

Rafael Toro Flores

Enfermero. Licenciado en Derecho. Doctor por la Universidad de Alcalá. Profesor Honorífico del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España.

Correo electrónico: rafael.toro@uah.es.

Recibido el 4 de marzo de 2025; aceptado el 10 de marzo de 2025.

Impacto del cambio de paradigma en las lesiones por presión

Impact of the paradigm shift on pressure injuries

DOI: S1134-928X2025000400011

RESUMEN

Objetivos: Analizar el impacto del cambio de paradigma que ha supuesto la transición del término “úlcera por presión” a “lesión por presión” y su reconocimiento como efecto adverso que afecta a la seguridad del paciente, y examinar las implicaciones éticas y jurídicas para los profesionales sanitarios derivadas de este cambio de paradigma.

Metodología: Análisis teórico fundamentado en los resultados obtenidos a partir de una revisión de la literatura científica, leyes y jurisprudencia relacionadas con las lesiones por presión. **Resultados:** Se han identificado 5 áreas temáticas principales: el desarrollo de los derechos de los pacientes, la consideración de las lesiones por presión como eventos adversos, la relevancia del cambio de denominación a lesiones por presión, el cambio de paradigma que abandona la idea de considerar estas lesiones como “lesiones inevitables” y las implicaciones éticas y jurídicas para los profesionales sanitarios derivadas de este cambio de paradigma. **Conclusiones:** El desarrollo de los derechos de los pacientes, la consideración de las lesiones por presión como eventos adversos prevenibles, y el cambio de denominación a lesiones por presión han supuesto una transformación del paradigma relacionado con las lesiones por presión con importantes implicaciones éticas y jurídicas para los profesionales sanitarios responsables del cuidado de estas lesiones.

PALABRAS CLAVE: Lesiones por presión, úlceras por presión, derechos de los pacientes, evento adverso, cambio de paradigma, responsabilidad profesional.

ABSTRACT

Objectives: To analyse the impact of the paradigm shift from the term “pressure ulcer” to “pressure injury” and its recognition as an adverse effect affecting patient safety, and to examine the ethical and legal implications for healthcare professionals arising from this paradigm shift.

Methodology: A theoretical analysis based on the results obtained from a review of the scientific literature, laws and jurisprudence related to pressure injuries. **Results:** Five main areas thematic were identified: the development of patients' rights, the consideration of pressure injuries as adverse events, the relevance of the name change to pressure injuries, the paradigm shift away from considering these wound as “unavoidable ulcers” and the ethical and legal implications for healthcare professionals arising from this paradigm shift. **Conclusions:** The development of patients' rights, the consideration of pressure injuries as preventable adverse events, and the change of denomination to pressure related pressure injuries have meant a transformation of the paradigm with important ethical and legal implications for healthcare professionals responsible for the care of these injuries.

KEYWORDS: Pressure injuries, pressure ulcers, patient rights, adverse events, paradigm shift, professional liability.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión (LPP) han acompañado al ser humano desde el inicio de su existencia. A lo largo de los siglos han recibido distintos nombres: “llagas” en el Medievo, “úlceras de cama” en el siglo XVI, “gangrena por decubitus” en el siglo XVIII, “decubitus” o “úlceras de decúbito” en el siglo XIX y comienzos del XX¹. Estas denominaciones compartían la creencia de la inevitabilidad de la lesión debido a factores como la edad avanzada y la inmovilidad, siendo ser calificadas como un “mal menor” y “heridas de segunda clase”².

A partir del siglo XX se produce un cambio en la apreciación de la inevitabilidad. P. Hibbs describió las úlceras por presión como “una epidemia

“bajo las sábanas”, señalando que el 95% de los casos podían prevenirse con buenos cuidados². Aunque la denominación sigue cambiando, apareciendo términos como “heridas crónicas” y “lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia”^{3,4}, ahora prevalece la idea de que este problema se puede evitar actuando sobre los factores de riesgo que causan estas lesiones. Esta percepción de previsibilidad ha llevado a considerar a las LPP como eventos adversos (EA) que afectan a la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que este problema “incide enormemente en la calidad de vida y en la salud mental y física de las personas” y que, si no se trata con rapidez, puede tener consecuencias mortales⁵.

