



ORIGINAL

Curar o paliar: ¿qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de una herida crónica en función de su finalidad



Antonio Ramos^{a,b}, Juan Manuel Morillo^b, Nuria Gayo^a, Jenny E. Tasiguano^a, Elisabeth Munzón^a y Ana S.F. Ribeiro^{a,*}

^a Departamento de Enfermería, Fundación Instituto San José, Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, Madrid, España

^b Escuela de Enfermería y Fisioterapia de San Juan de Dios, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Recibido el 18 de diciembre de 2012; aceptado el 1 de junio de 2013

Disponible en Internet el 12 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Heridas crónicas;
Costes sanitarios;
Carga de enfermería;
Cuidados paliativos

Resumen

Objetivos: Identificar si existen diferencias en cuanto a los costes del tratamiento de las heridas crónicas (HC) en función de la finalidad del mismo, paliativo o curativo.

Método: Se trata de un estudio descriptivo observacional longitudinal llevado a cabo en las unidades de cuidados paliativos (UCP) y de cuidados especiales (UCE) de la Fundación Instituto San José de Madrid. Para la obtención de los datos relativos a la incidencia y prevalencia de heridas crónicas, se han analizado de forma retrospectiva los registros de enfermería de todos los pacientes ingresados en la UCP desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de julio de 2012. Paralelamente, tanto en la UCP como en la UCE, se realizó durante el mes de mayo de 2012 una recogida de datos para la obtención del análisis comparativo de costes en función de la finalidad de la cura.

Resultados: En el periodo del 1 de enero de 2011 hasta el 31 de julio de 2012 ingresaron en la UCP 863 pacientes. Del total de ingresos, 38,47% desarrollaron previo al ingreso o una vez en el hospital heridas crónicas. El 32,21% de los pacientes ingresaron con una o más UPP y el 3,7% de pacientes desarrollaron UPP durante su estancia hospitalaria. Durante el mes de mayo de 2012, se ha observado que el coste medio total de una cura de HC fue en la UCP de $5,86 \pm 2,40$ € y en la UCE de $8,07 \pm 3,77$ €. En relación con la finalidad del tratamiento de la cura de HC, se ha obtenido que una cura paliativa cuesta en media $6,32 \pm 2,74$ € y una cura curativa, $7,05 \pm 3,43$ €.

Conclusiones: Agrupando por unidades se obtiene que en lo que se refiere a costes totales de una cura, se observa un mayor coste en la UCE que en la UCP. En relación con la finalidad del tratamiento de la cura, los resultados obtenidos demuestran que no se han establecido diferencias significativas, siendo la cura de HC con mayor coste la de úlcera tumoral.

© 2012 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asfribeiro@gmail.com (A.S.F. Ribeiro).

KEYWORDS

Chronic wounds;
Healthcare costs;
Nursing workload;
Palliative care

To heal or to alleviate: Which costs more? A cost analysis of the treatment of chronic wounds depending on its aim

Abstract

Objectives: To identify if there is a cost difference in the treatment of chronic wounds regarding to their aim, palliative or curative treatment.

Method: This is a longitudinal observational descriptive study performed in a Palliative Care Unit (UCP) and a Special Care Unit (UCE) both of which based within the Fundación Instituto San José in Madrid. The incidence and prevalence data of all the chronic wounds were analyzed retrospectively from nursing records of all the patients admitted to the UCP from 1st January 2011 until 31st July 2012. During the month of May 2012 data collection was obtained for a comparative cost analysis within both the UCP and UCE with regard to the treatment for chronic wounds.

Results: Between 1st January 2011 and 31st July 2012, 863 patients were admitted within UCP. 34.47% of who were admitted with a one or more existing pressure ulcer(s). 3.7% of patients during this period developed a pressure ulcer during their hospital stay. Throughout the month of May 2012 our data found that the total average for dressing a chronic wound in UCP was 5.86 ± 2.40 Euros whilst within UCE the cost rose to 8.07 ± 3.77 Euros. The final cost for the treatment of a chronic palliative wound is displayed as 6.32 ± 2.74 Euros and the treatment costs for healing a chronic wound as 7.05 ± 3.43 Euros.

