

Bioethics and pressure ulcers: a reflection from ethics of minimums

Jaime Zabala Blanco

Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Máster en Bioética. Doctor por la Universidad de Cantabria. Profesor Titular. Universidad de Cantabria. Codirector del Curso de Experto en el Cuidado de Heridas.

Joan Enric Torra i Bou

Diplomado en Enfermería. Codirector del Curso de Experto en el Cuidado de Heridas. Clinical, Education&Prevention Manager. División de Curación de Heridas. Smith&Nephew Iberia.

Raquel Sarabia Lavín

Enfermera. Hospital Marqués de Valdecilla. Máster en Investigación de Cuidados. Profesora Asociada. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Coordinadora del Curso de Experto en el Cuidado de Heridas.

J. Javier Soldevilla Agreda

Enfermero. AGC Enfermedades Infecciosas. Hospital San Pedro. Profesor de Enfermería Geriátrica. EUE Logroño. Servicio Riojano de Salud. Director GNEAUPP.

Correspondencia:

Jaime Zabala Blanco
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Cantabria
Avda. Valdecilla, s/n
39008 Santander (Cantabria)
Teléf.: 942 20 16 72
Fax: 942 20 16 93
E-mail: jaime.zabala@unican.es

RESUMEN

El objetivo fundamental del presente artículo es plantear una reflexión sobre las implicaciones éticas que plantea el abordaje integral de las UPP. En primer lugar abordaremos la descripción de los aspectos que por su mayor relevancia configuran a las UPP y su cuidado como un problema ético-profesional; posteriormente, haremos una reflexión del porqué los profesionales de la salud tenemos obligaciones morales en el abordaje de dicho problema, y analizaremos sucintamente mediante los principios de la ética de mínimos de bioética dicha situación de forma general. La reflexión propuesta es que no podemos esperar a que la presión social en la demanda de sus derechos como usuarios y en el ejercicio de la autonomía como pacientes sea la que nos haga cambiar las prácticas, sino que desde la responsabilidad profesional e institucional debemos responder proactivamente.

PALABRAS CLAVE

Bioética, ética, derechos de los pacientes, lesiones y heridas.

SUMMARY

The main objective of this article is to reflect on the ethical implications that the holistic dealing of the pressure ulcers sets out. First of all, we will deal with the description of the aspects that, due to its major relevance, make up the pressure ulcers and its treatment as a professional ethical

INTRODUCCIÓN

La palabra bioética como ética aplicada se asocia, en general y de modo casi automático, a problemas éticos generados por la manipulación genética, la eutanasia, la interrupción voluntaria de embarazo, los trasplantes de órganos u otros que periódicamente tienen gran repercusión en los medios de comunicación y, por tanto, en el debate político y social.

No cabe ninguna duda de que estos problemas deben constituir una parte ineludible de la reflexión desde bioética, pero no la única. La atención a la salud plantea de manera cotidiana innumerables situaciones que por su magnitud, y pese a no tener la misma repercusión mediática, política o social, deben ser objeto de reflexión y análisis; en ese grupo se enmarcan las úlceras por presión (UPP), tanto en lo que hace a su prevención, como en su



problem. Subsequently we will reflect on why the health care professionals have moral obligations in dealing with that problem, and we will analyze briefly and globally that situation though the principles of the minimal ethics of the bioethics. The suggested reflection is that we cannot wait for the social pressure in the demand of its rights as users and in the practice of the autonomy as patients to be the force that makes us change practices, but rather that we must respond proactively from the professional and institutional responsibility..

KEY WORDS

Bioethics, ethical aspects, patient's rights, injuries and wounds.

tratamiento, y ese es el objetivo fundamental del presente artículo: plantear una reflexión sobre las implicaciones éticas que plantea el abordaje integral de las UPP.

En primer lugar, abordaremos la descripción de los aspectos que por su mayor relevancia configuran a las UPP y su cuidado como un problema ético profesional; posteriormente, haremos una reflexión del porqué los profesionales de la salud tenemos obligaciones morales en el abordaje de dicho problema, y para finalizar analizaremos sucintamente mediante los principios de la ética de mínimos de bioética dicha situación de forma general.