En el año 2016, la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) acordó el cambio del término “úlcera” por el de “lesión”, entendiendo

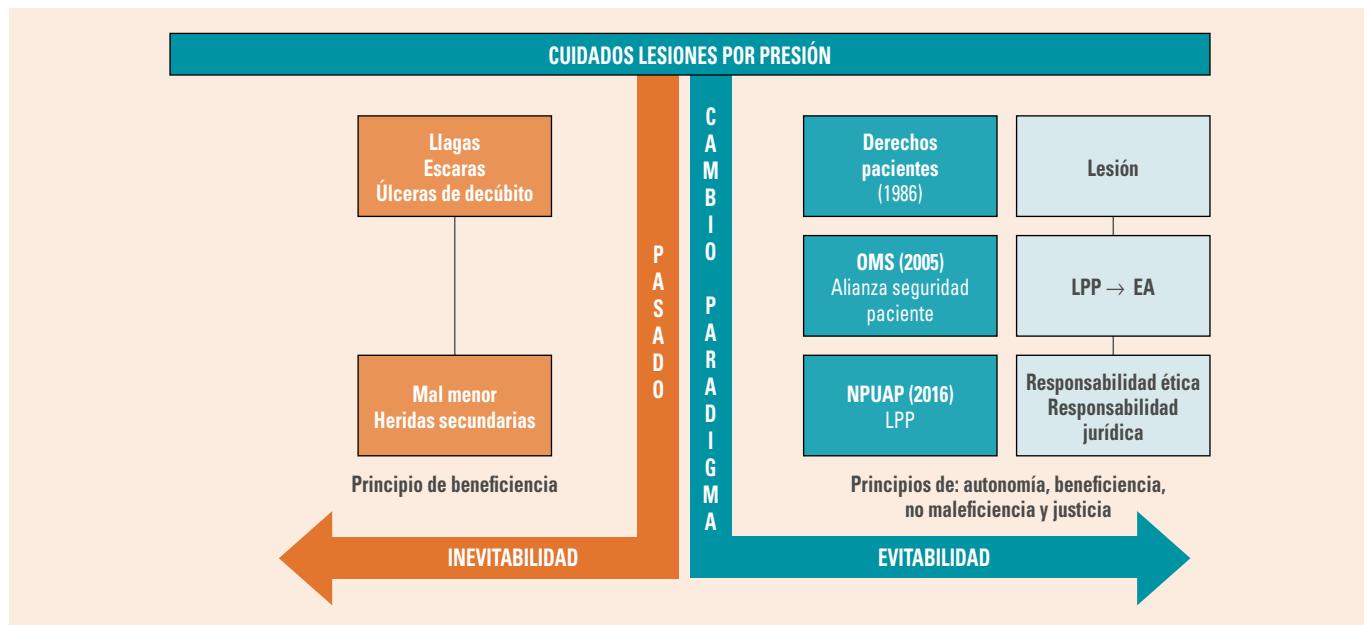


Figura 1. Impacto del cambio de paradigma en las lesiones por presión (LPP).

EA: efectos adversos; NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel; OMS: Organización Mundial de la Salud.

que esta expresión reflejaba mejor la variedad de daños causados por la presión prolongada. Este cambio generó controversias que se tratarán más adelante⁶.

Para concluir esta evolución histórica sobre las denominaciones de las LPP y su evitabilidad, hay que señalar la existencia de un nuevo marco conceptual que incluye las “Lesiones cutáneas por compromiso vital grave”. Estas lesiones no serían evitables con las medidas preventivas habituales porque son una manifestación del estado de gravedad del enfermo⁴.

A medida que evolucionaba la denominación de LPP, también se producía un cambio en la relación clínica. Se ha pasado de un paternalismo beneficente ejercido por los profesionales sanitarios, a un predominio de la autonomía del paciente caracterizado por el derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud⁷.