Conclusions: By gathering data regarding total costs of wound care, within the UCP the cost of malignant and palliative wounds were higher when compared to the chronic wounds within the UCE. With regard to the purpose of the treatment, the results do not establish a significant difference, but there are greater costs in the treatment of malignant and palliative wounds.

© 2012 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Conocer la situación de un determinado problema de salud es el paso previo indispensable para poder gestionar los recursos disponibles de la forma más eficiente posible. Las heridas crónicas en general y las úlceras por presión (UPP) en mayor medida representan un enorme problema de salud. De hecho, la presencia de este tipo de heridas supone, tal y como lo denominó Pam Hibbs hace más de 30 años, una auténtica epidemia bajo las sábanas^{1,2}. A pesar de que se reconoce que en la actualidad el 95% de las UPP que se producen se podrían haber evitado utilizando medidas tan sencillas como los cambios posturales, la aplicación de productos preventivos como los ácidos grasos hiperoxigenados o las cremas barrera en los casos donde hay exceso de humedad o la utilización de superficies especiales de manejo de presión³⁻⁶, estudios recientes demuestran que la presencia de este tipo de lesiones continúa siendo muy elevada en cualquiera de los niveles asistenciales. Esto conlleva, sin duda, un elevado coste económico, exactamente 461 millones de euros, lo que representa el 5% del gasto sanitario anual de nuestro país. En materiales para el tratamiento de las heridas se gastan en orden a 67,4 millones de euros al año y en tiempo de enfermería se invierten 88,6 millones⁷⁻¹².

Acotando la cuestión a pacientes en situación paliativa, el problema adquiere, si cabe, mayor magnitud. Existe una clara correlación entre el Índice de Karnofsky (IK) o la Palliative Performance Scale (PPS) y el riesgo de presentar UPP^{13,14}. Si además tenemos en cuenta el progresivo deterioro de la piel y tejido subcutáneo debido a la hipoperfusión y el hecho de la imposibilidad o no conveniencia, en algunas

ocasiones, de realizar cambios posturales, convierten la prevención y el manejo de este tipo de lesiones en un auténtico reto para la enfermería¹⁵.

Muchos son los aspectos que influyen y que hay que tener en cuenta a la hora de decidir si la herida crónica de un paciente ha de ser tratada con la intención de conseguir su cicatrización (cura activa o curativa) o la de paliar los síntomas relacionados con la misma (cura paliativa). Algo que sin duda caracteriza el trabajo de enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos es el cuidado integral de la persona enferma con el objetivo de poder proporcionar en la última etapa la máxima calidad de vida posible. El profesional de enfermería tiene que ser realista a la hora de consensuar, junto al paciente y la familia, los objetivos a conseguir en relación con las heridas crónicas y, de la misma manera, hacer ver que el hecho de no aplicar tratamientos más activos o agresivos no supone un acto negligente o una dejadez de atención. Cuando la curación no es posible, los esfuerzos han de centrarse en el control de síntomas de la herida, así como amortiguar el impacto emocional y acompañar en aquellos aspectos psicológicos que los rodean¹⁶⁻²⁰.

A la vista de lo expuesto, queda claro que la prevención y el cuidado de las heridas crónicas han de ser una prioridad para enfermería dentro de la atención integral en este tipo de pacientes. Pero, ¿qué supone esto en cuanto a la carga de enfermería y el consumo de recursos en el contexto de una unidad de cuidados paliativos? Seguramente debido a la dificultad que supone cuantificar las cargas de la tarea asistencial en este tipo de pacientes o por la inexistencia de herramientas específicas, teniendo que adaptarlas de las utilizadas en otros tipos de unidades como urgencias o

cuidados intensivos para su evaluación, pocos son los referentes existentes en la literatura acerca de esta cuestión. Como objetivo principal del estudio, se plantea identificar si existen diferencias en cuanto a los costes del tratamiento de las heridas crónicas en función de la finalidad del mismo, paliativo o curativo. Como objetivos secundarios: conocer la incidencia/prevalencia de heridas crónicas en una unidad de cuidados paliativos; determinar el coste de los recursos humanos y material de cura empleados en una cura en función de la finalidad del tratamiento, y determinar el coste de los recursos humanos y materiales necesarios para una cura en la UCP y la UCE de la Fundación Instituto San José de Madrid.