Es importante resaltar en este momento que pese a este ejercicio teórico, cada caso particular debe ser analizado pormenorizadamente mediante el procedimiento de la deliberación moral que nos permitirá ponderar la aplicación de los principios a la vista de las posibles consecuencias. Es decir, a tener en cuenta tanto el momento deontológico o de los principios, que nos indica qué es lo que debemos hacer según la norma moral, como el momento teleológico en el que llevaremos a cabo el análisis de las posibles consecuencias, la deliberación desde estos dos momentos nos permitirá clarificar en cada caso la actuación de forma prudencial.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Manifiesto de Tarragona y la Declaración de Arnedillo promovidas por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y la

Fundación Sergio Juan Jordán (1), resumen de forma magistral la dimensión de un problema al que generalmente no se le presta ni mucho menos la atención que se debería. No es esta una reflexión nueva, ni tan siquiera un problema centrado únicamente en nuestro país, sino de un alcance internacional.

Ya en 1987, el problema de las UPP fue plasmado metafóricamente por la enfermera británica Pamela Hibbs como “una epidemia bajo las sabanas” (2). Desafortunadamente y pese al tiempo transcurrido, hoy en día esa metáfora sigue teniendo vigencia sin que se haya producido una reacción clara por parte de los profesionales y los gestores de las instituciones sanitarias, en un contexto en el que la demografía no hace más que incrementar una parte importante de la población más susceptible de padecer UPP: los ancianos.

Una cuestión importante a destacar es su “invisibilidad”, reafirmada y mantenida posiblemente en el pensamiento colectivo, en el sentido de que la aparición de las UPP no pasa de ser un problema menor y básicamente asociado a pacientes geriátricos, terminales y grandes dependientes en situación de movilidad reducida o inmóviles.

En el acervo popular y lo que es más preocupante, en ocasiones en el profesional, persiste la aceptación de la naturalidad de las “inevitables” llagas o escaras, una visión absolutamente distorsionada que ha llevado a que hayan sido consideradas durante demasiado tiempo como procesos banales, secundarios, inevitables y especialmente silentes (3), y en muy escasas circunstancias con entidad suficiente para

considerarlos verdaderos problemas de salud y actuar en consecuencia.

Pero esta concepción de “mal menor” ya no puede ser sustentada a la vista de los datos proporcionados por numerosos estudios de investigación, como los realizados en el Reino Unido (4, 5), el realizado por parte del *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) en hospitales de cinco países europeos (6) o los obtenidos en nuestro país por la actividad investigadora desarrollada (7-10) que han aportado datos y reflexiones de gran relevancia que nos permiten ir acercándonos a la realidad, haciendo evidente la dimensión del problema en todos los órdenes, que en nuestro país, con datos del año 2009, se sitúan en unas prevalencias medias del 10% en los hospitales y del 9% en los pacientes atendidos en programas de atención domiciliaria (11).

En cuanto a la dimensión global del problema de las UPP, es importante destacar que muchas veces las cifras de epidemiología obtenidas son más bien conservadoras y tendentes a la baja, ya que muchas instituciones no facilitan acceso a la dimensión real del problema debido a sus connotaciones negativas en dimensiones tan importantes como la calidad de los cuidados, la eficiencia institucional, el *marketing* de las instituciones, los sistemas de pago e incentivos a la actividad y calidad asistencial y otros elementos que propician un entorno de infravaloración o infradeclaración.

De todas maneras, y asumiendo sus posibles limitaciones, estos y otros rigurosos estudios científicos evidencian, no solo el importante número de afectados, situando en nuestro país alrededor de la cifra de 100.000 los pacientes con UPP que diariamente son atendidos en nuestro sistema de salud, sino el alto coste en términos de sufrimiento de los pacientes y su entorno debido a las potenciales consecuencias de las UPP, como el dolor, el impacto en la calidad de vida en el entorno familiar, las complicaciones infecciosas e incluso la muerte directa o indirectamente relacionada con las mismas, ya constatada históricamente (12), y posiblemente un dato sor-

prendente para muchos. En el trabajo de Verdú y cols. (13) se pone de manifiesto que la probabilidad de que una persona muera como consecuencia de una UPP aumenta con la edad y que es un problema que afecta en mayor medida a las mujeres. Encontrando tasas ajustadas que van hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres, según comunidad autónoma y periodo estudiado.

En Estados Unidos se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas de UPP y cerca de 60.000 mueren cada año como consecuencia de las complicaciones derivadas de ellas (14).

