

ANÁLISIS BIOÉTICO DE UN CASO DE CIRUGÍA MENOR DOMICILIARIA

C. Gómez¹ / Dra. E. Carod² / Dr. J. Herrero³ / Dra. S. Sebastián⁴ / Dra. T. Laínez⁵ / Dra. C. Thomson⁶

1. Enfermera Atención Primaria, sector Teruel. Licenciada en Antropología. Master en Bioética.

2. Médico Atención Primaria, sector Teruel. Máster en Cuidados Paliativos y Bioética.

3. Enfermero Centro Asistencial "El Pinar", Teruel. Licenciado en Psicología.

4. Médico Atención Primaria, sector Teruel.

5.- Médico Atención Primaria, sector Teruel.

6.- Médico Especialista de Digestivo del Hospital Obispo Polanco, Teruel. Máster en Bioética.

RESUMEN

Fundamento: Teruel es una provincia despoblada, envejecida y muy dispersa. Los recursos socio-sanitarios Paciente de 85 años inmovilizada, gran dependiente, con lesión excrecente hemorrágica de 2 cm de diámetro de rápida evolución y riesgo de autolesión que crea ansiedad en el entorno familiar. Domicilio en un pueblo de 100 habitantes a 1 hora de distancia del hospital. Necesita ambulancia para desplazarse, la familia expresa su deseo de no movilizarla si es posible. Buscamos alternativas siguiendo el procedimiento deliberativo para la toma de decisiones del profesor Diego Gracia y para ello revisamos tanto los medios disponibles en nuestro centro de salud como las peculiaridades de la Atención Primaria rural. La opción más óptima fue la de realizar la Cirugía Menor en su domicilio.

José ha pedido cita para consultar por una lesión que presenta su madre, María, en la frente.

María tiene 85 años, antecedentes de HTA, degeneración macular bilateral, demencia moderada-severa de perfil mixto (degenerativo y por infartos lacunares múltiples). Hace seis meses sufrió una fractura de fémur por la que tuvo que ser intervenida. No ha recuperado la deambulación, aunque sí se puede apoyar y hacer la transferencia al sillón con ayuda técnica y humana. Debido a todo esto, es una paciente que nosotros calificamos como inmovilizada y gran dependiente¹. José no necesita conocer nuestras clasificaciones, sabe bien que viven en una calle estrecha, en lo más alto del pueblo, que su madre "está mayor", que moverla es complicado y que puede solicitar con total tranquilidad que vayamos a verla a casa.

Al llegar a domicilio observamos que la paciente presenta una lesión excrecente de características hemorrágicas a nivel frontal de 1-2 cm de diámetro. Pero realmente vemos mucho más. No es la primera vez que les visitamos y conocemos la situación: la casa de María tiene demasiadas barreras arquitectónicas, que han aprendido a sortear, porque la vida se hace en el comedor que está anexo a la cocina y que mantiene una agradable temperatura, pese a que en la calle aún está helando y por eso el resto de la casa se queda fría. Pero ya se sabe, son casas de pueblo... Todo ello

crea un clima amable que se presta a sentarse y hablar con José, con Antonia (la cuidadora extranjera que vive con ellos) y con María, que hace "intención de conocernos" - o al menos eso queremos creer.

Hasta ahora todo encaja en una relación médico - paciente que se ajusta bastante al modelo que la escuela Hipocrática enseñaba hace más de 25 siglos², en el que la relación era vertical, el médico actuaba como un buen padre buscando el beneficio del "paciente - hijo" y éste confiaba plenamente en él; todo ello muy semejante a un tipo de convivencia como la descrita. Hablamos del modelo paternalista, visto por su mejor cara, que ha estado vigente desde la Grecia clásica hasta hace apenas 30 o 40 años, pero que en los tiempos modernos, con la importancia creciente de los derechos del individuo, la libertad como valor fundamental y la aparición de nuevos modelos de atención sanitaria, varía paulatinamente orientándose hacia un modelo más autonomista, donde la opinión del paciente cuenta, y el consentimiento informado es un pilar fundamental en la relación, ya no tan vertical, entre el médico y el paciente³.

A nuestro pueblo también han llegado los nuevos aires, y los principios de Autonomía y de Justicia no son desconocidos^{4,5}, pero además hay que añadir el deseo de tomar una decisión prudente para este momento, estas circunstancias y para esta paciente en concreto. Por ello, siguiendo el procedimiento

de decisión en ética clínica de Diego Gracia⁶, lo primero que necesitamos es conocer bien los hechos y para eso hay que hacer un diagnóstico diferencial entre: Queratosis seborreica, Angioma senil, Granuloma piogénico, Dermatofibroma, Queratoacantoma, Carcinoma espinocelular y Carcinoma basocelular⁷.