Conocer el contexto en el que se desarrolla el concepto de LPP es esencial para apreciar la evolución de los enfoques en el cuidado de estas lesiones, especialmente en lo que respecta a su evitabilidad. Este conocimiento ha facilitado la mejora de la práctica clínica y el desarrollo de nuevos marcos conceptuales, incorporando términos más precisos y completos. Asimismo, esta comprensión permite identificar los desafíos y controversias surgidos, así como las razones detrás de los cambios conceptuales y sus implicaciones éticas y legales.

OBJETIVOS

1. Analizar el impacto del cambio de paradigma que ha supuesto la transición del término “úlcera por presión” a “lesión por presión” y su reconocimiento como EA que afecta a la seguridad del paciente.
2. Identificar las implicaciones éticas y jurídicas para los profesionales sanitarios derivadas del cambio de paradigma asociado al concepto de lesión por presión.

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos establecidos, se ha realizado un análisis teórico fundamentado en los resultados obtenidos a partir de la investigación bibliográfica. Esta investigación examina tanto la literatura científica como las leyes y jurisprudencia relacionadas con las LPP, con el propósito de ofrecer una perspectiva actualizada sobre el tema de estudio.

RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos del estudio en la revisión bibliográfica, se han identificado 5 áreas temáticas (fig. 1):

- Establecimiento de los derechos de los pacientes.
- Consideración de las LPP como EA que afectan a la seguridad del paciente.
- Relevancia del cambio de término “úlcera por presión” por “lesión por presión”.
- Cambio de paradigma que abandona la idea de considerar las LPP como “lesiones inevitables”.
- Implicaciones éticas y jurídicas relacionadas con el cambio de paradigma en la atención global de lesiones por presión.

DISCUSIÓN

En este apartado se interpretan los resultados destacando los aspectos más novedosos y relevantes, comparándolos con los hallazgos de otros estudios.

Establecimiento de los derechos de los pacientes

El desarrollo de los derechos de los pacientes ha sido largo y complejo, e influenciado por factores históricos, sociales y legales. El primer punto de

referencia se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que en su artículo 25 reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”.

La primera carta que reconoce formalmente los derechos de los pacientes fue “A Patient’s Bill of Rights” de la American Hospital Association en 1972, que contemplaba el derecho del enfermo a recibir información clínica completa y a decidir sobre su propia salud. En Europa, en 1994 aparece la “Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa”, que culminará con la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (Roma, 2002).

En España, la primera carta de derechos de los pacientes aparece en la Ley General de Sanidad (1986). En el año 2000, España ratificó el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, y posteriormente se publicó la Ley Básica de Autonomía del Paciente, que regulaba los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales sanitarios en cuanto a autonomía, información y documentación clínica. Basándose en esta ley, diversas comunidades autónomas han legislado sobre los derechos y deberes en relación con la salud⁸.

Los derechos de los pacientes garantizan un trato justo y respetuoso, promoviendo la transparencia y la autonomía en la atención sanitaria. Son derechos subjetivos que pueden reclamarse ante la administración y los tribunales. Incluyen el derecho a reclamar y recibir compensación por daños o perjuicios ocasionados por negligencias o errores médicos.

En resumen, “el enfermo ha dejado de ser paciente (es decir, pasivo) para pasar a ser agente” que toma decisiones sobre su salud⁷.

Consideración de las lesiones por presión como evento adverso

Las LPP deben considerarse un EA que impacta en la seguridad del paciente. Un EA se define como “un accidente imprevisto e inesperado que causa lesión, incapacidad, prolongación de la estancia o fallecimiento, derivado de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad del paciente”⁹. Los EA están relacionados con la seguridad del paciente, definida por la OMS como “la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción del riesgo de causarles daños innecesarios durante la atención sanitaria”⁵.

Florence Nightingale, en 1863, en su libro *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*, ya hacía referencia a la importancia de que en los hospitales no se causara daño al enfermo. En 1999, el informe “To err is human. Building a Safer Health System” del Instituto de Medicina de Estados Unidos estimó que los errores médicos causaban entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, además de las consiguientes lesiones y discapacidades. Este estudio supuso un antes y un después en relación con la seguridad del paciente¹⁰.