Otro aspecto de gran importancia es el de los altos costes derivados de la utilización de recursos humanos y materiales que soportan los servicios de salud (4, 5, 15, 16), estimados para nuestro país en el estudio realizado por Posnett, Soldevilla y Torra en 2007 (17) alrededor del 5% del gasto sanitario total; correspondiendo un 15% al gasto en materiales, el 19% al costo del tiempo de enfermería y el 45% a las estancias extras en el hospital o centro socio-sanitario. Estos datos, al margen de sus posibles limitaciones y variaciones, hacen patente el masivo consumo, en gran medida evitable, de recursos siempre escasos, y en un contexto económico que condicionará más aún su escasez.

En paralelo, y como con anterioridad ha sucedido en países de nuestro entorno, comienzan a aparecer reclamaciones legales y denuncias en nuestro país por parte de los usuarios y familiares relacionadas con un cuidado inadecuado o por la falta de prevención de las UPP (18).

A la vista de lo expuesto podemos decir que cuestiones como el número de seres humanos afectados, los costes humanos, los costes económicos o la potencial conculcación de derechos de los pacientes entre otros, hacen imprescindible por ellos mismos la necesidad de una reflexión profunda del problema de las UPP desde el punto de vista de la ética profesional, de la ética organizacional y de la ética del sistema de salud y de la sociedad.

Pero lo que hace que el problema tome tintes dramáticos es la constatación de la unanimidad de la bibliografía científica que coincide en que las UPP son potencialmente evitables en un altísimo porcentaje de casos (cifras de alrededor del 95% de los casos) y en las que su aparición se relaciona directamente con la calidad de los cuidados prestados.

ÉTICA PROFESIONAL

Una vez llevada a cabo una descripción sucinta de las diferentes dimensiones que configuran el problema, conviene que reflexionemos también sobre las implicaciones morales que nos atañen como profesionales de la salud en la práctica de los cuidados y más concretamente de los cuidados de las UPP desde la óptica de los diferentes niveles de responsabilidad o implicación, tanto directa como indirecta.

Como decíamos, el eje central del presente artículo es la reflexión y en ese sentido para abordar el tema de las obligaciones morales lo haremos de forma básica, a través de dos términos que pueden clarificar algunos extremos; dichos términos son: responsabilidad y actos transitivos.

Responsabilidad proviene etimológicamente de “respondeo” “spondeo”, esto es, responder. En el caso de las profesiones, responder de un compromiso libre y solemnemente adquirido (19), y por tanto responder de los actos derivados de dicho compromiso.

Ser un profesional responsable será tener argumentos para poder explicar por qué se ha actuado profesionalmente de una manera determinada y no de otra.

Entender esto es primordial, el acto responsable será el que se lleva a cabo después de analizar los hechos, valorar las alternativas y las previsibles consecuencias de cada una de ellas, eligiendo la que a priori nos parece más correcta para la situación que enfrentamos. También es imprescindible interiorizar que el peso de dicha elección debe estar sustentada en los argumentos para tomar esa decisión, es decir, y a lo mejor es más plástico para entender su relevancia: tomar una deci-

sión concreta es tener suficientes argumentos para rechazar todas las demás posibles y poderla justificar de una manera adecuada y convincente.

Nos hemos referido ya a la dimensión ética del “acto responsable”, que por otra parte es aplicable a cualquier tipo de profesión, pero profundizando más en la moralidad de los actos profesionales y específicamente de los actos que llevamos a cabo los profesionales de la salud, es necesario apuntar que nuestros actos son básicamente “actos transitivos”.

¿Qué son actos transitivos?: son acciones u omisiones que llevamos a cabo, directa o indirectamente, en el cuerpo de los usuarios/pacientes, y por tanto las consecuencias que generan esos actos las van a padecer ellos, de ahí su alta responsabilidad moral.

La consideración moral de un acto, por tanto, debe tener en cuenta: la motivación, la elección adecuada de los medios, el probable resultado de la acción y sus consecuencias. Quiere decir esto que, en orden a que un acto sea moralmente bueno, lo ha de ser el motivo que lo impulsa, la finalidad con que se hace, los medios que se usan, y el resultado y las consecuencias que se derivan de él necesariamente.

Recordemos que la ética trata de lo correcto, entendido desde la ética griega como la tendencia a lo óptimo, a lo mejor. Por tanto en el nivel profesional debemos aspirar no tan solo a ser buenos profesionales, sino a ser los mejores, es decir, excelentes.

