

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS “Dr Enrique Cabrera”

Hospital Universitario “Dr Enrique Cabrera”

LA BIOETICA EN EL MANEJO DEL PACIENTE

AMPUTADO DE LOS MIEMBROS INFERIORES Y

SUS FAMILIARES

*Dr. Heriberto M. Artaza Sanz. Calle 409 Núm. 18621 entre 186 y 188 Santiago de las Vegas.
Teléfono: 683 4957 hartaza@infomed.sld.cu

**Marxlenin Gómez Martínez. Calzada de Aldabó y D. Teléfono: 446233
ext.48 marxleni@infomed.sld.cu

*Especialista Segundo Grado en Angiología y Cirugía Vasular.

Profesor Auxiliar. Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vasular del Hospital Universitario
“Dr Enrique Cabrera”

** Licenciada en Historia del Arte. Asistente. Facultad de Ciencias Mèdicas “Dr Enrique
Cabrera”

El médico y el cirujano deben contar

con la influencia psíquica,

como con sus bisturís y vendajes. 1

J. Martí

RESUMEN

La comunicación al enfermo de la afección que presenta, una mutilación o el de una decisión fatal o letal, constituye una de las situaciones más complejas a la que nos enfrentamos en nuestra práctica diaria. Muchas son las interrogantes que pueden surgir:

¿Cuándo y cómo se lo debo decir? ¿Cuál será su reacción? ¿Cómo informarle a la familia?

El respeto a la vida y a la dignidad del Hombre, ha sido un arma del médico en busca del bienestar del enfermo, y de la Medicina en su normativa intrínseca, al perseguir que todas sus acciones se encaminen a proteger su integridad de forma preventiva y/o curativa. Cumplir esto, exige respeto a las condiciones primordiales del individuo y es cuando empieza a tener un papel fundamental: conocer y manejar los conocimientos que de Ética y Bioética poseemos. Surgida esta última en el mundo occidental como un nuevo paradigma ético, como expresión en medicina y salud, de la relación Filosofía-Ciencias Particulares. Por todo lo antes expresado, nos hemos propuesto analizar algunos aspectos éticos en el manejo del paciente amputado de los miembros inferiores, con quien, a pesar de estar establecido teóricamente su correcto manejo, en la práctica se violan aspectos éticos, que son determinantes en el seguimiento de estos enfermos, en los que existe una gran afección psicológica, aun cuando conozca que puede preservar su vida.

Palabras claves: Bioética, pacientes amputados.

INTRODUCCION

La labor desarrollada por el personal de la salud, durante siglos, se ha apoyado en las enseñanzas teórico-prácticas que sobre su disciplina ha logrado alcanzar, pocas veces ayudado por otras disciplinas o ciencias afines, surgiendo en ocasiones problemas que distan mucho de poder resolverse simplemente con una acción médica; por citar aspectos tan sencillos como la comunicación al enfermo de la afección que presenta o una mutilación o el de una decisión fatal o letal.

La relación médico-paciente es bilateral, y como todas las de esta índole, determina derechos y deberes recíprocos tanto éticos como jurídicos. La ética intenta definir lo moralmente exigible a todos y cada uno.

El respeto a la vida y a la dignidad del Hombre, prédica del mandamiento Hipocrático, ha sido el arma del médico en busca del bienestar del enfermo, y de la Medicina en su normativa intrínseca, al perseguir que todas sus acciones se encaminen a proteger su integridad de forma preventiva y/o curativa.

Cumplir con todo lo expuesto, exige respeto a las condiciones primordiales del individuo y es cuando adoptamos un papel fundamental: conocer, manejar los conocimientos que de Etica y Bioética poseemos. Surgida esta última en el mundo occidental como un nuevo paradigma ético, como expresión en Medicina y salud, de la relación Filosofía – Ciencias Particulares.

Nos hemos propuesto analizar algunos aspectos bioéticos en el manejo del paciente amputado de los miembros inferiores, que a pesar de estar establecido teóricamente su correcto manejo, en la práctica se violan aspectos éticos, que son determinantes en el seguimiento de estos enfermos, en los que existe una gran afección psicológica, aun cuando conozca que puede preservar su vida.

