

Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión

Legal aspects related to pressure ulcers

¹J. Javier Soldevilla Ágreda

¹Enfermero. Director del GNEAUPP.

²Sonia Navarro Rodríguez

²Abogada. Especialización en Derecho Sanitario por el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona. Colaboradora del GNEAUPP.

Correspondencia:

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

RESUMEN

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

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

La revisión del impacto y tratamiento legal del problema de las UPP en los países de nuestro entorno (Reino Unido, EE.UU., Alemania, etc.), desde el derecho penal, el derecho civil o mediante procedimientos disciplinarios ha propiciado cambios muy notorios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía con respecto a este tema.

Con un propósito enteramente didáctico, se dibuja la configuración legal de la actividad sanitaria en nuestro país y los tipos de responsabilidad y vías de reclamación judicial aplicables a los procesos que nos ocupan, incluyendo algunas consideraciones específicas tales como: las UPP como biomarcadores de maltrato o abuso en ancianos, los protocolos para la

INTRODUCCIÓN

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

Tener conciencia, desde el propio escenario asistencial y jurídico relacionado con las úlceras por presión (UPP), de que nos encontrábamos en ese punto de inflexión, de cambio, fue el motor hace dos años del estudio y ulterior publicación de la monografía titulada *Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales* (2) en



204 prevención y tratamiento de las UPP como responsabilidad del centro, la responsabilidad por falta de material adecuado para la prevención y el tratamiento de las UPP, el consentimiento informado antes de la aplicación de una técnica, la historia clínica y registros específicos para UPP incluido el fotográfico, las UPP como causa de ingreso hospitalario y altas hospitalarias a pacientes con UPP.

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

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

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

PALABRAS CLAVE

Úlceras por presión, repercusiones legales, implicaciones legales.

SUMMARY

Over the past few years, Spain has been experiencing a significant increase in questionable health care practices.

During the long process which aims to dismiss pressure ulcer (PU) as a banal, especially inevitable process due to being closely related to old age and terminal illness, it is becoming apparent that patients and their families are now reacting, complaining and suing for lack of prevention or inadequate treatment, something that has already been happening for years in other countries with similar cultural and economic characteristics.

A revision on the impact and the way the pressure ulcer issue is being legally dealt with in our surrounding countries (United Kingdom, United States, Germany...) from the point of view of penal law, civil law or through disciplinary procedures, has made a very noticeable difference in the way professionals, institutions and people behave with regards to this subject.

la que partiendo de una concepción 41 de la sociedad en general, que venía entendiendo las UPP como algo inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente, se empezaba a divisar el despertar de reacciones, reclamaciones y denuncias, por parte de los usuarios y sus familiares, al cerciorarse de que se puede evitar la aparición de UPP en el 95% de los casos, con una prevención adecuada, unas sencillas pautas profilácticas, y con el uso del material adecuado (existente en el mercado y recomendado por las guías de práctica clínica de la comunidad científica), así como que la falta de prevención o un tratamiento incorrecto o inadecuado pueden acabar con graves lesiones como la amputación, e incluso la muerte del afectado, lo que podría suponer a medio o corto plazo un aflorar del enjuiciamiento de los casos por UPP, como desde hace años viene sucediendo en otros países de nuestro entorno cultural y económico como Inglaterra, Alemania o Estados Unidos.

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

42 *With an entirely instructive purpose, the legal configuration of our country's health care practice is described, as well as the types of liability and procedures which may be applicable to this process, including some specific considerations, such as PU as a biomarker for elder abuse and neglect, the protocol for the prevention and treatment of PU as the center's responsibility, liability for the lack of adequate material for the prevention and treatment of PU, informed consent previous to applying a technique, medical history and specific PU records including photographs, PU as cause of hospital admission, and discharge of patients with PU.*
The current issue of nurse prescribing in the field of PU care and other chronic wounds is considered as a 'deeply-rooted, allowed and applauded practice for years' in Spain. Finally, details and discussions on judicial pronouncements of cases related to such wounds in the last few years allow us to conclude that, despite the increase in the number of sentences related to PU, the number that represents the sentences which were categorically pronounced as cause of PU due to care deficiency, negligence or malpractice is only symbolic, and the small sentences and indemnity payments are particularly striking. Perhaps the same old spirit of devaluation of these wounds, which is present in the professional environment and society in general, has moved into the judiciary, particularly into experts and/or forensic surgeons, unable to estimate the real dimension of the problem (loss of health and quality of life) and the fatal consequences of PU (including death), also forgetting that they are predictable in almost every situation.

KEY WORDS

Pressure ulcers, legal repercussions, legal implications.

En el transcurso de este tiempo se han sucedido la lectura de otros trabajos donde contemplaban esta temática, el conocimiento de la situación en los países de nuestro entorno, la puesta en común en encuentros profesionales y científicos, los pronunciamientos judiciales en nuevos casos relacionados con estas lesiones y todo ello, alimentado por nuestras propias inquietudes, confirmando nuestras iniciales sospechas sobre lo que iba a suceder a corto pla-

zo, ha estimulado la necesidad de revisar y ampliar el anterior estudio sobre las repercusiones legales de las UPP dando como fruto el presente.

LA SITUACIÓN EN OTROS PAISES DE NUESTRO ENTORNO CULTURAL Y ECONÓMICO

Desde hace más de una década, en muchos países de nuestra área de

influencia la comunidad científica y, 205
embebida por ella, las instituciones de cuidados, la judicatura y cada vez más la sociedad en general, se han pronunciado con rotundidad sobre las úlceras por presión, sobre su previsibilidad, severidad, gravedad, habiendo propiciado cambios muy notorios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía.

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

En cambio, en EE.UU. (4), tradicionalmente las consecuencias por un tratamiento defectuoso en pacientes con UPP han consistido en la suspensión o incluso retirada de licencias de ejercicio, y en demandas civiles contra el centro y sus empleados, con una clara finalidad de resarcimiento económico, como es sabido, con cuantías considerables,¹ aunque recientemente se está entendiendo que el desarrollo de úlceras con resultado de muerte es de-

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



206 masiado grave y debería perseguirse criminalmente² (5).

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

Sin embargo, en Estados Unidos (4) y Alemania (6, 7) pese a estar aceptado ampliamente que las UPP se pueden evitar casi en todos los casos y que, una vez han aparecido, pueden ser tratadas eficazmente, aún son muchos los profesionales de la salud que consideran que el desarrollo de UPP por pa-

cientes mayores ingresados es algo normal, sin que la gran mayoría den importancia al resultado potencialmente fatal de las UPP, y las complicaciones asociadas con esta situación no son tenidas en cuenta. Incluso cuando la muerte es atribuida a complicación infecciosa por UPP, en los listados aparece a menudo como muerte natural, sin que esos facultativos reseñen en el certificado de defunción ni tan siquiera la existencia de UPP.