Excelentes desde el punto de vista técnico, pero también excelentes desde el punto de vista moral, es decir incluyendo los valores de los demás en la toma de decisiones clínicas, adoptando una nueva actitud ética.

Los conocimientos y las aptitudes son imprescindibles, pero pierden gran parte de su sentido si no se acompañan de actitudes respetuosas hacia los derechos y los valores de las personas que atendemos. El trípode conocimientos, aptitudes y actitudes, es el único capaz de soportar un ejercicio profesional que aúne la calidad y la calidez, únicas vías hacia ese “desideratum” que es la excelencia.



LA DISCIPLINA DE LA BIOÉTICA

187

Puesto que en el presente artículo vamos a abordar un análisis bioético del problema de las UPP en su conjunto, se hace necesaria una breve aproximación a la bioética y a sus principios ya que el llamado “principlismo” nos puede, en este caso, ayudar a centrar el tema de forma general, pero será imprescindible, como ya se dijo, recurrir al método deliberativo (20, 21) para poder abordar en profundidad y de forma individualizada cada caso que se nos presente en nuestra práctica cotidiana profesional, a partir de lo que Max Weber denominó como las “éticas de la responsabilidad” (22); es decir, el momento deontológico o de los principios, debe recurrir imprescindiblemente al teleológico o de las posibles consecuencias para la aplicación proporcionada de dichos principios, esa ponderación únicamente es posible por medio de la deliberación.

El neologismo bioética, fue acuñado por el estadounidense Van Rensselaer Potter, bioquímico y profesor de oncología a principios de la década de los setenta del siglo pasado, sentando las bases para el desarrollo de una nueva disciplina que pretende establecer un puente entre las ciencias y las humanidades que al parecer de Potter parecían dos culturas incapaces de hablarse la una con la otra. Así tituló su libro *Un puente hacia el futuro* y afirmaba en sus primeras páginas: “La humanidad necesita con urgencia una nueva sabiduría que proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para la mejora de la calidad de vida” (23). Si reflexionamos sobre la parte final de la frase “Para la mejora de la calidad de vida”, al fin y al cabo ¿no es eso, lo que para la mayoría de los profesionales de la salud es la estrella polar que guía su trabajo cotidiano?, y sin lugar a dudas, las UPP son un problema que influyen de manera muy directa en la calidad de vida de pacientes y cuidadores informales e incluso formales.

Tras la aparición en 1978 del famoso “Informe Belmont” (24), centrado en la búsqueda de principios aplicables a la investigación con seres

humanos, se publica en 1979 la obra de Tom L. Beauchamp y James F. Childress *Principles of Biomedical Ethics* (25), que va a suponer el planteamiento de un nuevo modelo teórico de toma de decisiones a través de principios. El objetivo que se plantean los citados autores, es ir más allá de la pretensión orientativa para investigadores que supuso dicho informe, para abarcar también el terreno de la toma de decisiones morales en todo lo relacionado con la actividad clínica.

Posteriormente, Beauchamp y Childress, formulan los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia como los fundamentales para orientar la toma de decisiones. El desarrollo y la concepción de cada uno de ellos, son abordados ampliamente en su obra (25).

A continuación plasmamos de forma resumida los contenidos que se aceptan en la actualidad como definitorios de cada uno de ellos:

- **Autonomía:** respetar la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, para actuar con conocimiento de causa, para dotarse de un proyecto vital sin coerción. Implica la no interferencia en los derechos, deberes y valores de la persona, siempre que no dañe a otros.
- **No maleficencia:** es esencialmente la obligación de no hacer daño. Es el principio básico de todo sistema moral. Es la obligación de no llevar a cabo actos contraindicados ni técnicamente incorrectos. No se refiere únicamente a un daño físico. No puedo hacer daño, aunque me lo pidan.
- **Beneficencia:** se refiere a la obligación moral de obrar para beneficiar a los demás en ciertas circunstancias, sobre todo si lo piden. Existe una obligación general de ayudar a los demás a promover sus intereses legítimos e importantes. Es inseparable del principio de autonomía: *El “bien” es un concepto subjetivo, depende del sistema de valores propio.*
- **Justicia:** en el ámbito de la salud, la justicia que nos interesa es la “justi-

cia distributiva”. Los problemas de distribución surgen porque los bienes son escasos y las necesidades múltiples. Es la obligación de repartir equitativamente beneficios y cargas asegurando la equidad y la eficiencia. Todos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto, y por tanto un trato igual, equitativo en el acceso a los servicios sanitarios.