En 2005, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el lema “ante todo, no hacer daño”. La OMS reconoce que las LPP son una causa común de daño en los pacientes, afectando a 1 de cada 10 ingresados en hospitales, y las califica como EA prevenibles¹⁰. Desde 2002, el National Quality Forum de Estados Unidos considera las LPP de categorías III y IV como EA graves, identificables y prevenibles, definiéndolos como *never events*, es decir, eventos que nunca deberían ocurrir¹¹.

En España, diversos informes sobre seguridad del paciente incluyen a las LPP como EA ligados a los cuidados prestados o a su ausencia. El estudio ENEAS (2005) sitúa las LPP en primer lugar entre los EA relacionados con los cuidados. El estudio EARCAS (2011) también relaciona la aparición de LPP con los cuidados prestados o su falta^{9,12,13}. En este sentido, la Declaración de Río de Janeiro (2011) identifica las LPP como EA señalando que “suponen una amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes”¹⁴.

Relevancia del cambio de término “úlcera por presión” por “lesión por presión”

La conferencia de la NPUAP (2016) aprobó un nuevo sistema de estadificación que incluía el término “lesión” en lugar de “úlcera”, por considerarlo más inclusivo para definir todas las lesiones causadas por la presión⁶. Esta nueva denominación fue adoptada también por la Pan Pacific Pressure Injury Alliance y el European Pressure Ulcer Advisory Panel en Europa¹⁵. Sin embargo, el cambio no fue pacífico debido a la controversia generada por el término “lesión” (*injury*). J.E. Schank criticó este cambio señalando que los demandantes intentarían vincular las LPP con el maltrato en ancianos para así aumentar la cuantía de las indemnizaciones; así, el término “lesión” criminalizaba la aparición de estas heridas, lo que podría llevar a un aumento de demandas^{16,17}. La NPUAP respondió a estas críticas aclarando que la aparición de una LPP no implica culpa del profesional sanitario, que algunas LPP son inevitables pese a proporcionar buenos cuidados, y que las LPP de tejido profundo pueden evolucionar negativamente a pesar de ofrecer cuidados de calidad¹⁸. En consonancia con lo expuesto en el año 2019, la NPUAP cambió su nombre a National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP)¹⁹.

A pesar de las críticas señaladas, encuestas realizadas en países como Canadá, Filipinas y la región del Golfo de Asia Occidental mostraron un alto porcentaje de acuerdo con los cambios realizados por la conferencia²⁰⁻²².

En España, el término “lesiones por presión” fue adoptado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), apareciendo como tal en diversas guías de cuidados²³. También la guía de prescripción enfermera de heridas, elaborada por el Ministerio de Sanidad, incluye las LPP dentro de las heridas crónicas relacionadas con el dolor²⁴.

Cambio de paradigma. Abandono de la idea de considerar las lesiones por presión como inevitables

T. Kuhn sostiene que los avances en la ciencia no se producen linealmente, sino mediante cambios radicales en los paradigmas que guían la comprensión científica. Un cambio de paradigma implica una transformación fundamental en la comprensión o el abordaje de un concepto, teoría o práctica²⁵.

Esta transformación ha ocurrido con las LPP, ahora tienen la consideración de lesiones identificadas como EA prevenibles en gran medida. El nuevo enfoque tiene importantes implicaciones en el ámbito de la salud, ya que su evitabilidad genera mayor responsabilidad en los profesionales que cuidan y tratan este tipo de heridas. Diversos trabajos mencionan la tendencia de los pacientes a atribuir la aparición de las LPP a “profesionales que no han hecho bien su trabajo”^{8,26,27}. Las LPP son un indicador de posibles negligencias en el cuidado y, en personas dependientes, podrían constituir una forma de maltrato relacionado con la calidad de los cuidados prestados²⁸.

La complejidad biológica de las LPP hace que el análisis medicolegal sea complicado, así, a pesar de lo expuesto anteriormente, existe un grupo de LPP que no son evitables, entre ellas se encuentran las úlceras terminales de Kennedy y las lesiones cutáneas por compromiso vital grave, que como ya se dijo, no se pueden evitar con medidas preventivas habituales debido al estado crítico del paciente. En estos casos, para excluir eventuales responsabilidades, es fundamental demostrar la idoneidad de la atención proporcionada^{4,29}.