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

nal, con experiencia mínima y en muchos casos el éxodo de personal de enfermería de la profesión. 43

A todo lo anterior se hace necesario añadir la creciente tendencia en los países citados a entender que la aparición en los pacientes de úlceras por presión puede ser considerado como maltrato. La comunidad científica americana incluye a las UPP entre los biomarcadores forenses que pueden ayudar a evaluar la existencia de abuso o maltrato en ancianos³ (8). El maltrato a los ancianos supone, según la comunidad científica de ese país, una violación de los derechos humanos. En el mismo sentido se están pronunciando en Reino Unido (3) donde se considera que en litigios sobre UPP “causará gran impacto” la Declaración de Derechos Humanos de 1948, ya que las acciones por negligencia pueden basarse en vulneración de los derechos humanos al suponer un trato inhumano, cuando el estado actual de la ciencia permite evitar, tanto la aparición de UPP como el deterioro de UPP a estadios superiores o graves complicaciones.

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

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

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

²Un líder en esta nueva concepción ha sido el estado de Hawaii que, en noviembre del 2000, condenó por homicidio a la propietaria de una residencia por la muerte de una paciente por permitir la progresión de úlceras por decúbito sin buscar ayuda médica, y por no remitir a la paciente a un médico para el tratamiento de las úlceras, contraviniendo la conducta prudente de cualquier persona que se hubiera encontrado en ese caso, ya que debiera haber sabido que constituía un sustancial riesgo de muerte y lesiones corporales graves. Las repercusiones legales de este caso en EE.UU. son enormes, ya que la persecución criminal para graves negligencias supone una nueva arma contra la mala calidad de los cuidados.

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

44 LA SITUACIÓN EN NUESTRO PAÍS

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

Como no podría ser de otra forma, la comunidad científica nacional (9, 10) mantiene que las UPP se pueden evitar prácticamente en su totalidad (95%), en muchos casos (riesgos leves) a través de simplificadas pautas de cuidados y arsenal técnico básico (soluciones limpiadoras con escaso poder irritativo, ácidos grasos hiperoxigenados, películas barrera, superficies especiales de apoyo, etc., desgraciadamente a menudo ausentes de las dotaciones de instituciones sanitarias o sociosanitarias), y que en los casos de mayor riesgo, por su situación de inmovilidad, vulnerabilidad, etc., la conjunción de cuidados individualizados, adecuados en tiempo y forma (establecidos de acuerdo a las directrices vigentes basadas en las últimas evidencias disponibles) junto a la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión de mayores prestaciones y otras ayudas técnicas (para la reducción de la presión, fricción, adecuada movilización) nos permitirán también salvar esas situaciones.

Se considera unánimemente que la responsabilidad de los cuidados descansa en el profesional de enfermería (diplomado y por delegación, en el auxiliar), correspondiendo al

personal médico el diagnóstico médico y la prescripción farmacológica y dietética. La enfermera y/o el médico, establecerán pautas sobre el régimen de reposo o movilización, ayudas técnicas a implementar en el cuidado, etc.

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

Al igual que lo evidenciado en Estados Unidos, en los últimos años en este país, la falta de personal, la excesiva rotación de éste, la presencia de profesionales poco cualificados y los “estimulantes” bajos salarios presentes en muchos escenarios asistenciales (especialmente centros socio-sanitarios privados o concertados), apuntan incrementos en los benefi-

cios dinerarios de éstos a cambio de 207
disminución en la prestación de cuidados de calidad, afectando explícitamente de forma negativa en la prevención y tratamiento de las UPP.

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

Configuración legal de la actividad sanitaria en nuestro país

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

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



208 Para que se entienda cumplida la obligación debemos saber si la actuación sanitaria ha sido cuidadosa, si se ha empleado la diligencia del buen especialista, es decir, si se ha cumplido la *lex artis*.⁵

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

La *mala praxis*, la actuación profesional inadecuada, se produce, precisamente, cuando el sanitario realiza su actividad sin ajustarse a la *lex artis* o, lo que es lo mismo, sin seguir las normas y principios establecidos por la comunidad científica, actuando de una forma descuidada, negligente, imprudente y técnicamente inadecuada. Este comportamiento, y no otro, es el que castigan los tribunales de justicia, que a través de sus sentencias ponen de manifiesto reiteradamente la obligatoriedad de actuar de una forma prudente y con la pericia adecuada y nunca exigen unos conocimientos especiales que no pueden ser ofrecidos por la medicina (13) ni actitu-

des extremas (12). Por otra parte, no debemos caer en la trampa de pensar que la obtención del consentimiento informado va a exonerar de responsabilidad en casos de mala praxis, ya que tan sólo lo hará por actos médicos dentro de la *lex artis* (14).

Como repetiremos más abajo, en cualquier litigio, la historia clínica (electrónica o en formato papel) supone un importantísimo medio de prueba de diligencia ante cualquier reclamación judicial si en la misma se ha hecho constar todas y cada una de las actuaciones que se han llevado a cabo con el paciente en cumplimiento de la *lex artis* (seguimiento de los protocolos, información al paciente y consentimiento informado). Por ello, se recomienda que los distintos profesionales que participen en el proceso de atención anoten toda la información concerniente a sus intervenciones con entradas en el documento, precisas, correctas, legibles y reflexivas, ampliando, en el caso de usarse formatos electrónicos con casillas preestablecidas, y de entenderlo preciso, con registros en los espacios destinados a observaciones.

Los tipos de responsabilidad

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

La *responsabilidad civil* es la que se da entre particulares: entre el paciente (o sus familiares) y el personal y el centro sanitario o asistencial en el ámbito de la sanidad privada. 45

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

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

La *responsabilidad penal* se da cuando se incurre en actos u omisiones que se encuentren tipificados como delito o falta en el Código Penal (17). Es muy común, muy usada y poco efectiva (por un uso indebido) para conductas de grave imprudencia e impericia. Cuando hay condena, también se pronuncia sobre la responsabilidad civil determinando la indemnización por daños y perjuicios a favor de la víctima. La conducta puede ser tanto voluntaria o dolosa, como imprudente (lo más

⁵“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.

⁶*Lex artis* en el caso concreto.