189

Beauchamp y Childress plantean la existencia de estos cuatro principios, pero no establecen ninguna jerarquía entre ellos, lo que dificulta su gestión a la hora de tomar decisiones concretas. Es Diego Gracia, en su obra *Procedimientos de decisión en ética clínica* (27), publicada en 1991, quien va a aportar una jerarquización en dos niveles que facilitará el abordaje de los problemas planteados. Un primer nivel o de “ética de mínimos” en el que estarían los principios de no maleficencia y justicia y un segundo nivel o de “ética de máximos” en el que se situarían los principios de autonomía y beneficencia. La ética de mínimos vendrá enmarcada por el respeto a los derechos humanos, la obligación a la buena práctica, en base a la mejor evidencia disponible y determina nuestros deberes para con todos y cada uno de los seres humanos; por tanto, exigibles incluso coercitivamente, en definitiva por la “ética del deber”. La ética de máximos dependerá de los criterios particulares, marcan el espacio privado de cada persona, en el que gestiona su “proyecto de vida” a partir de sus creencias e ideales. En caso de conflicto, los principios de primer nivel tienen prioridad sobre los de segundo nivel.

ÉTICA DE MÍNIMOS Y UPP

Usaremos como referencia a la vista de lo expuesto y para el análisis general del problema los niveles planteados por Gracia, insistiendo en que cada caso particular debe ser abordado desde una perspectiva más amplia ya comentada.

Abordaremos en el presente artículo el análisis del primer nivel, es decir, el de la ética de mínimos, que como ya se ha dicho son prioritarios e incluye los principios de no maleficen-

Tabla 1. Jerarquización de los principios de Diego Gracia

2.º Nivel	AUTONOMÍA	BENEFICENCIA
Ética de máximos De lo privado De los criterios particulares		
1.º Nivel	NO MALEFICENCIA	JUSTICIA
Ética de mínimos De lo público De la buena práctica De los derechos humanos		

cia y justicia. Son principios universales y de bien común y es en este terreno donde tanto los profesionales como las instituciones sanitarias se desenvuelven. Se refieren ambos principios a la prevención y evitación del daño mediante la operativización

Ambos principios constituyen el mínimo moral que se dan las sociedades, y en general para su protección están regulados jurídicamente a partir del principio general de que todos los seres humanos somos iguales y, por tanto, merecemos igual consideración y respeto. Tienden a ser absolutos y sin excepciones, su transgresión es éticamente injustificable.

Sin duda, el principio de no maleficencia es en el que nos tendremos que detener a reflexionar más profundamente en el caso de las UPP, puesto que su transgresión va a afectar directamente a los demás. La afirmación ya expuesta del alto porcentaje de UPP que se podían evitar con una adecuada prevención, nos sitúa en un escenario de conculcación clara del principio de “no dañar”. En la dimensión del tratamiento, este “no dañar” estaría dirigido a proporcionar el mejor tratamiento posible al paciente para optimizar el proceso y reducir su duración o mitigarla en el caso de pacientes con lesiones no curables, como es el caso de los pacientes en fases terminales.

A la vista de la aparición en un ser humano de una UPP que podía haber sido evitada, o en todo caso, reducidas las importantes consecuencias que potencialmente va a producir, tenemos inevitablemente que hablar de daño y de mala praxis por su ligazón,

en gran medida, a la calidad de los cuidados.

No consiste esta primera reflexión en intentar buscar culpables, no es en absoluto ese el objetivo del análisis bioético, es impensable buscar en la mala intención o en la voluntad directa de dañar la aparición y evolución tórpida de una UPP, pero sí se convierte en nuestra obligación el tratar de indagar la génesis del problema, es decir reflexionar sobre ¿cuáles pueden ser las causas que determinan dicha situación? y ¿se podría haber evitado esta situación?