Los hechos clínicos nos orientan a realizar una interconsulta con Dermatología para valorar exéresis y un posterior análisis anatomopatológico de la lesión. Si nos quedáramos aquí, la decisión sería: solicitar dicha interconsulta y tramitar los traslados para que María acuda al hospital, que deberán hacerse en ambulancia. Cuando se lo planteamos a José, nos cuestiona si es absolutamente necesario tanto despliegue; tiene miedo que su madre se desoriente, como ocurrió durante el ingreso, cuando la operaron, y le preocupa tener que movilizar al resto de hijos que vive fuera. Además, nosotras conocemos que en el pueblo la llegada de una ambulancia siempre es mirada con recelo, que van a tener que dar muchas explicaciones... Antonia, que nació en climas cálidos, apunta además que este invierno está nevando mucho y que moverla de casa, a sus años...

Pero los hechos mandan y solicitamos la consulta, no obstante empezamos a plantearnos otros cursos de acción⁸. Mientras nos llega la cita, se inicia tratamiento y se realizan curas con ácido salicílico primero, y después solución antiséptica y apósito de gasa.

En menos de dos semanas se aprecia que la lesión evoluciona muy rápido y con carácter hemorrágico, mientras que la paciente se autolesiona produciéndose sangrados, la familia está nerviosa y, aunque siguen siendo reacios al traslado, nos apremian para que les solucionemos cuanto antes el problema. Por ello buscamos alternativas a la derivación al hospital y revisamos los medios disponibles: en nuestro centro de salud contamos con bisturí eléctrico y material suficiente, y con un compañero experto en cirugía menor. A todo esto se une el interés de todos. María (que aunque no lo verbaliza sí lo expresa con gestos), su familia y nosotros mismos en buscar una solución, hacer algo.

Dice Diego Gracia en el prólogo del libro *Procedimientos de decisión en ética clínica* que "...nuestra obligación, la única obligación que tenemos, es la de ser prudentes" y que "...debe

exigírseles (a los clínicos) una reconocida competencia técnica, es decir, la capacidad para tomar decisiones racionales y actuar correctamente desde el punto de vista técnico y también desde el ético. La calidad de la práctica clínica no será buena si la corrección técnica no va acompañada de una correcta toma de decisiones morales por parte del personal sanitario." Insiste por eso en la importancia del proceso deliberativo para la toma de decisiones⁶.

Haciendo caso de todo lo anterior llegamos a la conclusión que ese "algo" que se nos pide no es una medida que exceda nuestro cometido sino que, realizando un adecuado balance de riesgos y beneficios, entendemos que la balanza se inclina por una rápida actuación, y utilizar los medios disponibles entra dentro de nuestras obligaciones; no consideramos que sea ésta supererogatoria^{9,10}.

Pero antes nos ponemos en contacto con el departamento de Anatomía Patológica para, además de tramitar la manera en la que haremos el envío y escuchar su opinión sobre la práctica de la exéresis en el domicilio.

Realizamos el Consentimiento Informado poniéndonos en contacto con todos los hijos y aclarando cada una de las dudas que nos plantean. Ellos están de acuerdo y María nos mira sonriendo; con ella no podemos tener la confianza del amigo, pero creemos que sí contamos con la confianza ganada a lo largo de varios años de relación¹¹. Fijamos una fecha próxima para operarla en su casa y cuando llega el día nos trasladamos al domicilio, médico, enfermera y nuestro experto, llevando todo lo necesario.

La operamos en casa, evitando así que María se desestabilizara por tener que desplazarse durante una hora en ambulancia hasta el hospital, sin arriesgarnos a que "cogiera frío" durante el viaje. No fue necesario zarandearla para subirla a una ambulancia que no hubiese llegado hasta la puerta por las condiciones de las calles, ni fue necesario hacer pasar a los hijos por el mal rato de dar explicaciones a los vecinos.

José nos ayudó durante la intervención cuando hubo que sujetarle las manos, con la paciencia del hijo que conoce a su madre. La mesa del comedor fue una improvisada y bien provista mesa auxiliar, y la mesa de quirófano fue ese día el sofá del comedor. La intervención consistió en rebanado de la lesión con márgenes y posterior

fulguración, pautando curas posteriores con Fura-cín y Tulgrasun. No hubo ningún problema y todo salió bien.