Pacientes y métodos

Para la realización del presente estudio se siguió un diseño observacional descriptivo-correlacional longitudinal. Dicho estudio se ha llevado a cabo en las unidades de Cuidados Paliativos (UCP) y de Cuidados Especiales (UCE) de la Fundación Instituto San José de Madrid, donde cada unidad cuenta con 30 camas de hospitalización. La UCE es una unidad donde ingresan pacientes pluripatológicos que requieren cuidados continuados, en su mayoría para curación de heridas crónicas. La UCP es una unidad donde ingresan pacientes con enfermedad terminal, encontrándose en su mayoría en situación de últimos días. Para la obtención de los datos relativos a la incidencia y prevalencia de heridas crónicas en la UCP se han analizado de forma retrospectiva los registros de enfermería de todos los pacientes ingresados en la unidad desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de julio de 2012.

Paralelamente, tanto en la UCP como en la UCE, se llevó a cabo durante el mes de Mayo de 2012 una recogida de datos para la realización del análisis comparativo de costes en función de la finalidad de cura de la herida crónica (HC). Se consideró cura con finalidad curativa, toda la cura con objetivo de actuar para cicatrizar la HC y cura con finalidad paliativa, toda la cura de HC en que se maneja el control de síntomas y complicaciones (exudado, mal olor, infección, sangrado, dolor, prurito, etc.)²¹, siendo dicho tipo de cura muy frecuente en la UCP. Se utilizó como población accesible sin asignación aleatoria aquellos pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión: que se encontraban ingresados en ese momento en las 2 unidades y que eran portadores de por lo menos una herida crónica. Así mismo, se excluyeron aquellos pacientes cuyo tipo de herida no fuera de carácter crónico o aquellos a los que no se les hubiera realizado al menos 5 curas durante el periodo de tiempo elegido.

Las variables del estudio fueron: unidad de ingreso, edad, sexo, número de pacientes con herida crónica, número de heridas crónicas, tipo de herida crónica, procedencia de la herida crónica, finalidad del tratamiento de la herida crónica, número de curas registradas en cada herida, estadio de UPP, material de curas utilizado, coste medio del material utilizado en una cura, coste medio de los recursos humanos en una cura, tiempo medio para realizar una cura y estado de la herida en el momento del alta.

Tras la aprobación por el comité de ética de la presente institución se procedió a la recogida de datos. Los datos fueron recogidos a través de las historias clínicas de cada

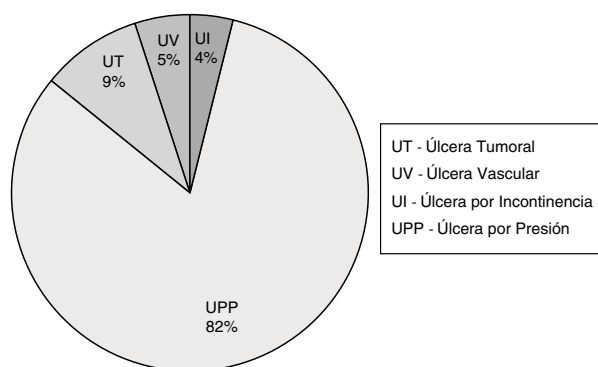


Figura 1 Distribución de los pacientes según tipo de herida crónica al ingreso.

paciente por medio del programa IBM COGNOS CONNECTION 10.1.1. En cuanto al cálculo medio de costes, para los materiales necesarios en las curas, se han utilizado los precios unitarios proporcionados por el servicio de farmacia de la Fundación Instituto San José. En el caso de productos, como las pomadas o los ácidos grasos hiperoxigenados, cuyo envase contiene más de una dosis, se ha calculado previamente el número medio de dosis de cada uno de ellos para poder establecer el coste estimativo de una dosis. El departamento de recursos humanos ha proporcionado el coste enfermero/minuto y auxiliar de enfermería/minuto. El coste medio total de una cura resulta de la suma de los costes medios tanto de material como de recursos humanos empleados. En todo momento se garantizó el anonimato de los pacientes sometidos a estudio.