46 usual en el ámbito sanitario). Cuando se trata de conductas omisivas se requiere que sea determinante del resultado dañoso (esto es, de la pérdida de un miembro, p. ej.), de manera que de haberse llevado a cabo la conducta adecuada se hubiera evitado el daño. Por otra parte, hay que destacar que algunas de estas situaciones, además de la pena privativa de libertad, comportan la inhabilitación especial para la profesión, oficio o cargo durante un tiempo determinado que será determinado por sentencia de forma razonada⁷ (16).

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

Si como consecuencia de una negligente falta de prevención o de tratamiento de una UPP, se causa la

pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal o grave deformidad, como puede ser la amputación de una pierna, o una grave enfermedad somática o psíquica, el responsable puede ser castigado con la pena de prisión de seis a doce años¹⁰ (paradójicamente, castigada con pena mucho más gravosa que el delito de homicidio imprudente). Y cuando se trate de un miembro no principal, o la deformidad, con la pena de prisión de tres a seis años.¹¹

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

OTRAS CONSIDERACIONES RELATIVAS A LAS UPP

Las UPP como biomarcadores de maltrato o abuso en ancianos

El eco de voces nacidas en EE.UU. y Reino Unido entre otros países, a favor de incluir las UPP en-

209 tre los biomarcadores que determinan si se ha producido maltrato o abuso en los pacientes ancianos ha llegado a nuestro escenario, cuestionando aquí también si su presencia puede constituir en algunos casos una conducta reprochable desde un punto de vista legal como maltrato.

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

La presencia de estos evitables procesos suponen para el paciente un sufrimiento innecesario, como pueden suponer a la vista de algunas espeluznantes imágenes (Figs. 1 y 2), y una situación que por sus graves consecuencias (frecuentes complicaciones infecciosas de locales a generales, con riesgo elevado de muerte, dolor insufrible, exudación y olor proveniente de las lesiones con profunda afectación de la autoestima, posible institucionalización, deterioro orgánico general, etc.), constituye, cuando tiene como víctimas a personas frágiles, una vulneración de normas internacionales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre

⁷Para obtener más información sobre la pena de inhabilitación profesional se recomienda el siguiente trabajo de Javier de Vicente Remesal titulado *La pena de inhabilitación profesional en el ámbito médico*. Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación DGICYT PB97-0769-C03-03. Coincide parcialmente con la ponencia presentada en las "Primeras Jornadas Médico-Jurídicas de la O.M.C.", organizadas por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Ourense, en dicha ciudad los días 2 y 3 de julio de 1999. Publicación: Sentencias de TSJ y AP y otros Tribunales núm. 12/2000. Editorial Aranzadi SA, Pamplona. 2000.

⁸Artículo 142.1 y 142.3 del Código Penal.

⁹Art. 621.2 del Código Penal.

¹⁰Art. 149 del Código Penal.

¹¹Art. 150 del Código Penal.

¹²Art. 621 en relación con el Art. 147, ambos del Código Penal.



Fig. 1. Paciente con UPP en la región sacra. Estadio III.



Fig. 2. Paciente con UPP en la región sacra. Estadio IV.

de 1.948 (19)¹³ y el Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950 (20).¹⁴

También conculca nuestra Constitución (21), que en su Art. 50 proclama que los poderes públicos promoverán el bienestar de los ciudadanos de la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán los problemas específicos de salud;¹⁵ y nuestro Código Penal, pudiendo encuadrarse en los artículos 153 ó 173 como delito de maltrato¹⁶ cuando se atenta a la dignidad de la persona, con cierta permanencia o, al menos, repetición. Precisaré un menoscabo de la integridad moral, como bien jurídico protegido por la norma y que se con-

figura como valor autónomo, independiente del derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad y al honor, radicando su esencia en la necesidad de proteger la inviolabilidad de la persona. Implica una conducta contra la integridad física acompañada de la humillación, vejación y degradación que supone el que las víctimas sean seres tan indefensos como los ancianos o enfermos dependientes, aprovechando precisamente esa dependencia y situaciones de privacidad o simplemente cuando por quien en posición de garante, investido de una responsabilidad de vigilancia y control, no impide eficazmente que se produzcan. Este atentado a la integridad moral debe ser, en consecuencia, grave, debiendo la acción típica ser interpretada

en relación con todas las circunstancias concurrentes en el hecho, pues cuando el atentado no revista gravedad estaremos ante una falta.¹⁷ La gravedad/levedad se mide en los tratos recibidos por la víctima y requiere una situación, por parte de quien lo inflige, de aparente superioridad física, o fortaleza psicológica, sea cual sea el componente físico o psicológico de la víctima, siendo más perverso (plus de antijuricidad y culpabilidad) cuanto más débil en este aspecto consideremos al perjudicado por el maltrato.

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

Por todo ello, acogemos el criterio de la comunidad científico-legal del Reino Unido (6) y EE.UU.(8) al considerar que el permitir la aparición de UPP, o su deterioro (lesiones más profundas y complejas) por una mala atención, cuando se puede evitar en la práctica totalidad de los casos, también en nuestro país debiera

¹³Art. 5: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes."

¹⁴Art. 3: "Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

¹⁵A lo que se añade lo que dispone en el Art. 15 de la Constitución: "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]."

¹⁶Art. 153: "El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien [...] se hallen sujetos a [...] guarda de hecho [...], será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica."

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

¹⁷Art. 620.2 del Código Penal: "Serán castigados con la penal de multa de diez a veinte días: [...] 2º Los que causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve."

48 ser calificado como trato inhumano y encontrar el grave reproche que entendemos debe merecer de la sociedad y sus instituciones, por hechos tan crueles como injustificables.

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

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

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

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

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

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

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

El desembarco en los últimos años en nuestro mercado de numerosos materiales preventivos y curativos, específicos, ricos en prestaciones y suficientemente testados, (desde los centenares de apósitos modernos a una variada gama de SEMP) se ha acompañado de una mayor, aunque desigual, formación-conocimiento sobre el cuidado de estas lesiones, revelación de datos epidemiológicos que dibujan un panorama alarmante por el número de afectos y su complejidad, incluso nos atreveríamos a presumir, de un aumento en la sensibilidad al respecto de muchos profe-

sionales y, frente a ello, paradójicamente, en la práctica, en muchas instituciones todavía no se dispone de los mínimos (ya que debieran desterrarse del inventario muchas piezas arcaicas), mucho menos de los suficientes o modernizados recursos materiales recomendados para una prevención o tratamiento efectivo.