OBJETIVO

Analizar algunos aspectos bioéticos en el manejo del paciente amputado y sus familiares.

DESARROLLO

Aproximadamente 50% de los ingresos en nuestras salas de Angiología, lo constituyen los pacientes diabéticos. La forma de diabetes reconocida hace más tiempo es la *Diabetes Mellitus* insulino dependiente, antes designada como diabetes juvenil, que aparece descrita en el Papiro de Ebers 1500 años a.n.e.2

El descubrimiento en 1922 de la insulina por Banting y Best, transformó la evolución natural de esta enfermedad.

Los esfuerzos e inversiones dedicados a la diabetes insulino-dependiente desvió la atención de los médicos e investigadores de otra forma más insidiosa, pero igualmente peligrosa y común que amenaza en la actualidad con asumir las características de una pandemia, la

Diabetes Mellitus Tipo II o no insulino-dependiente. 2

En 1997, la OMS cifraba la prevalencia de la *Diabetes Mellitus* en 2,1% de la población mundial, que representa 124 millones de personas; de ello correspondían 4 millones a la *Diabetes Mellitus* Tipo I y 120 millones a la *Diabetes Mellitus* Tipo II.³

A partir de estos datos, los estimados para 2010, son de un incremento sustancial, y pueden alcanzar cifras tan alarmantes como la de 220 millones de personas diabéticas.

Sin embargo, estas cifras se sitúan por debajo de la realidad, del hecho ampliamente reconocido por la bibliografía especializada, que plantea que 45% aproximado de la población diabética no está diagnosticada, por lo que se puede pensar que existe hoy cerca de 400 millones de diabéticos en el mundo.³

Por todo esto, esta enfermedad adquiere un significado y una importancia social extraordinaria. La introducción, al arsenal terapéutico, de nuevos productos que evitan las complicaciones, hace que aparezcan otras complicaciones de carácter degenerativo, que se inician 5 ó 10 años después de comenzada la enfermedad, que pueden afectar la visión (retinopatía), causar la ceguera; al riñón, con una insuficiencia renal; una aceleración de la arterioesclerosis de los vasos de gran y mediano calibres (enfermedades macrovasculares) con riesgo de infarto del miocardio o accidentes cerebro-vasculares y, por último, una neuropatía periférica que asociada a una arterioesclerosis de los vasos de pequeño diámetro, predispone a problemas isquémicos e infecciosos de las extremidades que son la causa de ulceraciones, gangrena y amputaciones.

Datos de varias fuentes refieren que de 10 a 15 % de los diabéticos sufren una amputación durante su vida y que 40% sufren una segunda amputación en el transcurso de los cinco años que sigue a la primera. De 60 a 95% de las amputaciones de los miembros inferiores en los pacientes diabéticos, son precedidas de una lesión crónica y más de 50% de las amputaciones no traumáticas del adulto son efectuadas en diabéticos.²

Las repercusiones humanas y socioeconómicas, directas e indirectas, de estos hechos son enormes y difíciles de contabilizar; se proyectan las complicaciones de los pies de los diabéticos como un problema de salud de gran envergadura.

La Bioética se ha convertido en un arma importante en nuestro quehacer cotidiano para enfrentarnos a estos problemas de salud. Nuestra profesión desarrolla un conjunto de principios, normas y exigencias en el plano moral, que tiene como propósito regular el comportamiento de los sujetos que en este ámbito participan, en cuanto a su quehacer y relaciones con sus compañeros y pacientes.

Existen exigencias morales comunes a todas las profesiones, pero hay determinadas

profesiones como la del médico, psicólogos, fisioterapeutas, etcétera, que requieren algunas exigencias morales de acuerdo con el conjunto de condiciones concretas que caracterizan su trabajo y la repercusión social que tiene su labor; por eso es importante enfatizar que lo que necesita la sociedad del médico es su condición humana, de su sentido ético y de su alta calificación científico-técnica.

Ética y Bioética en el manejo del paciente amputado.

El vocablo ética, se deriva del griego *ethos*. La palabra moral, del latín *moris*. Ambos significan costumbre, hábito.

La Deontología es la ciencia o tratado de los deberes; proviene de la palabra *deontos* que quiere decir: deber.