Los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa SPSS, versión 19.0. El análisis descriptivo se presenta mediante la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se presentan por frecuencias relativas y absolutas. Se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para la comparación de las unidades en estudio, con un nivel de significación estadística, p inferior a 0,05. Las representaciones gráficas fueron desarrolladas en el programa Microsoft Excel 2007.

Resultados

En el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de julio de 2012 ingresaron en la UCP 863 pacientes, de los cuales 494 eran hombres y 369 mujeres (tabla 1). Del total de ingresos, 332 (38,47%) desarrollaron previo al ingreso o una vez en el hospital heridas crónicas (HC) distribuidas de la siguiente manera según su tipología: 295 pacientes con UPP, 16 pacientes con úlcera por incontinencia (UI), 32 pacientes con úlcera tumoral (UT) y 17 con úlcera vascular (UV). Atendiendo a los rangos de edad, las heridas crónicas muestran la siguiente distribución: 2 pacientes con herida crónica tenían menos de 30 años, 26 pacientes tenían entre los 31 y 50 años, 83 pacientes entre los 51 y los 70 años y 221 pacientes tenían más de 70 años (tabla 1). Teniendo en cuenta que algunos pacientes eran poliulcerados (con 2 o más HC), el total de heridas crónicas registradas durante el mismo periodo fue de 529. De ellas, 438 (82,79%) corresponden a UPP, 46 (8,69%) corresponde a UT, 29 (5,48%) fueron UV y 16 (3,02%) corresponden a UI (fig. 1).

Tabla 1 Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos (1 de enero de 2011 a 31 de julio de 2012)

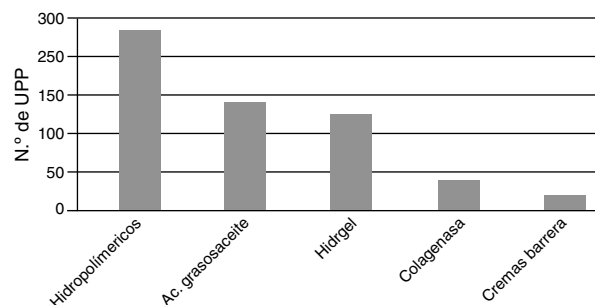
Variable	Categoría	Pacientes con HC	Pacientes sin HC	Total
Sexo ^a	Masculino	193 (22,2%)	302 (35,0%)	494 (57,2%)
	Femenino	140 (16,2%)	229 (36,6%)	369 (42,8%)
Edad ^a	≤ 30 años	2 (0,2%)	-	2 (0,2%)
	31-50 años	26 (3,0%)	27 (31%)	53 (6,1%)
	51-70 años	83 (9,6%)	165 (19,1%)	248 (28,7%)
	> 70 años	221 (25,6%)	339 (39,4%)	560 (65,0%)

^a Valores expresados como frecuencias (porcentajes).

En cuanto a la distribución por estadios de las UPP, el 32,87% fue de estadio I, el 52,73% corresponde al estadio II, un 9,58% era de estadio III y el 4,79% restante corresponde a las de estadio IV. Atendiendo a la procedencia de la misma, el 32,21% (278) de los pacientes ingresaron con una o más UPP mientras que los que desarrollaron úlcera/s una vez ingresados suponen el 3,7% (832 pacientes) del total (tabla 2).