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

Y esto, que parece muy fácil se cumpla en la frialdad de un procedimiento judicial, en la práctica no siempre es factible. En no pocas ocasiones, el personal sanitario se halla en una situación comprometida entre el tener que velar por encima de todo del buen cuidado y atención del paciente, y el conflicto que les genera con la dirección o propiedad del centro en cuestión, a la que el profesional está en la obligación de exigir los medios nece-

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



212 sarios para la adecuada atención del paciente, lo que genera en no pocos casos conflictos, y que en algunas ocasiones son resueltos con el despido (24). Pero lo cierto es que el profesional sanitario debe obrar en condiciones tales que pueda demostrar posteriormente ante cualquier juzgado o tribunal, que ha puesto todos los medios para que se resuelvan las deficiencias que haya podido observar en su quehacer profesional, y esta acreditación ha de ser, en lo posible, escrita.

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

Consentimiento informado antes de la aplicación de una técnica

La Ley 41/2002 de derechos del paciente (LDP) (26), crea la figura del “médico responsable” de facilitar información al paciente. Debe coordinar la información y asistencia con el carácter de interlocutor principal y,

aunque en este punto la ley no lo diga expresamente, debe entenderse sin perjuicio de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales (médicos especialistas, psicólogos, personal de enfermería, etc.), quienes no quedan exonerados de sus deberes legales por la presencia del “médico responsable” por cuanto que más adelante, cuando regula la historia clínica, no reserva su cumplimentación exclusivamente al médico responsable sino a todo profesional que presta asistencia directa al paciente.

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

La información comprende, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias,²⁰ y ello sin perjuicio de que el paciente pueda de-

mandar “toda la información disponible”. Ha de ser verídica, no hay lugar para la mentira piadosa, comprensible, al alcance del paciente, y adecuada a las necesidades y requerimientos de los pacientes (28).

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

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

¹⁹Art. 21.4 LDP. Junta de Castilla y León.

²⁰Art. 4.1 LDP. Junta de Castilla y León.

50 supuestos en que el consentimiento exige tal forma.

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

1. Intervención quirúrgica de UPP

1.1. Desbridamiento quirúrgico.

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

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

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

2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos relacionados con UPP

2.1. Radiodiagnóstico con contrastes intravenosos mediante TAC o resonancia magnética.

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

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

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

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

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

Historia clínica, historia clínica de enfermería y registros específicos para UPP.

Los registros fotográficos.

El grado de documentación en la historia clínica de los cuidados pre-

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

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



214 ha prestado el debido consentimiento, o incluso cuando haciéndolo, no se ha anotado, ya que a falta de prueba en contra, se entiende que lo que no consta en la historia no existe.

Cuando intervienen distintas profesiones (médica, enfermería, nutrición, fisioterapia, etc.) como sucede o debiera en el caso de las UPP, es decir, cuando se requiere de cuidados interdisciplinarios, se precisará de un documento común de trabajo: la historia interdisciplinaria, de forma que la actuación de tantas personas que confluyen en un único individuo pueda ser coordinada, de calidad y eficiente. Todavía son muchos los centros donde existen historias (especialmente de la enfermera, también de la trabajadora social, etc.) y registros (manifiestamente los más devaluados: escalas de valoración de riesgo de desarrollar UPP, cuidados de UPP, entre otros) que viven aislados física y conceptualmente de la única y multidisciplinaria, situación que se minimiza cuando se trabajan con historias electrónicas, cada vez más extendidas.

De hecho, la falta de coordinación entre los especialistas que tratan a un paciente, más aún cuando el evento sucede dentro del mismo centro hospitalario, o cuando determinados elementos de información que constan en el historial del paciente no son considerados o se soslayan en el tratamiento, puede entenderse como una

prueba de responsabilidad por falta de diligencia. Se hace necesario aquí hacer una referencia expresa al artículo 61 de la Ley General de Sanidad (36) que se refiere a las historias clínicas y que establece que en cada área de salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial (37).

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

En lo relativo a la protección de datos de carácter personal, la inserción de registros fotográficos en la historia clínica debe realizarse previa verificación del correcto cumplimiento del principio de calidad (38).²¹ A la luz de este criterio, si se

51 considera que la incorporación de registros fotográficos de UPP permite una mejor asistencia médica, podrá adjuntarse y permanecer en la historia clínica. Asimismo, dado que se trataría de un dato más relativo a la salud del paciente, este nuevo dato no comporta una variación sustancial en cuanto al modo en que debe legitimarse su uso y tratamiento por parte del responsable del fichero.²² Por ello, en el momento de la recogida de los datos del paciente se le deberá informar de los extremos establecidos en la Ley de Protección de Datos así como solicitar su consentimiento, que debe ser expreso²³ cuando a la historia clínica accedan personal no sanitario que no esté sujeto a un deber de secreto. En este sentido, se aconseja la inserción del clausulado correspondiente al cumplimiento de estos requisitos en la ficha de alta del paciente o en el documento de consentimiento informado. De este modo, se garantiza en todo momento la lectura del mismo por parte del paciente y su consecuente aceptación (37).

Las UPP como causa de ingreso hospitalario

Por regla general, las UPP no son consideradas como causa directa de ingreso hospitalario en ninguna guía de práctica clínica. Como veremos en una de las sentencias que se re-

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

²²El centro.

²³De acuerdo con el Art. 7 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

52 cogen más adelante,²⁴ no se considera causa de ingreso en un hospital de la seguridad social de nuestro país el padecer dos UPP de grado IV, de 7 y 8 centímetros, intensa micosis perineal, arritmia completa y fiebre, lo que provoca que la paciente acuda a un centro privado en el que es intervenida quirúrgicamente de sus lesiones.

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

Sería recomendable en los programas de formación de los facultativos, comúnmente solicitantes y facilitadores de los ingresos hospitalarios, incidir sobre la verdadera entidad de estos procesos, su capacidad desestructuradora en la salud global y las severas complicaciones que pueden reportar, especialmente cuando

se trata de personas muy mayores o diezmadas. La opción del ingreso hospitalario temporal, por esa causa, no tendría las resistencias, a menudo observadas, por profesionales y por empatía a veces por las propias familias de los afectados, sino una fórmula segura y rentable de ayudar a vencer esas circunstancias amenazantes o de deterioro (infecciones severas loco-regionales, presencia de grandes superficies necróticas, etc.) que el hospital está en condiciones de proveer y poder devolver en pocas jornadas al paciente al nivel asistencial de partida.

Altas hospitalarias y UPP

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

reprochar al centro hospitalario el alta del paciente con una UPP generada en el propio centro en situación evolutiva de grado III, con escara necrosada de 3 cm sin signos de infección.²⁵

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

Sería muy recomendable que tanto profesionales sanitarios como responsables de la gestión de los centros hospitalarios no desconocieran ni infravaloraran las complicaciones potenciales y el aumento de la mortalidad ocasionado por la presencia de úlceras por presión así como esta efervescencia de usuarios y familiares en pedir responsabilidad por mala praxis y déficit de seguridad en las instituciones. En tal sentido se ma-

²⁴Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Sala Social), de 22 de junio de 1993.