En síntesis, se ha pasado de un modelo que consideraba las LPP como patologías inevitables relacionadas con la enfermedad y el estado del pa-

ciente, a un nuevo modelo que las considera EA vinculados a la calidad de los cuidados recibidos por el paciente.

Implicaciones éticas y jurídicas relacionadas con el cambio de paradigma en la atención global de lesiones por presión

Como se ha señalado, la mayoría de las LPP son prevenibles y deben considerarse EA evitables. En este cambio de paradigma destaca la importancia de la prevención y los cuidados adecuados, con importantes implicaciones éticas y jurídicas para los profesionales de salud y las instituciones sanitarias.

Implicaciones éticas relacionadas con el cambio de paradigma

La bioética siempre ha centrado su atención en las personas vulnerables que requieren cuidados. El cuidado es el bien interno de la enfermería, convirtiéndolo en una práctica moral. Por lo tanto, los cuidados deben proporcionarse de manera justa, respetuosa y responsable³⁰.

Tradicionalmente, el cuidado de las LPP se ha basado en el principio ético de beneficencia, que exige actuar en el mejor interés del paciente promoviendo su bienestar y salud. Con el cambio de paradigma, a este principio se le añaden los principios de autonomía, no maleficencia y justicia. Ahora, según el principio de autonomía, el paciente decide sobre su propio bienestar a partir de la información recibida. El reconocimiento de las LPP como EA, es decir, evitables en muchas ocasiones, enfatiza la importancia del principio de no maleficencia, que obliga a evitar acciones perjudiciales y a minimizar los riesgos. En caso de aparición de daño o perjuicio para el paciente, el principio de beneficencia obliga a su reparación. Finalmente, el principio de justicia alude a la equidad en la distribución de recursos y al trato no discriminatorio de los pacientes, además se relaciona también con la necesidad de controlar el gasto que supone la aparición de LPP. Los principios de no maleficencia y justicia constituyen el mínimo moral y son absolutos, sin excepciones³¹.

El cumplimiento de estos principios garantiza cuidados respetuosos, justos y centrados en el paciente, asegurando una atención de calidad que respeta la dignidad y los derechos del paciente.

Implicaciones jurídicas relacionadas con el cambio de paradigma

La Constitución Española reconoce el derecho fundamental a la integridad física y moral de la persona y a la protección de la salud, que son derechos, qué duda cabe, vinculados a la atención sanitaria.

El DRAE define “lesión” como un “daño o detrimiento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad”³². Desde el punto de vista jurídico, el daño ha sido definido como “el menoscabo que soporta una persona, en su vida e integridad física, como ser humano (daño personal) o en el patrimonio del que es titular (daño material) o en su espíritu (daño moral)”³³. En este sentido, el Código Civil en su artículo 1902 señala que “El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”, siendo este el fundamento jurídico de la responsabilidad objetiva.

En relación con las LPP, el daño sufrido por el paciente puede relacionarse con los cuidados y la atención prestada. F. Nightingale en 1850 señalaba que “si un paciente tiene frío... o tiene una escara, la culpa generalmente no es de la enfermedad, sino de la enfermera”. Carol Dealey

en 1994 afirmaba que “un mal cuidado de enfermería sería la causa de las úlceras por presión (LPP)”³⁴. Diversos estudios recientes relacionan las LPP con los cuidados prestados o la falta de ellos^{9,12,13}.

La Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias establece que las enfermeras deben “dirigir, evaluar y prestar cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”³⁵. Los propios tribunales han señalado que “los cuidados de las úlceras deben ser prestados por enfermería”³⁶.

La obligación del cuidado de la enfermera es una obligación de medios. No se trata de evitar en todo caso la aparición de la lesión, sino de proporcionar al paciente los cuidados necesarios basados en la “lex artis ad hoc”, es decir, los conocimiento, reglas y técnicas propias de la enfermería³⁷. Así, la enfermera cumple con la “lex artis” cuando respeta los derechos del paciente, registra su actividad, mantiene actualizados sus conocimientos y realiza intervenciones basadas en la evidencia científica disponible.