Durante los 19 meses analizados se registraron en las historias clínicas de los pacientes ingresados, 11.713 curas, de las cuales, 8.977 se destinaron a UPP, 1.384 a UT, 1.173 a UV y 179 a UI. En cuanto al estado de la herida crónica en el momento del alta del paciente, los datos demuestran que tan solo se pudieron resolver en su totalidad 51 UPP, 0 UT, 2 UV y 4 UI. Esto supone que el porcentaje total de heridas crónicas cicatrizadas en la UCP es del 10,77%. En lo que se refiere a los productos más utilizados, los apósitos hidropoliméricos lo fueron en las UPP (63,92%) (fig. 2) y los apósitos no adherentes en las UT (56,52%) (fig. 3).

Durante el mes de mayo de 2012, en el que se realizó la recogida de datos, se registraron 36 heridas crónicas en la UCP y 30 en la UCE. En la UCP las heridas se distribuyen de la siguiente manera según su tipología: 25 UPP, 3 UT, 4 UV y 4 UI. En la UCE, se distribuyen entre 29 UPP y 1 UV. La media de

**Figura 2** Material de curas más utilizado en el tratamiento de UPP.

edad para los pacientes con heridas crónicas en la UCP fue de $71,50 \pm 15,60$ años y de $74,83 \pm 16,87$ años para la UCE. En las 66 heridas tratadas, 17 tenían un tratamiento con finalidad paliativa y 49 un tratamiento con finalidad curativa (tabla 3).

Tras la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, agrupando por unidades se obtiene que se dedica más tiempo a las curas en la UCE ($p=0,02$), donde el tiempo medio de una cura es de $9,04 \pm 5,97$ min, siendo en la UCP de $6,28 \pm 3,60$ min. El coste de material de curas utilizado también es más alto en la UCE, $4,56 \pm 1,82$ comparado con la UCP, $2,84 \pm 1,53$ € ($p=0,00$). Sin embargo, no se encuentran diferencias en el coste de recursos humanos entre las 2 unidades ($p=0,90$), una vez que el coste medio de los recursos humanos empleados en la UCP es de $3,13 \pm 2,39$ y de $3,63 \pm 2,28$ € en la UCE. Se han hallado diferencias estadísticas significativas ($p=0,03$) en cuanto a los costes por unidades. El coste medio total de una cura en la UCP

Tabla 2 Distribución de las úlceras por presión por estadios y procedencia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos (1 de enero de 2011 a 31 de julio de 2012)

Úlceras por presión	Procedencia	Frecuencia
Estadio I	Externa/Importada	130
	Intrahospitalaria	14
	Total	144
Estadio II	Externa/Importada	205
	Intrahospitalaria	26
	Total	231
Estadio III	Externa/Importada	41
	Intrahospitalaria	1
	Total	42
Estadio IV	Externa/Importada	20
	Intrahospitalaria	1
	Total	21
Total	Externa/Importada	396
	Intrahospitalaria	42
	Total	438

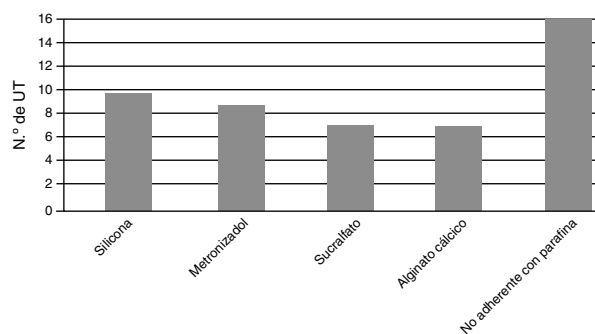
**Figura 3** Material de curas más utilizado en el tratamiento de UT.

Tabla 3 Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes ingresados con heridas crónicas en la unidad de cuidados paliativos y en la unidad de cuidados especiales durante el mes de mayo de 2012

Variable	Categoría	UCP	UCE	Total
Sexo ^a	Masculino	22	16	38
	Femenino	14	14	28
Edad ^b		71,50 ± 15,60	74,83 ± 16,87	73,02 ± 16,15
Herida crónica ^a	Úlcera por presión	25	29	54
	Úlcera tumoral	3	—	3
	Úlcera vascular	4	1	5
	Úlcera por incontinencia	4	—	4
Finalidad de la cura ^a	Paliativa	17	—	17
	Curativa	19	30	49

^a Valores expresados como frecuencias (porcentajes).