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



216 nifiesta el recientemente presentado Plan de Calidad del Sistema Nacional de la Salud (39), en el que, buscando incrementar garantías a pacientes, usuarios y profesionales traza entre otras, una estrategia específica dirigida a “mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud”, para disminuir los efectos adversos secundarios a la atención prestada, por su elevada morbimortalidad y repercusiones económicas y sociales. Propone la implantación en colaboración con las comunidades autónomas de proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras sobre ocho áreas específicas, incluyendo por primera vez en la historia de nuestro país, textualmente la necesidad de: “prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo”.

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

La prescripción enfermera en las úlceras por presión

Por la actualidad despertada en los últimos meses, antes de entrar en el estudio de los pronunciamientos judiciales encontrados sobre casos de UPP, deseamos cerrar este trabajo haciéndonos eco del movimiento habido en torno a la solicitud de legitimación de la prescripción colaborativa del profesional de enfermería,

finalmente cercenada tras de un amplio debate político y profesional, no incluyendo esta posibilidad en la recién aprobada Ley del Medicamento (40).²⁶

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

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

La legalización de la prescripción enfermera sobre los numerosos pro-

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

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

²⁶Art. 77.1: “La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos.”

54 difícase el tratamiento prescrito por el médico y no fuese efectivo u ocurriera algún tipo de negligencia, podría llegar a encausarse, además de por la responsabilidad que corresponda por los daños causados, por un posible delito por intrusismo profesional.

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

CRITERIOS DE LOS TRIBUNALES ESPAÑOLES EN CASOS DE UPP

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

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

Se trataba de un supuesto de responsabilidad contencioso-administrativa por el fallecimiento de un paciente en el que el tribunal acaba condenando a la Administración por falta de recursos hospitalarios suficientes “*de tipo mecánico y personal*”.

De tipo mecánico porque no se utilizaron colchones especiales “antiescaras” por escasez en el centro, y de tipo personal, porque el tribunal entendió que el personal sanitario debió procurar la movilidad del enfermo sin que su corpulencia justificara el que no lo hicieran. Además se consideró negligencia del centro no haberse dotado de un protocolo de enfermería adecuado para prevenir “*ese riesgo tan previsible*”.

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

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

Otros pronunciamientos judiciales

Como comentamos al inicio, uno de los motivos que nos animó a abordar la revisión de nuestro anterior trabajo era el enjuiciamiento de nuevos casos de UPP y cómo se estaban re-

solviendo por los Tribunales, viniendo a confirmar aquellas sospechas de que a corto y medio plazo se incrementarían las reclamaciones por UPP, dado el cambio de mentalidad de nuestra sociedad en relación a la actividad sanitaria en general, y en torno a las UPP en particular. De entre las sentencias encontradas son de destacar las que se recogen a continuación, con fidelidad a los autos revisados, y acompañadas de algunos comentarios cuando así se considera.

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

Varón de 81 años que sufre una caída desde la camilla al suelo cuando se le estaba realizando un Eco-Doppler al olvidarse su cuidador de elevar la baranda metálica de protección de la camilla. La caída provocó una fractura pertrocantérica del fémur por la que debía ser operado quirúrgicamente. Durante su estancia en el hospital le aparecieron varias UPP: una en el coxis y otras dos en los talones, derecho e izquierdo. Le dan el alta con UPP del talón izquierdo en situación evolutiva de grado III, con escara necrosada de 3 cm sin mostrar signos de infección. El paciente ingresa en un centro sociosanitario causando alta voluntaria, regresando al cabo de 22 días con UPP con necrosis húmeda, maloliente, infectada de grado IV. Finalmente, se le amputó la pierna izquierda, por lo que el paciente reclamó contra el hospital. El tribunal aca-



218 ba exculpando al centro hospitalario basándose en que tal lapso de tiempo, teniendo en cuenta la anterior cronología en el hospital, mal puede atribuirse causalmente a dicho centro.

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

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

CÁDIZ. Penal. Sentencia n° 34/2004 Audiencia Provincial de Cádiz (Secc. 5ª), de 7 de abril (Repertorio Aranzadi JUR 2004\153183):

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

No es nuestro deseo conjeturar, puesto que no se disponen de todos los datos que entendemos sería necesario barajar, pero *a priori*, la utilización de un colchón de agua (a buen seguro sobrecolchón o colchoneta) en una UCI, entre otras medidas tales como el uso de “módulos anti-escaras”, levantar a un sillón sin, presumiblemente, dispositivo reductor de la presión, etc. ante una evidente paciente de riesgo elevado, no sería la superficie espe-

cial para el manejo de la presión 55 aconsejada por todas las directrices terapéuticas basadas en las últimas evidencias disponibles. El manejo de la presión requeriría disponer como pieza clave de una superficie dinámica, de aire alternante, de celdas medias o grandes.

VALLADOLID. Penal. Sentencia n° 325/2003 Audiencia Provincial de Valladolid (Secc. 4ª), de 10 de diciembre (Repertorio Aranzadi JUR 2004\77985):

Mujer de 81 años con Alzheimer que ingresa en junio del 2001 en una residencia de ancianos, en la que en junio de 2002 padece una caída que ocasiona su ingreso en un centro hospitalario en el que se le diagnosticaron, además de las heridas propias de la caída, UPP. Recoge la sentencia que la presencia de tantos factores de riesgo que presentaba la paciente impiden afirmar que hayan sido causadas por maltrato o cuidados inadecuados. Expone que sólo la deshidratación podría deberse a cuidados inadecuados y que el estado físico y la desnutrición se podrían corresponder con el estado de la enfermedad de la paciente, añadiendo que los enfermos de Alzheimer pueden deshidratarse en pocas horas. Según el juzgador, el grado de medios que es preciso poner para lograr el correcto cuidado de estas personas no es fácil de determinar, y las Administraciones Públicas, concretamente en este caso la Junta de Castilla y León, tienen una regulación específica en esta materia. A mayor

56 abundamiento, a raíz de este caso se efectuó una inspección de la residencia sin que se desprendieran de la misma infracciones administrativas. Por todo ello, la sentencia acaba concluyendo que se procuraron los medios y, pese a ello, se dio el resultado lesivo recogiendo literalmente lo siguiente: “es preciso recordar que en estas situaciones no sólo se suele ir produciendo un empeoramiento del estado de salud de los enfermos, sino que suele ser la antesala del fallecimiento, como efectivamente en este caso se ha producido en el pasado verano del presente año 2003, sin que por ello puede hablarse de maltrato en el obrar de la residencia de ancianos en la que tal persona estuvo ingresada”.