La vulneración de la “lex artis” genera responsabilidad jurídica, pero deben darse los siguientes requisitos: existencia de una acción u omisión del profesional sanitario que provoca un daño demostrable en el paciente, presencia de una relación de causalidad entre la acción y el daño producido, que la acción u omisión lesionen un bien jurídico (salud del paciente) y que el daño se haya producido por una imprudencia, negligencia o falta de habilidad, destreza o conocimientos del profesional para realizar una tarea adecuadamente (impericia)³⁸.

Las jurisdicciones competentes para reclamar responsabilidad jurídica son la civil, penal y contencioso-administrativa. En España, la mayoría de las denuncias se presentan en la vía contencioso-administrativa, adecuada para reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la administración por el funcionamiento anormal de un servicio público. Entre los años 2007 y 2017, hubo 22 sentencias relacionadas con LPP, de las que 17 correspondían a la vía contencioso-administrativa con 7 demandas estimadas y 5 a la vía penal con 3 sentencias estimatorias³⁷.

Limitaciones

Las limitaciones de este trabajo son las propias de las revisiones narrativas: la existencia de un posible sesgo del autor en la interpretación de los resultados, la falta de exhaustividad al no seguir un método estructurado en la selección de estudios y la heterogeneidad de los estudios seleccionados, lo que puede dificultar la reproducción de los resultados.

CONCLUSIONES

El desarrollo de los derechos de los pacientes, la consideración de las LPP como EA mayormente prevenibles, y el cambio de denominación a lesiones por presión, han supuesto una transformación del paradigma de los valores y comportamientos relacionados con el cuidado de estas lesiones.

Esta transformación tiene importantes implicaciones éticas, destacando el fortalecimiento de la autonomía del paciente y la aplicación práctica de los principios de no maleficencia y justicia. Además, estos cambios han repercutido en la configuración de la responsabilidad jurídica en la atención de estas heridas. Así, los profesionales sanitarios tienen una obligación de medios que requiere la observancia de la “lex artis ad hoc” para evitar posibles demandas relacionadas con el cuidado de las LPP ■