^b Valores expresados como media ± desviación estándar.

fue de $5,86 \pm 2,40$ €, siendo la de mayor coste la cura de UT: $9,22 \pm 4,01$ €. En la UCE el coste medio total es de $8,07 \pm 3,77$ €.

En relación con la finalidad de la cura, los resultados obtenidos demuestran lo siguiente: no se han establecido diferencias significativas en cuanto al gasto en recursos humanos ($p = 0,21$). Tampoco en cuanto al tiempo que se precisa para la cura paliativa frente a la curativa ($p = 0,66$) ni del coste final de una cura en función de su finalidad ($p = 0,79$), siendo el coste medio de una cura con finalidad curativa de $7,05 \pm 3,43$ € y el coste medio de una cura con finalidad paliativa de $6,32 \pm 2,75$ €. El coste medio del material de cura si es estadísticamente significativo, siendo mayor en la cura con finalidad curativa que en la paliativa, $p = 0,03$ (tabla 4).

Discusión

El presente estudio fue diseñado para conocer la prevalencia/incidencia de heridas crónicas en una unidad de cuidados paliativos, para determinar el coste de recursos humanos/material de cura empleados en una cura en función de la finalidad (curativa o paliativa) y determinar el coste de recursos humanos/material de cura necesarios para una cura en la Unidad de Cuidados Paliativos y en la Unidad de Cuidados Especiales de la Fundación Instituto San José de Madrid.

A través de los datos que refleja el estudio, confirmamos que en la UCP la prevalencia/incidencia de heridas crónicas

es elevada, siendo más alta en UPP, donde tenemos una prevalencia de 32,21% y una incidencia de 3,7%. Estos resultados pueden ser debidos, entre otras causas, a que un paciente de cuidados paliativos sufre muchas alteraciones a nivel sistémico, como es la perfusión tisular insuficiente, problemas de coagulación, etc., y el hecho de la imposibilidad o no conveniencia, en algunas ocasiones, de realizar cambios posturales por el deterioro evidente del paciente en los últimos días de vida^{13,15}. A través de bibliografía consultada, podemos decir que estos datos están en concordancia con otros obtenidos en estudios realizados en unidades de cuidados paliativos. En 1991, Hanson¹⁶ presentó un estudio en el que se registró una prevalencia de 62,5% de UPP en pacientes terminales en las 2 últimas semanas de vida. Más tarde, en 1995, Bale¹⁷ aportó otra investigación en la que se registró una prevalencia de 24% en pacientes ingresados en las unidades de cuidados paliativos. Más recientemente en Italia, se llevó a cabo un estudio con pacientes oncológicos hospitalizados en cuidados paliativos, donde se obtuvo una prevalencia de UPP de 27% y una incidencia de 6,7%¹⁸. En cuanto a las UT, en nuestro estudio ostentamos una prevalencia de pacientes del 3,7%. En relación con diversos estudios consultados, tenemos una prevalencia más baja, una vez que estos estudios reflejan una prevalencia de 5-10% generalmente en los últimos 6 meses de vida¹⁹. La mayoría de las heridas malignas están asociadas al cáncer de mama, con un rango de incidencia entre el 39 al 62%. Otras localizaciones frecuentes pueden ser cabeza y cuello, 24-33,8%; espalda, tronco o abdomen, 1-3%; ingle o axila, 3-7,4%; genitales, 3-5,1%²⁰⁻²⁴.