La ética marxista analiza la naturaleza y el mecanismo de acción de la moral y la investiga, como aspecto de la actividad social del Hombre, como forma específica de relaciones y conciencia social.

La ética médica es una manifestación particular de la ética general, pero que trata específicamente los principios y normas de conducta que rigen entre los trabajadores de la salud. Su relación con el hombre sano o enfermo y con la sociedad abarca también el error médico, el secreto profesional, la experimentación con humanos, pero el problema fundamental de la ética médica es la relación médico-paciente, la relación de los trabajadores de la salud entre sí y de éstos con los familiares del paciente.

El cumplimiento de los valores éticos de la sociedad en general y de los principios de la ética médica son requisitos determinantes para el logro de un alto grado de satisfacción de la atención médica. Los pacientes requieren confiar y apreciar la integridad moral y científica de sus médicos y más en nuestro país por la peculiar relación establecida entre el médico y sus pacientes.

Relación médico-paciente

“La relación médico-paciente es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.” 4

Es la piedra angular de la gestión médica asistencial y está predeterminada por la necesidad del enfermo de ser atendido y la atención obligada del médico. En esta relación intervienen

varios factores: la enfermedad del individuo, que lo convierte en paciente, la capacidad y competencia del médico, la personalidad de uno y otro, y los papeles que desempeñan.

El médico al informarle al paciente sobre las características de su enfermedad, de los procedimientos diagnósticos y tratamientos que en su entender deben realizarse, para que el paciente a la luz de los conocimientos puestos a su disposición sea capaz de determinar si acepta o no lo propuesto, debe hacerlo sin utilizar un lenguaje técnico, sino con un lenguaje coloquial, para conseguir que lo entienda y asegurarse de que así ha sido, mediante la repetición por parte del enfermo de lo que él ha comprendido.

También resulta importante en la relación médico-paciente la expresión no verbal o extraverbal como: mímica, gestualidad, posturas corporales, etcétera.

Los signos no verbales transmiten contenidos, a veces de una forma más efectiva que los signos lingüísticos, aunque, por lo general, complementan la comunicación verbal.

En una enfermedad crónica como la *Diabetes Mellitus*, en la que el paciente es pilar importante del tratamiento, una adecuada relación médico-paciente es fundamental. Enfatizando en la necesidad de reconocer al paciente como un sujeto autónomo, que tiene derecho a saber, opinar y decidir sobre la conducta que pretenden asumir los profesionales de la salud en la intención de promoverle su salud, evitarle o diagnosticarle enfermedades, tratar y rehabilitar en caso necesario.

El derecho a la autonomía se expresa en la exigencia del paciente de ser tratado como un agente moral independiente en su integridad y dignidad, capaz de adoptar decisiones por sí y sobre sí mismo.

El instrumento para el ejercicio de la autonomía ha sido la práctica del consentimiento informado, el respeto a la adopción de decisiones, autónomas, competentes, razonables y moralmente válidas por parte del paciente y hombre sano acerca de su situación de salud, en particular de las alternativas diagnósticas y terapéuticas, una vez que ha sido debidamente informado de los riesgos y probables beneficios. 5

Es decir, el consentimiento informado es la aceptación, por parte del enfermo de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber recibido la información adecuada para poder implicarse plenamente en la decisión final.

Por tanto, es importante una correcta información y educación de la enfermedad en cuestión y de los beneficios de determinadas conductas y estilos de vida para disminuir complicaciones y lograr una adecuada calidad de vida como objetivo final del tratamiento de un proceso crónico no curable, pero sí tratable.

Debemos recordar que calidad de vida es un indicador del bienestar material y espiritual del Hombre en un medio social determinado.

Si tenemos en cuenta que la relación médico-paciente es una especie de contrato entre dos parte, y que la relación es diádica, entonces podemos decir que existe consentimiento, cuando hay una verdadera relación de mutua confianza, establecida en la comunicación entre ambos, fundamentalmentepor medio de la palabratl y como lo indica Laín Entralgo. 6

Es necesario que el paciente que se va a someter a una amputación o un tratamiento, pueda decidir lo que es mejor para él, pero sobre la base de que el médico, como experto en la materia, le informe correctamente.