Si algo está claro de partida, es que corresponde a los profesionales del equipo de atención a la salud y en especial a los profesionales de enfermería, diseñar un plan de cuidados que gestione los diferentes elementos relacionados con la aparición de las UPP, respetando los principios éticos fundamentales del arte del cuidado (28). A este respecto es muy importante destacar que aunque la responsabilidad inmediata en el diseño e implementación del plan de cuidados corresponde a la enfermería asistencial, este, para ser efectivo, debe siempre alinearse con las intervenciones de otros profesionales del equipo asistencial, así como con los profesionales de la gestión, tanto asistencial, como administrativa y de soporte que deberán facilitar la existencia de recursos materiales y organizativos adecuados; no tener en cuenta esta integralidad es caer en un cierto reduccionismo, ya que, por ejemplo, por mucho que planifique los cuidados la enfermera asistencial, si no hay una implicación clara y decidida de las esferas antes mencionadas, la efectivi-

dad de esta planificación puede verse mermada en gran medida.

Una de las falacias (entendiendo por falacia un razonamiento incorrecto, dotado de fuerza persuasiva y apariencia de ser un buen razonamiento) más extendidas es la confusión del ser y el deber ser; en nuestro ámbito profesional la frase “aquí siempre hemos hecho las cosas así”, que seguramente todos hemos oído alguna vez, es el reflejo de esta actitud.

Esto se traduce en que las prácticas inadecuadas y en muchas ocasiones contraindicadas, se perpetúan en actitudes potencialmente nefastas por las posibles consecuencias que pueden generar en terceros. Su única perpetuación se basa en el miedo a los cambios, viviendo lo nuevo como agresivo, o en la simple convicción de que los hábitos adquiridos son indiscutibles, camino que ineludiblemente lleva al estancamiento profesional.

Dichas afirmaciones se ponen de manifiesto en la literatura que evidencia que el seguimiento por parte de las enfermeras geriátricas y cuidadores de las guías de práctica clínica para la prevención de las UPP es bajo (29), o que se siguen utilizando medidas de tratamiento desaconejadas por las guías de práctica clínica desde hace más de una década, como el uso de antisépticos, asociados a un importante desconocimiento sobre el uso adecuado de los nuevos tratamientos basados en la cura en ambiente húmedo (CAH), circunstancia, esta última, que pese al gran acervo de conocimiento y evidencia disponible también alcanza a otros profesionales del equipo de salud que muchas veces tienen un papel preponderante en la elección de los recursos para tratar las lesiones, generando frecuentemente conflictos interprofesionales. Diversos estudios constatan, y es este un dato muy relevante, la relación directa de dicha realidad con el nivel de formación de los profesionales (30, 31).

Apoyar la planificación de los cuidados de las UPP basándose únicamente en la experiencia empírica clínica de los profesionales, ha demostrado claramente su insuficiencia si esta experiencia no es contrastada y



validada para la obtención de evidencias científicas.

A la vista de lo expuesto, nos encontramos en un escenario donde es factible la mala praxis por falta de conocimientos, aptitudes o actitudes y que en gran parte no es percibida claramente por los actores (sociedad, instituciones y profesionales) debido a la ya comentada convicción de inevitables y su consideración de “mal menor”. A esta no integración pasiva de la evidencia en los cuidados por parte de los profesionales deberíamos añadirle también las barreras, explícitas o implícitas por parte de las organizaciones y de sus gestores a la incorporación de las nuevas evidencias, y de sus consecuencias, en los marcos antes descritos como las guías de práctica clínica.

Tal como hemos avanzado antes, la aparición de una UPP no es imputable a un profesional en concreto, es un problema de planificación de cuidados, en el que se aúnan las responsabilidades profesionales y la responsabilidad de las organizaciones y sus procesos de funcionamiento. Ese debe ser a nuestro modo de ver el punto de partida, el análisis de los procesos de cuidados incluyendo la formación y la investigación. Y ya que hablamos de formación, los elementos anteriores también abarcan a las consecuencias éticas de la práctica de la formación, en el sentido de que las personas responsables de la formación en todos los niveles deben actuar de manera corresponsable incorporando las últimas evidencias disponibles en los contenidos educativos de sus actividades docentes.

En paralelo deberemos reflexionar sobre las repercusiones que lo expuesto genera en el otro principio de la ética de mínimos, que es el principio de justicia. Recordemos que en el ámbito de la bioética clínica, el principio de justicia se centra en la “justicia distributiva”. Los problemas de distribución surgen porque los bienes son escasos y las necesidades múltiples.

