60896>

27. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. [internet] Emily Haesler. Cambridge Media: Perth, Australia; 2014 [acceso 2 mayo de 2020]. Disponible en: https://gneaupp-11fb3.kxcdn.com/-wp-content/uploads/2016/10/GuiXXaXMundial_esp2.pdf
28. Hernández Martínez-Esparza E. Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales [tesis doctoral]. Universidad de Alicante; 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=64949>
29. Ferrera Fernández M^aA. Análisis del grado de conocimiento de los enfermeros, sobre los cuidados para la prevención de las úlceras por presión, y su grado de implementación, en los hospitales de Gran Canaria [tesis doctoral]. Universidad de Alicante; 2015. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/tesis?codigo=154534>
30. López-Franco MD, Pancorbo-Hidalgo PL. Instrumentos de medición de los conocimientos sobre prevención de úlceras por presión: revisión de la literatura. Gerokomos [revista internet] 2019 [acceso 5 de abril de 2020] 30(2):98-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2019000200098
31. Galvão NS, Serique MAB, Santos VLCG, Nogueira PC. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. Rev. Bras Enferm [revista internet] 2017 [acceso 10 de abril de 2020]; 70(2):294-300. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200294&lang=es
32. Rosell Moreno C. Aplicación de una intervención formativa como instrumento esencial en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. El antes y el después de los cuidados a los pacientes con riesgo de sufrir o con presencia de úlceras por presión en la atención hospitalaria. [tesis doctoral] Universidad de Alicante; 2016. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/tesis?codigo=60895>
33. Wandosell Picatoste M^aJ, Salgado Barreira Á, Moreno Pestonit M^aT, Rodríguez Villar S, Paz Baña M^oA, Mañá Álvarez A.M., Estany Gestal A. Efectividad de

una intervención formativa en prevención de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica: un estudio cuasi experimental. [revista internet] 2012 [acceso 5 de abril de 2020] 23(3):128-131. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300007&lang=es

34. Baron MV, Reuter CP, Burgos MS, Cavalli V, Brandenburg C, Krug SBF. Experimental study with nursing staff related to the knowledge about pressure ulcers. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista internet] 2016 [acceso 5 de abril de 2020]; 24:1-10. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100429&lang=es
35. Chércoles López I. Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. Gerokomos. [revista internet] 2019 [acceso 10 de abril de 2020] 30(3):210-216. <https://dialnet.uniroja.es/sevlet/articulo?codigo=7271076&orden=0&info=link>
36. González-Consuegra RV, Pérez-Valderrama DC, Valbuena-Flor LF. Prevención de lesiones de piel: educación en el equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas. Rev. Fac. Med. [revista internet] 2016 [acceso 5 de abril de 2020] 64(2):229-38. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200008&lang=es
37. Suárez Alonso A. Evaluación del uso de la guía de práctica clínica “Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas” en un hospital Valenciano. Enfermería dermatológica [revista internet] 2012 [acceso 5 de abril de 2020]; 17:34-40. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/4175740.pdf>.