

Reporte de Caso – Case Report

Úlceras por presión y la ética del cuidado: a propósito de un caso

J. M. Leyva-Moral

Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Barcelona, España.

Resumen

Este artículo presenta el caso de una anciana de 96 años de edad, afecta de demencia tipo Alzheimer fase IV en fase terminal, que presenta grandes úlceras por presión. Se analizan los aspectos éticos por los que los profesionales de la salud al cargo de la paciente tuvieron que hacer frente. Asimismo, este trabajo pretende abrir un espacio a la reflexión en lo que a cuidados a la persona terminal se refiere.

Palabras claves: ética, úlceras por presión, paliativos, geriatría. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2007; 38(Suppl 1):8-11.

Introducción

Cuidar a una persona en su etapa final de la vida no es tarea fácil ya que además de los cuidados propios que deben ofrecerse a la persona por su enfermedad, se añaden una serie de aspectos éticos y emocionales importantes. Desde hace ya varios años se habla de la ética del cuidado y muchas enfermeras y otros profesionales de la salud están formándose en ello para evitar situaciones comprometidas a la par que ineficaces.

Es bien sabido que la persona moribunda sufre un riesgo muy elevado de presentar Úlceras por Presión (UPP) y corresponde los profesionales de la salud, muy en especial a la enfermera, diseñar un plan de cuidados que gestione la aparición de dicho fenómeno, respetando los principios éticos fundamentales del arte del cuidado.

No obstante, la prevalencia de UPP en España es más que considerable y, peor, aun se observan casos de encarnizamiento terapéutico en pacientes terminales.

Este comportamiento incluye el conjunto de prácticas que los profesionales de la salud aplican a los pacientes con la intención de curar o diagnosticar, y que lejos de obtener beneficio alguno, sólo producen dolor y sufrimiento innecesario al paciente terminal.

Las UPP son lesiones que afectan de forma local a la piel y tejido subyacente originadas por la presión, las fuerzas de cizallamiento, la fricción o una combinación de todas ellas.¹

Se calcula que el 95% de las UPP son potencialmente evitables, por lo que la aparición de UPP se relaciona directamente con la calidad de cuidados prestados; consecuentemente la incidencia de UPP se utiliza como un indicador de la calidad de los cuidados prestados.^{2,3}

Las evidencias sugieren que las UPP pueden crear importantes conflictos éticos y legales a los propios profesionales, las instituciones sanitarias y a sus gestores⁴ además de aumentar de forma considerable el gasto sanitario.^{5,6}

El Primer Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España sitúa la prevalencia media de UPP en un 8,3% para pacientes de atención domiciliaria, 8,8% en unidades de hospital y un 7,6% para los centros sociosanitarios.⁷ Leyva y Mata sugieren que en Barcelona (España) la prevalencia de UPP en residencias geriátricas es del 27,17%.⁸

El objetivo de este trabajo es analizar los aspectos éticos del cuidado de una paciente anciana terminal que presenta importantes úlceras por presión así como crear un espacio para la reflexión.

Reporte de Caso

Se presenta el caso de una anciana de 96 años de edad afecta de demencia tipo Alzheimer grado IV en fase terminal. La paciente se encuentra en una residencia geriátrica asistida situada en el centro de la ciudad de Barcelona (España) y el equipo cuidador solicitó ayuda al Centro de Atención Primaria de zona para la conducción del caso. A la llegada de la enfermera (nótese que el profesional de enfermería al que se hace referencia fue el propio autor el trabajo) a la residencia se encuentra a la anciana en posición fetal, con doble incontinencia, con claros signos de desnutrición, completa desorientación temporo-espacial, disnea con rano, bradicardia e hipotensión. El tratamiento farmacológico había sido suspendido por el médico de la residencia tras previo acuerdo con la familia de la paciente. Sólo se conservó la pauta de analgesia (Paracetamol 1g vía oral/8h). Asimismo la paciente presentaba gran UPP estadio IV en zona troncanterea izquierda, de aproximadamente 8x5cm completamente necrosada, maloliente y con claros signos de infección. Además, la paciente presenta otra UPP satélite de unos 3x3 estadio II completamente esfacelada (ver Figura 1). Casi todo el resto de puntos de presión presentaban UPP estadio I.

Figura 1. Aspecto inicial de la UPP.



Los cuidados a la paciente son llevados a cabo por una auxiliar de geriatría a jornada completa y una enfermera titulada a jornada completa. En la residencia trabaja un médico

internista 3 horas todas las tardes. La familia acude a verla a diario y se encuentra en fase de negación-negociación.

Dada la situación de la paciente, se solicitó al geriatra una pauta de analgesia, apropiada para la situación y la hidratación vía subcutánea. Se estableció una reunión con los familiares de la paciente para analizar el caso. Los familiares aceptaban la retirada de la medicación excepto la analgesia, pero se mostraban reticentes a optar por medidas paliativas en referencia a las UPP. También aceptaban la no colocación de sonda nasogástrica pero insistían en que debíamos hacer respecto a las UPP amenazando con tomar medidas legales si no obedecíamos. Uno de los familiares afirmó entre llantos: "¿Cómo vais a dejar que mi tía se muera con esas llagas y ese pestazo? ¡por lo menos arreglad eso, ¿no?!".

Tras discutir el caso con el comité ético del Centro de Atención Primaria se decidió optar por preparar la herida para realizar un desbridamiento cortante (Figura 2) mas colagenasa. En 7 días fue posible, bajo anestesia tópica, retirar la placa necrótica por completo dejando a la vista una UPP de gran profundidad, con colección purulenta y comunicada con la UPP satélite (Figura 3).