Es frecuente que éste dé su consentimiento para someterse a un tratamiento, sin que haya tenido una correcta comunicación con elmédicoque va a realizarlo.

Por otra parte, la información adecuada sobre el tratamiento y las investigaciones complementarias puede aumentar la confianza del enfermo en su médico, confianza que a la larga será beneficiosa para la recuperación y rehabilitación, en la que existirá una verdadera colaboración de ambos.

La existencia de una colaboración deficiente entre el médico y el paciente, que se traduce en una falta de confianza entre el segundo y el primero, no le hace ningún beneficio a la enfermedad y su tratamiento. Si no se respeta la posibilidad de elección del enfermo, nos encontramos en la situación clásica del paternalismo médico, en la que toda decisión queda a cargo de éste, sin que llegue a plantear la posibilidad de una relación diádica, tal y como señalaDiego Gracia .5

Si la comprensión del mensaje es incorrecta, estamos favoreciendo la aparición del consentimiento desinformado, que no es éticamente válido.

El dilema ético del consentimiento informado en el manejo del paciente amputado reside en la tensión entre el principio de autonomía del paciente y el principio de beneficencia del médico.

El principio de beneficencia se define de diversas formas: el deber de no hacer el mal, de prevenir el mal o el sufrimiento, el deber de hacer el bien o promover el bien.

En la práctica cotidiana de la Medicina, el principio de beneficencia y el principio de autonomía se encuentran frecuentemente en tensión. El médico por sus conocimientos y experiencias evalúa lo más racional y objetivamente posible la situación médica de su paciente y busca la mejor respuesta médica con el fin de mejorar el bienestar de éste.

Sin embargo, el paciente aún sin conocimiento médico, puede juzgar los impactos de la

decisión de su médico sobre su modo de vida, sus valores, etcétera. De ahí que el procedimiento del consentimiento informado adquiera importancia puesto que posibilita el ejercicio de la capacidad de decidir y de juzgar del paciente.

El consentimiento informado debe reunir tres elementos importantes: voluntariedad, información y comprensión.

Voluntariedad: Los pacientes deben poder decidir libremente sin que se ejerza sobre ellos ningún tipo de persuasión, manipulación o coerción.

Información: Para poder decidir. Todo paciente tiene el derecho a recibir la información mínima necesaria y adaptada a su nivel de entendimiento. Esta información debe ser clara y precisa, y ofrecer la oportunidad para la consulta y solicitar más información.

Comprensión: Para que el consentimiento sea válido es preciso que se haya comprendido la información proporcionada. La capacidad de un individuo para comprender (competencia) está en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje. Se admite que un paciente es competente cuando puede adoptar sus decisiones, según sus conocimientos, escala de valores y metas personales, una vez analizadas las posibles consecuencias de su decisión. Por tanto, la competencia de una persona debe estar en relación con algo determinado y además que puede fluctuar en el tiempo. 5

Otro aspecto importante lo constituye la rehabilitación de este paciente amputado, donde nuestra actitud como médicos consiste en proporcionarle el mejor tratamiento posible, intentando no sólo insertarlo de nuevo en la sociedad, y prolongarle su existencia, sino conseguirlo con los máximos niveles de calidad de vida que nos sea posible.

Para alcanzar resultados satisfactorios en el programa de rehabilitación, es necesario voluntariedad, capacidad física y esfuerzo por parte del paciente; y capacitación perseverancia y trabajo por parte del colectivo de profesionales que lo llevarán a cabo.

Esto obliga a efectuar una cuidadosa valoración de nuestros pacientes, que se van a convertir en el elemento fundamental del programa. 7

En la práctica diaria, ha resultado útil dividir el programa de rehabilitación de los pacientes amputados en tres fases:

1-Fase prequirúrgica.

2-Fase quirúrgica.

3-Fase postquirúrgica.