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

años en su conjunto o fases de vida sillón-cama que se prolonguen años.

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

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

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

Mujer de 65 años con ceguera e inmovilidad de columna vertebral y miembros inferiores, que es atendida por su hermana y el marido de ésta en el domicilio de ambos. Se personó la comisión judicial en el domicilio y encontró a la paciente con sus propios vestidos manchados de excrementos y de orina, con maceraciones de la piel producidas por el contacto permanente de la epidermis con heces y orinas, que no se ha-

bría ocasionado (ni agravado, degenerando en escamas y úlceras de decúbito) si hubiera recibido los humanos y diarios cuidados que su delicado estado personal exigía: vigilancia, limpieza, curas, cambios posturales y debida nutrición, y que no le prestó debidamente su hermana, quién fue condenada en primera instancia por una falta de vejación injusta de carácter leve, en concurso ideal con una falta de lesiones, a la pena de multa de quince días con una cuota diaria de 15.000 pesetas, con siete días de responsabilidad personal subsidiaria en caso de impago, y arresto de cuatro fines de semana, absolviéndola del delito contra la integridad moral —maltrato— del que se le acusaba. El ministerio fiscal recurrió el último pronunciamiento de la sentencia que absolvía a la hermana del delito del artículo 173 del Código Penal que castiga al “que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral” tanto mediante acción como mediante comisión por omisión, ya que la acusada consiguió el fin simplemente dejando de realizar las labores que le correspondían o a las que estaba obligada. Sin embargo, el tribunal la exculpó porque la acusada residía y vivía de forma similar a su hermana —en toda la casa había un insoponible olor a alimentos putrefactos y a orina, restos de alimentos descompuestos por el suelo y encima de las sillas— lo que excluye que su conducta tenga por finalidad vejar a esta, e impide que se califique dicha conducta como delito del Art. 173 del Código Penal.



220 **ÁLAVA. Civil. Sentencia n° 53/2002 Audiencia Provincial de Álava (Sección 2ª) de 4 de marzo (Repertorio Aranzadi JUR 2002\219866):**

Mujer que ingresa en una residencia que, según contrato, cuenta con servicios sanitarios de médico y enfermera. En la paciente se daban todos los factores de riesgo. Le aparece una UPP en el sacro que evoluciona hasta un grado IV. Las pruebas practicadas demuestran que no se adoptó medida preventiva alguna para evitar las úlceras. Cuando aparece, las curas son totalmente insuficientes. No consta por parte de la residencia que se hicieran cambios posturales, ni curas diarias. No la aseaban ni lavaban diariamente. Tampoco tenía personal especializado para ello. En el hospital la escara desapareció con cuidados y curas diarias. El tribunal acaba condenando al gerente y su hijo —le sustituía en las funciones de gerente— por considerar existe negligencia o falta de la diligencia debida, quedando demostrado que a la paciente se le causó un dolor innecesario. Exculpa a los trabajadores —ninguna de ellas era enfermera ni tampoco auxiliar geriátrica— puesto que sólo cumplían órdenes de los primeros. Tampoco se considera responsables al médico y la enfermera que la atendían porque pertenecían al servicio de Osakidetza, prestaban sus servicios en la comarca y acudían a la residencia cuando eran solicitados sus servicios, pero siempre correspondiendo a sus servicios públicos y prestando su labor o función públi-

ca. La paciente fue indemnizada con 2.280,51 €. 1.080,51 € por los 21 días que permaneció hospitalizada, más 1.200,00 € por daños morales ya que se considera que tuvo que sufrir de forma importante desde que la escara se localiza hasta que se cura. El juzgador se basa para ello en la única prueba aportada a autos, consistente en fotografías que, aún siendo de fecha posterior, muestran una escara menor a la que tuvo que sufrir cuando permaneció interna en la residencia.

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

Mujer que ingresa en la UCI de centro hospitalario apareciéndole UPP. El tribunal exculpa al centro por lo siguiente: existe un protocolo anti-escaras que se aplica a todos los pacientes encamados sin excepción y sistemáticamente, al ser aplicadas por el personal de enfermería de forma estructural y rutinaria, haciéndose mención a las mismas a lo largo de toda la historia clínica. Además, y siguiendo al informe del perito judicial, se entiende que la incidencia de UPP en UCI es de hasta un 33%, debiéndose su aparición a un fenómeno multifactorial, añadiendo que la aplicación de medidas anti-escaras retrasa o dificulta la aparición de UPP, pero nunca la garantizan. En el caso de autos se afirma, también porque así lo manifiesta el perito, que el mal estado de la paciente (estado séptico de estrés o hipoxemia, mal nutrición

y hábitos), son factores que en conjunto contribuyeron y de forma importante en la producción y evolución de las úlceras, independientemente de que se aplicasen o no medidas anti-escaras. Se aportaron los nutrientes necesarios en la forma posible debido a su estado (vía parenteral). Se trató con éxito la neumonía bilateral y la infección urinaria y, por último, se adoptaron sustancialmente las medidas terapéutico-preventivas adecuadas para evitar la aparición de escaras.

Nuevamente sobresale en este caso la concepción de un perito judicial o médico forense excesivamente condescendiente, por devaluación, cuando no corporativismo, debido por un lado a la argumentación ya hecha en casos anteriores, sobre la necesidad de adaptar-extremar los cuidados preventivos al riesgo detectado, no utilizando como única pantalla la situación de pérdida de salud del paciente, existiendo posibilidades de conjugar materiales y procedimientos de alto rendimiento (SEMP de altas prestaciones, etc.) siempre que se evalúe adecuadamente el riesgo, se disponga de estos materiales y se arbitren y monitoricen estos cuidados, y especialmente se jerarquice adecuadamente su intervención con respecto a otros procesos presentes, parece ser de mayor “entidad”: neumonía, infección urinaria. De igual modo se denota un intento de justificación apelando a cifras de incidencia de UPP en UCI, descontextualizadas y trasnochadas (como así demuestran los estudios epidemiológicos sobre UPP realizados en este país en los años

58 2001 y 2005 (45, 46), y si siempre es dificultoso en este ámbito asegurar la evitación, se presta el informe a considerar mucho más elevados, los datos aportados de Pam Hibbs, citada por Waterlow (47) que aseguran que hasta el 95% de las lesiones son evitables, con los cuidados y recursos adecuados.