Figura 2. Aspecto inicial tras 7 aplicación de colagenasa.



Al mismo tiempo se continuó trabajando la aceptación del caso con la familia y una vez la placa necrótica estuvo retirada y la olor controlada, aceptaron aplicar tñ solo medidas de confort a la paciente. Se aplicó un

apósito de gasa con Sulfadiazina Argéntica para controlar la olor (y el gasto sanitario), cambiando el apósito cada 24-48 horas. Pasados 22 días la paciente falleció sin dolor, acompañada de sus familiares. Pocos días después, tras contacto telefónico con uno de los familiares, agradecía el haber respetado sus emociones y miedos en referencia a los cuidados de su tía.

Figura 3. Aspecto de la UPP tras desbridamiento cortante.



Discusión

Según el Subcomité de Ética y Humanismo de la Asociación Americana de Neurología, los médicos tienen la obligación ética de ayudar a la defensa de la vida; no obstante, en aquellas sucesos clínicos cuyo pronóstico sea negativo, deberá evaluarse minuciosamente esta obligación ética en el contexto de otras formas de tratamiento médico con respecto a la autonomía del paciente, beneficios y límites del tratamiento y alivio del sufrimiento. Este caso pone sobre la mesa que en cuidados paliativos, en muchas ocasiones, se contraponen varios principios éticos. Dichos principios éticos son: el principio de justicia, el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia y el principio de autonomía.⁹

Los principios de no maleficencia y de justicia tienen carácter público, y establecen nuestros deberes como profesionales para todos los seres humanos, tanto en los aspectos biológicos (principio de no maleficencia) como en los de la vida social (principio de justicia). Estos dos principios se conocen como la “ética de los mínimos”. Los

principios de autonomía y beneficencia hacen referencia al espacio privado de cada persona, que ésta puede y debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Estos dos principios se describen como la “ética de máximos”.¹⁰

En este caso, la paciente no había dejado ningún documento de voluntades anticipadas, por lo que debíamos actuar según nuestro criterio y las exigencias de la familia. Se nos planteaba un dilema ético al encontrarnos con la petición familiar de intervenir en la UPP que, para el equipo de salud, era obvio que no debíamos manipular la UPP más allá de la cura tópica. No obstante, de oponernos, violábamos el principio de justicia e incluso el de autonomía ya que uno de los familiares verbalizó: “*si ella pudiera opinar ahora, para nada querría verse con esas cosas negras pestilentes en su trasero; ella no tenía miedo a nada y estoy seguro que os suplicaría que hicierais algo*”. Era preciso adoptar un enfoque crítico y reflexivo que respetara al máximo los principios bioéticos.

Se decidió abordar la UPP y respetar las peticiones de la familia. No obstante, se dejó claro de antemano que únicamente se realizaría el desbridamiento de la UPP siempre que la paciente no mostrara signos de dolor o padecimiento y que no se aplicarían otras técnicas más complejas como injertos, apósitos de plata nanocristalina o curas complicadas, que darían lugar a encarnizamiento terapéutico. Esta última opción fue aceptada de agrado por la familia y fue llevada a cabo tal y como ha sido comentado anteriormente bajo anestesia local.

Este caso pone de manifiesto la complejidad de la gestión de los cuidados en la etapa final de la vida. Esto es debido, en la mayoría de los casos, a la doble vertiente que las situaciones pueden adoptar en relación con los principios éticos. Por lo tanto, se recomienda la práctica reflexiva y el análisis crítico de la situación con el paciente y/o familiares para poder obrar adecuadamente.

Por último, recalcar que resulta necesaria más investigación relacionada con los aspectos bioéticos del cuidado para disponer

de más y mejores evidencias, así como de experiencias en diferentes ámbitos de actuación.

Referencias

1. EPUAP. Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión European Pressure Ulcer Advisory Panel [on-line]. Disponible en <http://www.gneaupp.org/documentos/epuap/directrices.txt>.
2. Deadley C. Pressure ulcer prevention-the UK Perspective. *Dermatol Nurs*. 1997; 9: 108-113.
3. Allock N, Wharrad H y Nicolson A. Interpretation of pressure-sore prevalence. *J Adv Nurs*. 1994; 20: 37-45.
4. Soldevilla Ágreda J, Navarro Rodríguez S, Rosell Moreno C, Sarabia Lavín R y Valls Barruel G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. Madrid: SPA SL, 2004.
5. Kuhn BA y Coulter SJ. Balancing the pressure ulcer cost and quality equation. *Nurs Econ*. 1992; 10: 353-359.
6. Severens J, Habraken JM, Duivenvoorden S y Frederiks CM. The cost of illness of pressure ulcers in the Netherlands. *Adv Skin Wound Care*. 2002; 15: 72-77.
7. Torra JE, Rueda J, Soldevilla J, Martínez 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): 37-43).
8. Leyva-Moral JM y Caixal-Mata C. Prevalencia de úlceras por presión en residencias geriátricas de Barcelona ciudad. *Rev Rol Enf* (en prensa).
9. Stead A y Jenkins G. Palliative care in Motor neuron disease, en R. Fisher y P. McDald, *Palliative Day Care*, Arnold, London, 1996, 27-40.
10. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin*, 2001; 117 (1): 18-23. Último acceso el 10 de junio de 2007. Disponible en http://www.asociacionbioetica.com/documentos/DI EGO_GRACIA_DELIBERACION_MORAL.doc

Autor Corresponsal: Juan M. Leyva-Moral, email: juan.leyva@yahoo.es.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.