Al margen de los importantes costes humanos, la aparición de una UPP va a traer una serie de consecuencias negativas en el orden del consumo de recursos materiales, aumento de la estancia hospitalaria, de los costes de tra-

tamiento, de recursos asistenciales (consultas, interconsultas, medios de diagnóstico) y de la variable con más impacto, el consumo de recursos humanos, ya sea en tiempo directo de profesional, ya sea en lo que se viene a llamar coste/oportunidad, es decir, lo que podría estar haciendo un profesional (valoración, cambios posturales, mejores registros etc.) si no estuviese curando una UPP); si a esto le sumamos que en su mayoría serían evitables mediante la prevención, se hace patente la ingente dilapidación de recursos que se está produciendo.

La obligación ética que se nos plantea en el ámbito del principio de justicia es doble; por una parte, disponer de los recursos materiales necesarios para poder proporcionar una adecuada prevención y, por otra, el aprovechamiento al máximo de los recursos disponibles para el beneficio de la sociedad en general, es decir, el uso eficiente de estos, siempre partiendo del supuesto básico de que contamos con la cantidad de recursos humanos adecuados para su implementación. A nivel general de los Sistemas de Salud, la actual situación de crisis económica evidencia, aún más si cabe, la necesidad de conseguir la máxima eficiencia por parte de los diferentes actores implicados en la atención a los pacientes con UPP, siempre sin perder de vista el horizonte de la equidad. No es este el lugar donde llevar a cabo una cuantificación exhaustiva de costes, pero sí de reflexionar sobre dicho tema a la vista de lo evidenciado por diversos autores ya citados.

Si en ese sumatorio de reflexión introducimos el factor demográfico, con el progresivo incremento de la edad de la población y los factores de comorbilidad y su relación directa con las heridas crónicas, el panorama que podemos imaginar, si no se introducen los cambios necesarios, es de una gravedad incalculable.

A MODO DE REFLEXIÓN FINAL

A la vista de lo expuesto, el problema de la UPP es complejo y poliédrico, es lo que podríamos denominar por analogía un “problema iceberg”.

Del iceberg tan solo sobresale a la superficie una octava parte de su volumen total que es la que se hace evidente a la vista. Algo similar ocurre en el caso de las UPP puesto que en la mayoría de las ocasiones únicamente se las reconoce y valora cuando se hacen evidentes, esto es, cuando ya son como mínimo de estadio II y frecuentemente son asociadas a una lesión básicamente tisular, sin tener en cuenta la dimensión del “volumen” total del problema al que nos enfrentamos y por tanto sus posibles consecuencias.

Otra característica del iceberg es el peligro que constituye para la navegación, una vez desprendido va a la deriva, sin rumbo fijo impulsado aleatoriamente por las corrientes que va encontrando. El abordaje de los cuidados de las UPP en muchas ocasiones se convierte en una especie de deriva, en la que se van probando diversos “rumbos” de cuidados más adaptados a las experiencias empíricas particulares de los cuidadores que a las mejores evidencias científicas disponibles, sin establecer protocolos claros de valoración y tratamiento que permitan ir planificando y evaluando la evolución y adaptando el cuidado.

Siguiendo con la analogía, el iceberg es una parte desprendida de un glaciar o de una plataforma de hielo de la que formaba parte. En las UPP también se corre el riesgo de que una vez que han sido visualizadas se conviertan solo en “parte” olvidando el “todo” que conforma a cada uno de los seres humanos en su condición de únicos e irrepetibles.

Y al igual que sucede con los icebergs, lo que se ve es un exponente de lo desconocido, de nada sirve centrarnos en la ética de la enfermería asistencial, si no contemplamos otras dimensiones que pueden condicionar en gran medida su actuación como el papel de los gestores de los cuidados de enfermería, la alineación de actividades con otros actores de la atención de salud, la actitud ante el problema de las UPP por parte de las instituciones y el sistema de salud, y la actualización constante de los responsables de la formación de pregrado, posgrado y continua a las nuevas evidencias.

La reflexión hecha no debe llevar al catastrofismo ni al desánimo, sino todo lo contrario: el enfrentar la realidad es la única postura admisible, la ocultación de la realidad únicamente provocará que el problema persista y empeore. De la misma manera que no podemos responsabilizar exclusivamente a la enfermera asistencial responsable de los cuidados del paciente, tampoco podemos esperar a que el problema se traduzca en un problema básicamente legal, con la aparición de reclamaciones judiciales como está ya sucediendo en países de nuestro entorno, e incipientemente en el nuestro (18, 32, 33).