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

Varón de 66 años que fue intervenido de melanoma inguinal izquierdo mediante resección y vaciamiento inguinal, y posteriormente con tratamiento poliquimioterápico. Tras el alta, padece, entre otras cosas, episodios, a veces diarios, de claudicación no dolorosa con sensación de entumecimiento en ambos miembros inferiores pero no es ingresado. Posteriormente es atendido por el servicio de Neurología que determina el ingreso inmediato, pero en el servicio de admisión se le comunica que no hay disponibilidad de camas, remitiéndole a su domicilio. A los diez días ingresa en servicio de Urgencias presentando “ictus isquémico, con afectación máxima, en territorio de arteria cerebral media izquierda”. A los tres meses es ingresado en una clínica detectándose síndrome multiescaras. Se aconseja un colchón antiescaras cuya solicitud es denegada por el INSALUD, habiéndose adquirido por sus familiares con la cooperación del ayuntamiento. A los 4 meses falleció. La causa de defunción obran-

te en el certificado, como una constatación de todas las patologías del paciente, considera imposible, sin practicar necropsia, determinar la causa del óbito. El tribunal acaba condenando al INSALUD a indemnizar a la familia por la carga de la obligación de cuidados diarios y permanentes y, considerando las circunstancias familiares en una casa donde convivían la madre y tres hijos desempleados, el índice estadístico de vida que se le había negado, el sufrimiento de la víctima de la irregularidad y el daño moral a él y a sus familiares, al pago de 15.000.000 de pesetas.

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

Además de los daños directos 221 que ocasionan las UPP que se podrán enjuiciar, como hemos visto, por las vías civil, contencioso-administrativa y penal, su aparición y/o su deterioro pueden causar otro tipo de reclamaciones, como el *reintegro de gastos médicos* que, a diferencia de las anteriores vías, se enjuician ante los juzgados y tribunales de lo Social:

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

Mujer de 74 años que sufrió un accidente de tráfico permaneciendo ingresada y en reposo algo más de dos meses hasta que se le da el alta, presentando úlcera en tobillo derecho. Siguiendo instrucciones del parte de alta, el “ATS” procede a efectuar curas cada 72 horas. Tras el empeoramiento de la UPP y el aumento de los dolores acudió de nuevo al servicio de urgencias del hospital pero aun presentado un grado IV no consideran necesario su ingreso. Una semana más tarde acude a la consulta que tenía concertada y la doctora le manifiesta que es necesario amputar la extremidad afectada (pie derecho) sin dar ninguna explicación más. Ante la falta de información, la paciente acude a un especialista privado que le practica en la extremidad afectada un *bypass* con vena safena invertida. En unos días se da el alta a la paciente y reclama al Instituto Madrileño de Salud el reintegro de los gastos mé-



222 dicos ocasionados por tal intervención y que ascienden a 11.959,43 €, a lo que el Tribunal accede por entender que los hechos describen una situación de afección de un miembro inferior, con riesgo de gangrena (y por ello de supervivencia) cuyo diagnóstico y terapéutica es unívoco: amputación. La petición de información de otras técnicas menos agresivas es desoída. Además condena al Instituto Madrileño de Salud al pago de las costas judiciales (500,00 €).

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

Mujer de 73 años que acude al servicio de urgencias del hospital con expresa indicación del médico de cabecera de la conveniencia de hospitalización. Se le diagnostica “úlceras tórpidas por decúbito” e “infección de orina” y finalmente no se considera necesario su ingreso, por lo que siguió siendo atendida por su médico de cabecera, quién más adelante volvió a remitirla al hospital de urgencias manifestando “creo que se está derivando demasiado a la enferma y que se trata de un caso de tratamiento hospitalario”. Tras una discusión con el personal de Servicio se les indicó que no era un caso de internamiento hospitalario. La paciente fue ingresada en una clínica privada en las siguientes condiciones: “... en mal estado general [...] fiebre de dos meses de evolución [...] no respondiendo a tratamientos con antibióticos en forma ambulatoria

[...] presentando dos escaras sacras, una de ellas con profundidad de 7 y 8 cm [...] intensa micosis perineal [...] arritmia completa”. Fue intervenida quirúrgicamente. Los gastos hospitalarios y médico-farmacéuticos ascendieron a 1.902.158 pesetas. La paciente solicitó el reintegro de los gastos médicos y el tribunal condenó al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza por entender que la intervención quirúrgica practicada se podía calificar de normal, sin que requiera medios ni técnicas avanzadas de las que carezca la Seguridad Social, e imponiéndole las costas judiciales.

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

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

Mujer de 87 años que tras una caída casual ingresa en el Hospital de la que es dada de alta. Sin embargo, ante la pérdida severa de su capacidad funcional tuvo que ingresar en una unidad de convalecencia de un centro geriátrico, regresando a su domicilio tras un año con una evolución favorable de las UPP que presentaba al ingresar, marcha autónoma con caminador, aunque con dificultades por la severa limitación en la flexión de las caderas, y evolución también favorable del

síndrome ansioso-depresivo evidenciado desde hacía unos ocho meses aproximadamente. Tras un año y medio, y procedente de otra residencia, ingresó en una clínica “para descarga familiar”, según consta en documento emitido por esa clínica que figura en autos. El tribunal declaró resuelto el contrato de arrendamiento de la vivienda de la paciente porque todo este proceso desencadenó en ella un estado físico sin retorno que llevó a la convicción al tribunal de que se trataba de una desocupación definitiva de la vivienda.

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

CONCLUSIONES

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

60 lo que viene sucediendo en otros países de nuestra área de influencia.

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

Tal vez el mismo espíritu de devaluación de estas lesiones, presente en ámbitos profesionales y en la sociedad en general, se traslada a la judicatura, especialmente de la mano de peritos y/o forenses que no alcanzan a ver la dimensión real del problema (pérdida de salud y calidad de vida) y las fatales consecuencias de las UPP (incluida la muerte

por esa causa). No ven como prácticas punibles los no ingresos por presentar UPP o las altas sin una preparación adecuada de éstas. Un juicio posiblemente alimentado también por la falta de formación específica en sus currículos básicos y posgraduados, de actualización a través de las evidencias científicas generadas en los últimos años y embebido todo ello por la falta de interés que despierta un problema secundarizado, no considerado hasta la fecha como verdadero Problema de Salud ni meritada su dimensión epidemiológica, económica y social por los responsables sanitarios.