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda J, López Casanova P, et al. Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las ulceras por presión. *Gerokomos*. 2017;28:151-7.
2. Blasco S, Delgado JA. Pacientes con lesiones por presión, pacientes de segunda. Una pequeña reflexión. *Gerokomos*. 2023;34:154-5.
3. García-Fernández FP, Soldevilla JJ, Verdú J, Pancorbo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *J Nurs Schol*. 2014;46:28-38.
4. García-Fernández FP, Rodríguez-Palma M, Soldevilla JJ, Verdú J, Pancorbo PL. Modelo teórico y marcos conceptuales de las lesiones por presión y otras heridas crónicas. Historia y desarrollo. *Gerokomos*. 2022;33:105-10.
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. NPUAP; 2017. Disponible en: <https://www.sou-thampton.ac.uk/mdvsn/news/2016/05/npuap-announces-changes-in-terminology.page#:~:text=The%20change%20in%20terminology%20more,other%20stages%20described%20open%20ulcers>
7. Gómez-Ullate S. Historia de los derechos de los pacientes. *Rev Derecho UNED*. 2014;15:261-91.
8. 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 núm. 274 (15-11-2002).
9. Aranaz JM, Aíbar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human. Building a safer Heath System*. Washington DC: National Academy Press; 1999.
11. Torra JE, Verdú J, Sarabia R, Paras P, Soldevilla JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016;27:161-7.
12. Aranaz JM, Aíbar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D, Terol E, et al. Estudio sobre seguridad del paciente en Atención Primaria de Salud (APEAS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
13. Aíbar-Rebón C. Estudio sobre la Atención a las Residencias y Centros Asistenciales de Media y Larga Estancia (EARCAS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
14. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de la Úlceras por Presión (GNEAUPP). Declaración de Río de Janeiro sobre Prevención de las Úlceras por presión como Derecho Universal. Logroño: GNEAUPP; 2011. Disponible en: <https://gneaupp.info/declaracion-rio-de-janeiro/>
15. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43:585-97.
16. Schank JE. The NPUAP Meeting - This was No Consensus Conference. *J Am Coll Clin Wound Spec*. 2016;7:19-24.
17. Schank, J. Guest editorial: changing pressure ulcer terms: consensus or conspiracy. *Ostomy Wound Manage*. 2016;62:6-7.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Position Statement on Staging – 2017 Clarifications. NPUAP; 2017. Disponible en: https://cdn.yaws.com/npuap.site-ym.com/resource/resmgr/position_statements/npuap-position-statement-on-.pdf
19. National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). NPUAP Name Change Announcement. NPIAP; 2019. Disponible en: <http://npiap.com/news/477287/NPUAP-Name-Change-Announcement-.htm>
20. Ayello EA, Delmore B, Smart H, Sibbald RG. Survey results from the Philippines: NPUAP changes in pressure injury terminology and definitions. *Adv Skin Wound Care*. 2018;31:601-6.
21. Ayello EA, Lobo GM, Sibbald RG. Survey results from Canada and some Latin America countries: 2016 National Pressure Ulcer Advisory Panel changes in terminology and definitions. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30:71-6.
22. Delmore B, Ayello EA, Smart H, Tariq G, Sibbald RG. Survey results from the Gulf Region: NPUAP changes in pressure injury terminology and definitions. *Adv Skin Wound Care*. 2019;32:131-8.
23. García-Molina P, Bargas M, Ferrá MA, Ballequer E, Mora IM, Avilés JM, et al. Qué no hacer en lesiones por presión en pediatría y neonatología: Recomendaciones basadas en la evidencia. Serie de Documento Técnico GNEAUPP Nº XV. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2021.
24. Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras-os de: Heridas. B.O. Núm. 286 (29-10-2020)
25. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press; 1962.
26. Gibelli F, Bajaj P, Sirignano A, Ricci G. Pressure ulcers from the medico-legal perspective: A case report and literature review. *Healthcare*. 2022;10:1426.
27. Martín-Muñoz B. Responsabilizo a los profesionales que no han hecho bien su trabajo. *Index Enferm*. 2019;28:66-9.
28. Sharp CA, Schulz Moore JS, McLaws ML. The Coroner's role in the prevention of elder abuse: A study of Australian Coroner's Court cases involving pressure ulcers in elders. *J Law Med*. 2018;26:494-509.
29. Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM, Posthauer ME, Goldberg M. Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41:313-34.
30. Feito Grande L. Ética y Enfermería. Madrid: San Pablo. Universidad de Comillas; 2009.
31. Zábal J, Torra JE, Sarabia R, Soldevilla JJ. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. *Gerokomos*. 2011;22:184-90.
32. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.º ed. [versión 23.8 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
33. Salvatierra Ossorio D. El daño derivado de la responsabilidad profesional. La Ley 2017; nº 132. Disponible en: <https://laleydigital.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAEAMtMSbf1CTEAiINTQowlY7Wy1KLzPw8WymD-Q3MDcyMLkEBmWqVLfnJlZUGqbVpiTnEqABb1VYs1AAAWEK>
34. Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología: Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Tesis doctoral. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
35. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280 (22-11-2003).
36. Audiencia Provincial de Álava (Sección 2.º). Sentencia núm. 53/2002 de 4 marzo. Roj: SAP VI 124/2002 - ECLI:ES: APVI: 2002:124. Id Cendoj: 01059370022002100156. Disponible en: SAP VI 124/2002 - ECLI:ES: APVI: 2002:124 - Poder Judicial
37. Casado-Verdejo I, Tardío R, Sánchez-Valdeón L, Muñoz-Bermejo L, Postigo-Gallego F, Postigo-Mota S. Responsabilidad profesional en el manejo de úlceras por presión: análisis de la jurisprudencia. *Metas Enferm*. 2020;23:71-76.
38. Díaz-Ambroña Bardají MD. La responsabilidad civil del profesional sanitario. En: Hidalgo Cerezo A, editor. Los profesionales de enfermería ante la ley. Madrid: Díaz-Santos; 2018. p. 159-68.