En la fase prequirúrgica se debe hacer una valoración del paciente, teniendo en cuenta tres aspectos:

- a)- Estimación psicológica de su actitud, haciéndose un análisis de la voluntad y empeño por parte del paciente para volver a andar. Su decisión de rehabilitarse de forma voluntaria, es la base indispensable sobre la que se edificará el programa; aquí se le informa en detalles al paciente lo que podemos hacer y cómo lo vamos a llevar a cabo para lograr nuestro común objetivo.
- b)- Valoración del estado general de su organismo. Un estado general precario contraindica el desarrollo de programa de rehabilitación.
- Existen otros factores: edad mayor de 80 años; estados orgánicos con gran deterioro; cardiopatías graves asociadas a insuficiencia cardíacas por esfuerzos; diabetes complicadas con ceguera y alteraciones neurológicas de importancia; las dobles amputaciones por encima de la rodilla, etcétera, que lo contraindican. 7
- c)- Valoración del miembro contra lateral. Se valora el estado funcional y general de la extremidad que nos permita pronosticarle durabilidad.

En la fase quirúrgica, es importante tener en cuenta por parte del cirujano, que el nivel de amputación sea el adecuado para cada tipo de paciente y que ese muñón quede con las condiciones para que se pueda realizar una correcta rehabilitación.

Y en la fase postquirúrgica lo más importante, como primera medida terapéutica, lo constituye el tratamiento postural y su objetivo es evitar que aparezcan actitudes viciosas de flexión en las articulaciones restantes del miembro amputado

(cadera y rodilla).

CONCLUSIONES

- Los aspectos éticos del paciente amputado, deben adquirir un especial realce en el equipo multidisciplinario, quienes asumirán la responsabilidad del tratamiento, cuidado y rehabilitación del enfermo.

- La relación médico–paciente–familia permite lograr un mejor resultado en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo.
- Recurrir al consentimiento por parte del enfermo, como el medio humano y ético para la adopción de decisiones.

RECOMENDACIONES

1 Lograr una buena integración equipo multidisciplinario– familia– Médico de Familia para, en conjunto, facilitarle al enfermo su integración social.

2 Crear centros específicos, que se dediquen a la atención de este tipo de paciente, que cuenten con equipos multidisciplinarios para lograr un tratamiento adecuado, una temprana recuperación y reincorporación social, con una elevada calidad de vida.

3 Capacitar al personal médico, paramédico y personal de salud en general, en los principios de Bioética, que permitan independientemente de la enfermedad, valorar al Hombre como un ser social.

ABSTRACT: The bioethic in the handling of amputated of the inferior members patients and their relatives

To communicate the patient his or her present condition, or more complex, a mutilation or a fatal or lethal decision, is one of the most complicated situations to which we have to face in our daily practice. There are many questions that may arise:

When and how should I tell?, Which one will be his /her reaction to it?, How to report the news to the relatives?

Respect to life and mankind's dignity has been a doctor's weapon in search for the ill patient's welfare and of the medicine, as an inherent norm to prosecute that all actions are in the way to protect mankind's integrity in a preventive or curative way. To achieve this there is a demand of respect of the inherent conditions of the human being and then is when the

importance of the role of manageability of Ethics and Bioethics we seize. Being born this lat one in the occidental world as a new ethical prototype, as an expression in medicine and health of the particular relation of philosophy and sciences.

Because of all the previous dissertation our purpose is to analyze some ethical aspects in the manageability of limbs of the amputated patient which in spite of having established his correct handle, some ethical aspects are violated in the daily practice, which are determinant in the follow up of this patients in which the psychological affection could be great even when he is aware that he can conserve his life.

Key words: Bioethic, amputated patients.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Martí, José. Obras Completas. La Habana: Editora Nacional de Cuba; 1963, t. XI, p. 477.
- 2 Capdevila, J. Ma. Temas a debates sobre Cirugía Vasculat. España: Instituto Catalán de Salud; 1995, p. 61-62.
- 3 Marinel Roura, J. y col. Tratado de Pie Diabético. Barcelona: 1999, p. 3-61.
- 4 Bustamante, J. Psicología Médica. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1987, t II, p. 91.
- 5 Aspectos bioéticos en el concepto y la comprensión del consentimiento informado. Cuadernos de Bioética. ACEB. 1998, p. 9-10-11.
- 6 Laín Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Universidad; 1983.
- 7 Ribera Casado, J: M. y Cruz Jentoft, A. J. Patología Vasculat Periférica en Geriatría. MassonSA. 1998, p. 207-210.