Se remitió la muestra al hospital y, gracias a la actitud colaboradora del departamento de Anatomía Patológica, en pocas horas tuvimos el diagnóstico histológico: Fibroxantoma Atípico, confir-mándonos además que la exéresis era completa, con márgenes libres que se aseguraron al utilizar el bisturí eléctrico para quemar la superficie. La cura-ción fue *ad integrum*.

IR MÁS ALLÁ DE LOS HECHOS

Contamos por una parte con las peculiaridades de la asistencia de la Atención Primaria que son: asistencia, integral, integrada e integradora. Asistencia también en el domicilio. Actividades de prevención y promoción de la salud. La familia como unidad asistencial. Puerta de entrada y vínculo de unión entre niveles asistenciales. Especialistas en personas⁷.

Estas características se pueden apreciar en el caso que presentamos, pero damos un paso más para analizar cómo la realización, de manera excepcional, de un acto quirúrgico fuera de un hospital, puede verse como una búsqueda de la excelencia profesional, (artículo de Gafo, J en¹⁰ al ir más allá de la valoración (clínica) positivista del hecho en sí, y la correcta ejecución de la técnica para ofrecer, no sólo una buena solución, sino, si podemos, la mejor solución al problema.

La decisión de realizar la intervención en el domicilio de María fue, por tanto, la mejor opción: además de beneficiar a la paciente y a su familia, fue óptima en cuanto al manejo de recursos, pues evitó gastos de traslado, ingreso, etc; y también lo fue respecto a promover la unión entre niveles asistenciales, pero manteniendo siempre en el centro a las personas a las que se atendía, respetando igualmente los principios de:

Autonomía: Se realizó el consentimiento informado y se respetaron los deseos de la familia y la paciente¹². Beneficencia: En todo momento se balanceó el beneficio de atenderla en su casa frente al riesgo de posibles complicaciones (que fueron previstas y controladas) y las cargas (objetivadas por las lesiones que María se producía) que suponía la espera. No Maleficencia: Se evitaron incomodidades y trastornos relacionados con un traslado innecesario y no deseado. Justicia: Se hizo un co-

recto uso de los medios disponibles, optimizando los recursos sanitarios.

La narración detallada de este suceso es necesaria para entender cómo se plantea la resolución del conflicto, esto es, teniendo en cuenta no sólo la (posible) patología que nos llevaba a poner en marcha unas medidas estandarizadas de actuación, sino también el intento de dar una respuesta desde el conocimiento de las circunstancias concretas que rodean el problema. Deliberamos teniendo en cuenta, además de los principios fundamentales de la bioética, las consecuencias de seguir el trámite habitual o proponer, en cambio, una vía de acción intermedia y negociada², siempre desde la prudencia y valorando en cada momento los riesgos, las cargas y los beneficios.

CONCLUSIONES

Creemos que este caso es representativo de como situaciones donde la decisión parece sólo “clínica” precisan para ser prudentes de un análisis de las particularidades que suponían para una familia dispersa, un ingreso o varios traslados al hospital complicados por: la localización de la vivienda y la distancia, las malas condiciones meteorológicas (nieve) y el impacto emocional que supone en el entorno rural salir en ambulancia.

Balanceamos el beneficio-riesgo, contamos con el factor tiempo como elemento a favor de la temprana realización en domicilio cumpliendo así con la “lex artis”, logrando una resolución efectiva y eficiente que optimizó recursos, respetando así los principios de Justicia, Autonomía y Beneficencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaspar Escayola, JI, et al. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes del Gobierno de Aragón. : Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
2. Gracia Guillén D. Fundamentos de bioética. 3ª ed. Madrid: Triacastela; 2008.
3. Gracia Guillén D. Ciclo de conferencias sobre Responsabilidad, en la fundación Juan March. 1990.
4. Gracia Guillén D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 3th ed. New York ; Oxford: Oxford University Press; 1989.
6. Gracia Guillén D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.

7. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Ciurana Misol R. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Madrid, etc.: Elsevier; 2008.
8. Gracia Guillén D, Júdez Gutiérrez J. Ética En La Práctica Clínica. Madrid: Triacastela; 2004.
9. Ferrer J, Alvarez JC. Para fundamentar la bioética: Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. 1ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.; 2003.
10. Couceiro A. Ética En Cuidados Paliativos. Madrid: Triacastela; 2004.
11. Laín Entralgo P. Sobre la amistad. Madrid: Revista de Occidente; 1972.
12. Altisent Trota R, Martín Espíldora MN, Serrat Moré D. Ética Y Medicina De Familia; 2000.