Tabla 4 Costes medios en euros (€) por cada cura de heridas crónicas en función de la finalidad de la cura

Variable	Finalidad de la cura	Costes medios (€)	p
Recursos humanos ^a	Curativa	3,13 ± 2,39	0,21
	Paliativa	3,63 ± 2,29	
Material de cura ^a	Curativa	3,94 ± 1,86	0,03*
	Paliativa	2,69 ± 1,34	
Coste total medio ^a	Curativa	7,05 ± 3,43	0,79
	Paliativa	6,32 ± 2,74	

Prueba no paramétrica de Mann-Whitney, estadísticamente significativo * para $p < 0,05$.

^a Valores expresados como frecuencias (porcentajes).

Con los resultados obtenidos en el presente estudio hemos comprobado que los costes medios de una cura de herida crónica fueron significativamente más altos en la UCE. Si analizamos los costes medios de material de curas en función de la finalidad del tratamiento, hemos verificado un coste más elevado en la cura con tratamiento activo. Estos resultados pueden estar relacionados, una vez que, en la UCE, las heridas crónicas incluidas en el estudio fueron todas tratadas con finalidad curativa, siendo en su gran mayoría UPP (97%), donde también se empleó más tiempo de enfermería en cada cura y un mayor coste de material de curas. En la presente unidad se utiliza el método de cura húmeda, en España se calcula un coste total anual estimado del tratamiento de UPP de 461 millones de euros en el caso de utilizar apósitos de cura en ambiente húmeda, a pesar de que los apósitos son más caros, pero tienen sus ventajas (permiten un menor número de cambios, y acortan los tiempos de cicatrización), con lo que los costes globales disminuye de manera significativa. No obstante, si analizamos los costes medios en cada cura, esta es como un 31% más cara respecto al método de cura tradicional⁹. Estos datos justifican de alguna manera los resultados obtenidos en nuestro estudio.

A pesar de que los costes medios en función de la finalidad del tratamiento curativo o paliativo no presenten diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, cuando nos referimos específicamente a una cura de UT (cura paliativa), verificamos que tiene un coste más alto que otra herida crónica. Este resultado se puede relacionar con el hecho de que una UT está acompañada de diferentes síntomas y complicaciones, tales como el exudado, el mal olor, la infección, el sangrado, el dolor o el prurito²³⁻²⁵. En el manejo de los síntomas/complicaciones se utilizan diferentes materiales de cura, como los que se describen en la literatura, la utilización de apósitos no adherentes ha demostrado su eficacia a la hora de disminuir el dolor y el sangrado en el cambio de apósito, de la misma manera que el sucralfato y el metronidazol gel resultan adecuados para disminuir el sangrado silente o el mal olor producido por la infección o el alginato cálcico para la absorción del exceso de exudado²⁶⁻²⁸. Datos que coinciden con los obtenidos en nuestro estudio (fig. 3) lo que conlleva al aumento en los costes medios de cada cura de UT.

A la vista de lo expuesto y conjugándolo con los resultados obtenidos en este estudio en cuanto a incidencia de este tipo de heridas en la población que precisa cuidados paliativos queda más que justificada la necesidad del consumo tanto de recursos humanos como de recursos materiales. Aunque es cierto que los datos económicos arrojados en este estudio son estimativos y parciales, por lo que no pueden ser utilizados para establecer el coste de un episodio completo al no incluir aspectos como la nutrición específica, antibioterapia en caso de infección o prolongación de la estancia hospitalaria como consecuencia directa de la herida crónica, sí que confieren a la tarea del tratamiento y manejo de heridas crónicas la entidad suficiente para que sea tenida en cuenta de forma independiente en futuros trabajos que analicen las cargas de enfermería en la atención a pacientes al final de la vida.

Con el presente estudio hemos podido verificar que, agrupando por unidades, se obtiene que en lo que se refiere a costes totales estimados de una cura, un mayor coste en la

UCE que en la UCP. En relación con la finalidad del tratamiento de la cura, los resultados obtenidos no demuestran diferencias significativas, sin embargo la HC con mayor coste es la cura de UT, la cual fue tratada con tratamiento paliativo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en relación con el artículo y su contenido.