El mayor conocimiento por parte de gestores, profesionales y opinión pública de la entidad de estos procesos, el aumento creciente de la sensibilidad de usuarios y cuidado-

res familiares sobre la inevitabilidad y 223 cuidados adecuados de estas lesiones, el reconocimiento de su directa implicación en la pérdida de seguridad de instituciones sanitarias y la oportunidad observada por letrados especializados en demandas por problemas de salud de obtener “buenos resultados” (un “filón de oro” en otros países), son elementos que seguro harán cambiar el panorama actual, generar jurisprudencia y amenazar con mano de hierro a los que en sus senos permiten su aparición o no se cuidan de ellas una vez aparecidas, con el rigor que impone el conocimiento actual.

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza Penadés J. El nuevo marco de la responsabilidad médica y sanitaria. *Revista Aranzadi de Derecho patrimonial* 2002 (2): 5-20.
2. Soldevilla JJ, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. GNEAUPP. Madrid: Ed. SPA; 2004.
3. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. *Science of Surfaces*. London: Emap Healthcare, 2005: 4-5.
4. Knowlton SP. Legal Aspects of wound care. En: Baranoski S, Ayello EA. *Wound Care Essentials. Practice Principles*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 19-33.
5. Di Maio VJM, Di Maio TG. Homicide by Decubitus Ulcers. *Am J Forensic Med and Path* 2003; 23 (1): 1-4.
6. Tsokos M, Heinemann A, Püschel K. Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *Int J Legal Med* 2000; 113: 283-7.
7. Heinemann A, Tsokos M, Püschel K. Medico-legal aspects of pressure sores. *Legal Med* 2003; 5: 263-6.
8. Pearsall C. Forensic Biomarkers of Elder Abuse: What Clinicians Need to Know. *J Foren Nurs* 2005; 1 (4): 182-6.
9. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. *Directrices Generales sobre Prevención de Úlceras por Presión*. Logroño: GNEAUPP, 2003.
10. Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda JJ, Novillo Briceño LM, Segovia Gómez T. Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra i Bou JE (eds). *Atención integral a las heridas crónicas*. Madrid: SPA, 2004.
11. Pancorbo PL, García Fernández FP, López Medina IM, López Ortega J. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos* 2005; 16 (4): 219-28.
12. Cabrera J, Fuertes J. *Medicina Legal en Atención Primaria*. Madrid: Cauce Editorial. 2004.
13. Vázquez del Rey Villanueva R. La responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria. *Bolet Iltre Col Abogados Mad* 2003; 24.
14. Rodríguez López P. Consentimiento informado y estado de necesidad terapéutica. *Actual Der Sanit* 2003; 90 (enero): 1-17.
15. Navarro Rodríguez S. Responsabilidad Sanitaria. *Vías de Reclamación. Iuris* 2005; 81 (Febrero): 58-63.
16. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (4): 152-6.
17. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre. Editorial Aranzadi, Pamplona, Septiembre 2001. Versión actualizada en Base de Datos Aranzadi, Pamplona, RCL 1995\3170.
18. Hurtado Martínez JA. Responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. *RJC* 2002.3.
19. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 (II) de 10 de diciembre de 1948. Barcelona: Signo; 1991.
20. Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950. Barcelona: Signo; 1991.



- 224
21. Constitución Española de 6 de diciembre de 1978. Madrid: Ed. Valbuena; 1996. Versión actualizada en Base de Datos Aranzadi RCL 1978\2836.
 22. López Bejarano A, Guijarro ME, Esteban M, López Soto R. Presentación y evaluación de la mejora en el protocolo de tratamiento de las UPP en un hospital. En: Soldevilla JJ, Martínez Cuervo F (eds). Actas del V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
 23. De la Casa F, Rodríguez Torres M, Martínez Martos C *et al.* Seguimiento de un protocolo basado en evidencias de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Martínez Cuervo F (eds). Actas del V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
 24. Salvan A. Lo que se os viene encima. *Semer* 2006; 5 (1): 33-6.
 25. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documentos Técnicos GNEAUPP 2006. En: www.gneaupp.org.
 26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/2002, nº 274, pág. 40126).
 27. Ley 8/2003, de 8 de abril, de la Presidencia de la Junta de Castilla y León, sobre los Derechos y deberes de las personas en relación con la salud. (BOE 30/4/2003 nº 71/2003, pág. 16650).
 28. Abel Lluch X. Algunas consideraciones sobre el derecho de información, el derecho a la intimidad, el derecho de autonomía y el consentimiento informado. *Revista Jurídica de Catalunya (RJC)* 2002; (4): 123-47.
 29. Abel Lluch X. El derecho de información del paciente como presupuesto del consentimiento informado. Su régimen jurídico en la Ley 41/2000, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En: Abel Lluch X (dir). *El juez civil ante la investigación biomédica. Cuadern Der Jud X/2004*. Madrid: CGPJ; 2005, pp. 17-125.
 30. Ley 3/2001, de 28 de mayo, de la Presidencia de la Junta de Galicia, sobre las normas reguladoras del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (BOE 3/7/2001, Nº 158/2001, pág. 23537).
 31. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documento Técnico IX GNEAUPP: Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas 2006. En: www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf.
 32. Provo B, Piacentine L, Dean-Baar S. Practice versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. *J Wound Care* 1997; 24 (5): 265-9.
 33. De Con X, Díaz E, Cadavieso R. Planes de Cuidados y heridas crónicas: hacia la gestión clínica por procesos. En: Soldevilla JJ, Martínez Cuervo F (eds). Actas del V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
 34. French ET, Ledwell-Sifner K. A method for consistent documentation of pressure sore. *Rehabil Nurs* 1991; 16 (4): 204-7.
 35. Harding CA. A record sheet for pressure sore risk assessment. *Prof Nurse* 1999; 14 (11): 778-82.
 36. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Editorial Aranzadi. Pamplona. RCL 1986\1316.
 37. Gaspar J. La protección de datos personales en el sector sanitario. Madrid: Ergon; 2004, 26.
 38. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 14/12/1999 nº298/1999, pág. 43088.
 39. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
 40. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 27/7/2006, nº 178, pág. 28122 y ss.
 41. Soldevilla JJ. Prescripción Enfermera en el Cuidado de Úlceras por Presión. *Enferm Facult* 2006; 96: 15.
 42. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 22/11/2003, nº 280, pág. 41442 y ss.
 43. Informe Jurídico. Asesoría Jurídica. Madrid: Consejo General de Enfermería de España; 2005 (5 de septiembre).
 44. European Pressure Ulcers Advisory Panel. Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del Grupo Europeo de Úlceras por presión. *Gerokomos* 1999; 10 (1): 30-3.
 45. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez Cuervo F, Verdú J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2003; 14 (1): 37-47.
 46. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda J, Mayán JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2006; 17 (3): 154-72.
 47. Waterlow J. Pressure sores prevention manual. Newtons: Taunton; 1996.