No podemos esperar a que la presión social en la demanda de sus derechos como usuarios y en el ejercicio de la autonomía como pacientes sea la que nos haga cambiar las prácticas, sino que desde la responsabilidad profesional e institucional debemos responder proactivamente. La obligación desde la ética profesional es la actuación proactiva, es decir, tomar la iniciativa y emprender la acción transformando el problema en oportunidad, a través de la formación e investigación que permita mejorar nuestras prácticas profesionales, teniendo siempre al usuario/pacien-

te como objetivo central y siendo conscientes de que cada ser humano es único e irreplicable proporcionándole un cuidado integral y no únicamente técnico.

Debemos ser inconformistas, conocer nuestras fortalezas y debilidades, afrontar positivamente el cambio y la incertidumbre, generar nuevas ideas y estrategias para resolver los problemas y las dificultades, esa es la forma de anticiparse a escenarios futuros no deseados, sin olvidar las responsabilidades que deben asumir los gestores de las instituciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manifiesto de Tarragona. Declaración de Arnedillo. Disponibles en: <http://fundacionsergiojuan.org/es/?file=kop1.php>
2. Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. London. St. Bartholomews Hospital, 1987.
3. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal. Logroño: GNEAUPP, 2003.
4. Drew P, Posnett J, Rusling P. The cost of wound care for a local population in England. *Int Wound J* 2007; 4 (2): 149-155.
5. Vowden K, Vowden P, Posnett J. The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *J Wound Care*. 2009; 18 (3): 93-4, 96-8, 100.
6. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13 (2): 227-35.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10 (2): 75-87.
8. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano 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.
9. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán J. 2.º 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.
10. Soldevilla JJ. Las úlceras por presión en gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal (tesis doctoral). Santiago de Compostela; 2007. Disponible: http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/39_pdf.pdf
11. Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J, Torra i Bou JE. 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Ponencia en: VIII Simposio Nacional GNEAUPP, Santiago de Compostela 10-12 Noviembre, 2010.
12. García Fernández FP, López Casanova P, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Anecdotario histórico de las heridas crónicas. *Rev ROL Enf* 2009; 32 (1): 60-63.
13. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. *Gerokomos* 2003; 14 (4): 212-225.
14. Woo K, Ayello EA, Sibbald RG. The edge effect: current therapeutic options to advance the wound edge. *Adv Skin Wound Care* 2007; 20 (2): 99-117; quiz 118-9.
15. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing* 2004; 33 (3): 230-5.
16. Posnett J, Gotttrup F, Lundgren M, Saal G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound care* 2009; 18 (4): 155-161.
17. Posnett J, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, San Miguel I. Una aproximación al impacto del coste del tratamiento de las úlceras por presión en España. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J (eds). *Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006*. Sant Joan Despí: Smith&Nephew, 2007.
18. Soldevilla J, Navarro S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos* 2006; 17 (4): 203-24.
19. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1988, p. 51.
20. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela, 2004, pp. 21-32.
21. Gracia D. La deliberación: el método de la ética clínica. *Med Clin* 2001; 117: 21.
22. Weber M. El político y el científico. Madrid: Alianza, 1972, pp. 163-165.
23. Potter VR. Bioethics: Bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1971, pp. 1-2.
24. The Belmont Report, Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. U.S. Government Printing Office, 1978.
25. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford university Press, 1979. (existe una traducción al español Principios de ética médica. Barcelona: Masson, 1999).
26. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1979, pp. 113-372.
27. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
28. Leyva-Moral JM. Úlceras por presión y la ética del cuidado: a propósito de un caso. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León* 2007; 38 (Supl. 1): 8-11.
29. Paquay y L, Wouters R, Defloor T, Buntinx F, Debailie R y Geys L. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care a survey of current practice. *J Clin Nurs* 2008; 17 (5): 627-36.
30. Pancorbo PL y cols. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura *Gerokomos* 2007; 18 (4): 188-196.
31. Esperón JA, Vázquez FL. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *Gerokomos* 2004; 15 (2): 107-116.
32. Navarro S, Blasco C. Aspectos legales y úlceras por presión. *Rev ROL Enf* 2009; 32 (1): 32-36.
33. Santiestebán M. Úlceras y heridas. Aspectos éticos y legales. *Rev ROL Enf* 2005; 28 (1): 65-68.