Agradecimientos

A todo el personal de enfermería de las unidades de Cuidados Paliativos y Cuidados Especiales de la Fundación Instituto San José, sin cuya colaboración la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

A la Institución, por las facilidades proporcionadas en cuanto a la accesibilidad de los datos necesarios para completar el estudio.

Bibliografía

1. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*. 1988;1:32-8.
2. Soldevilla-Agreda JJ, Torra-i-Bou J, Verdú-Soriano J, López-Casanova P. 3^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*. 2011;22:77-90.
3. Cullum N, McInnes E, Bell-Syer SE, Legood R. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;4:CD001735.
4. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *J Eval Clin Pract*. 2010;16:50-6.
5. Moore Z, Cowman S, Conroy RM. A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30 degrees tilt, for the prevention of pressure ulcers. *J Clin Nurs*. 2011;20:2633-44.
6. McInerney JA. Reducing hospital-acquired pressure ulcer prevalence through a focused prevention program. *Adv Skin Wound Care*. 2008;21:75-8.

7. Pérez-Velo G. Prevalencia y características de úlceras por presión en un hospital concertado. *Gerokomos*. 2002;13:49–58.
8. Sánchez-Rubio MP, Blanco-Zapata RA, Merino-Corral IC, Arribas-Hernández FJ. Estudio de prevalencia del efecto adverso de úlceras por presión en un hospital de agudos. *Enferm Clin*. 2010;20:355–9.
9. Soldevilla Agreda JJ, Torra Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007;18:201–10.
10. De-la-Torre-Barbero MJ, Turrado-Muñoz MA, Romero-Bravo AM, Aguilera-Peña F, Corrales Mayoral MT, Giráldez-Rodríguez A. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes adultos ingresados en un hospital de tercer nivel. *Evidentia*. 2010;7.
11. House S, Giles T, Whitcomb J. Benchmarking to the international pressure ulcer prevalence survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38:254–9.
12. Keelaghan E, Margolis D, Zhan M, Baumgarten M. Prevalence of pressure ulcers on hospital admission among nursing home residents transferred to the hospital. *Wound Repair Regen*. 2008;16:331–6.
13. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med*. 2010;24:669–73.
14. Maida V, Lau F, Downing M, Yang J. Correlation between Braden Scale and Palliative Performance Scale in advanced illness. *Int Wound J*. 2008;5:585–90.
15. Langemo DK, Brown G. Clinical concepts. Skin fails too: Acute, chronic, and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19:206–11.
16. Stephen-Haynes J. Pressure ulceration and palliative care: Prevention, treatment, policy and outcomes. *Int J Palliat Nurs*. 2012;18:9–16.
17. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int J Palliat Nurs*. 2002;8:214–21.
18. Reifsnnyder J, Magee HS. Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. *Wounds*. 2005;17:74–9.
19. Haisfield-Wolfe M, Rund C. Malignant cutaneous wounds: A management protocol. *Ostomy Wound Manage*. 1997;43:56.
20. Naylor W. Malignant wounds: Aetiology and principles of management. *Nurs Stand*. 2002;16:45–53.
21. Collier M. The assessment of patients with malignant fungating wounds—a holistic approach: Part 1. *Nurs Times*. 1997;93, suppl 1-4.
22. Wilkes L, White K, Smeal T, Beale B. Malignant wound management: What dressings do nurses use? *J Wound Care*. 2001;10:65–9.
23. Naylor WA. A guide to wound management in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2005;11, 572, 574-9; discussion 579.
24. McDonald A, Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Palliat Med*. 2006;9:285–95.
25. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J*. 2010;7:214–35.
26. Newbury J, de Leeuw W, Newton C. What do community palliative care nurse specialists do? An activity analysis. *Int J Palliat Nurs*. 2008;14:264.
27. Weber M, Grohmann L. Time expenditure in patient-related care provided by specialist palliative care nurses in a community hospice service. *Palliat Med*. 2004;18:719–26.
28. Skilbeck J, Seymour J. Meeting complex needs: An analysis of Macmillan nurses' work with patients. *Int J Palliat Nurs*. 2002;8:574–82.