

Ética del cuidado de los pacientes con el diagnóstico de fractura del tercio proximal del fémur

Ethics in the care of patients diagnosed with fracture of the third proximal of the femur

Zaily Fuentes Díaz^{1*}

Orlando Rodríguez Salazar²

1. Doctora en Ciencias Médicas. Máster en Urgencias Médicas. Especialista en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Asistente e Investigador Agregado. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste Km 4½. Camagüey, Cuba. CP. 70100.
2. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Plástica y Quemado. Profesor Asistente e Investigador Agregado. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste Km 4½. Camagüey. Cuba. CP. 70100.

* Autor para la correspondencia: zaily@hmp.cmw.sld.cu

RESUMEN

Fundamentación: la intervención de los anestesiólogos durante el preoperatorio de los pacientes con fractura del tercio proximal del fémur no queda reducida a la recopilación de datos científicos de carácter biológico, es una exigencia actual enfrentarse al paciente con una profunda comprensión de su esencia social y desde una posición humanista.

Objetivo: determinar las condiciones sociales del sufrimiento de los pacientes con fractura del tercio proximal del fémur durante el preoperatorio.

Método: se realizó un estudio de revisión sistemática cualitativa, con la información cualitativa descriptiva a través de la recolección, evaluación, verificación y síntesis de las evidencias existentes.

Resultados: si está indicada la intervención quirúrgica, se asegura la prevención de la discapacidad en la población envejecida vulnerable o frágil con alto riesgo quirúrgico. La fragilidad como proceso dinámico produce la transición a mayor fragilidad y su vez conduce a un espiral de resultados adversos de salud con carácter multidimensional y progresivo.

Discusión: la ética del cuidado destaca la importancia de valorar el sufrimiento del paciente, la necesidad y sensibilidad para responder de tal forma que se proteja al paciente y sus familiares de la sensación de aislamiento, abandono y discapacidad propios de la enfermedad. El cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida de las personas, el cuidado por parte de los anestesiólogos incluye profesionalidad a lo cotidiano.

Palabras clave: anestesiología; reanimación; fractura; ética del cuidado.

ABSTRACT

Background: the intervention of the anesthesiologists during the preoperative of the patients with fracture of the third proximal of the femur is not reduced to the summary of scientific data of biological character; it is a current demand to face the patient with a deep understanding of its social essence and from a humanist position.

Objective: to determine the social conditions of the suffering of the patients with fracture of the third proximal of the femur during the preoperative.

Method: it was carried out a study of qualitative systematic revision, with the descriptive qualitative information through the gathering, evaluation, verification and synthesis of the existent evidences.

Results: if it is suitable the surgical intervention. The fragility like dynamic process produces the transition to more fragility and its time it drives to a hairspring of adverse results of health with multidimensional character and progressive.

Discusión: the ethics of the care highlights the importance of valuing the patient's suffering, the necessity and sensibility to respond in such a way that is protected to the patient and its relatives of the isolation sensation, abandonment of the illness. The care is a permanent and daily activity of the life of people the care on the part of the anesthesiologists.

Keywords: anesthesiology; reanimation; fracture; ethics of the care.

Recibido: 4/1/2018

Aprobado: 29/5/2018

INTRODUCCIÓN

La intervención de los anestesiólogos durante el preoperatorio de los pacientes con fractura del tercio proximal del fémur no queda reducida a la recopilación de datos científicos de carácter biológico, es una exigencia actual enfrentarse al paciente con una profunda comprensión de su esencia social y desde una posición humanista. En estos pacientes el dolor y el sufrimiento se colocan en el centro de las concepciones teóricas del profesional y al lado de sus conocimientos científicos.

La mayor parte de los pacientes propuestos para intervención quirúrgica por fractura del tercio proximal del fémur experimentan dolor preoperatorio severo de forma innecesaria. La evidencia demuestra que un inadecuado alivio del dolor tiene consecuencias fisiológicas y psicológicas nocivas en los pacientes, aumenta la morbilidad, la mortalidad, prolonga la estancia hospitalaria y proyecta una imagen negativa de la calidad de los servicios de salud.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, descrita en términos de tal lesión. Esta definición se aplica a dolor agudo de reciente comienzo y duración limitada, que tiene una relación temporal y causal con una lesión o enfermedad.⁽¹⁾

Por su parte el sufrimiento constituye una reacción psicológica provocada por un hecho doloroso físico o no y de duración variable en dependencia del significado que para el sujeto tiene el hecho que lo provoca. Para que exista el sufrimiento no tiene que estar el hecho doloroso basta el recuerdo de éste para que se haga realidad el sufrimiento.⁽²⁾

La concepción holística del dolor y sus implicaciones en la asistencia profesional forman parte de los cuidados paliativos del adulto mayor debido al envejecimiento como proceso biológico con variabilidad interindividual que conlleva a la pérdida progresiva de la reserva funcional fisiológica. La alteración de estas funciones no es evidente en situación basal pero se manifiesta en momentos de estrés como la enfermedad y el perioperatorio.

El dolor como cualquier otro síntoma o signo clínico se evalúa. Su cuantificación se realiza mediante el uso de herramientas de las cuales hay una gran variedad según los objetivos para los que se utilizan. El dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el enfermo sabe sí le duele y cuánto le duele; por lo tanto, se necesita la valoración del dolor por parte del paciente. Pero como sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que mida con exactitud la intensidad del dolor. Ninguno de los signos físicos tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial sistémica, frecuencia respiratoria, o cambios en la expresión facial que acompañan al dolor mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente.

Tampoco el tipo de intervención quirúrgica es proporcional a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué sentir el mismo grado de dolor y la actitud que cada uno de ellos presenta dependerá de su personalidad, su cultura y su síquis. Sin duda en el adulto mayor la vulnerabilidad, comorbilidad y discapacidad se consideran amenazas a la integridad del paciente es desde esta perspectiva que la valoración preoperatoria es multidisciplinar, dinámica y estructurada que permite la detección y cuantificación de los problemas, necesidades y capacidades del paciente geriátrico en la esfera biológica, funcional, mental y social que establezca una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento de los pacientes con el diagnóstico de fractura del tercio proximal del fémur, con el fin de la optimización perioperatoria, satisfacción del paciente, independencia y mayor calidad de vida.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de revisión sistemática cualitativa, con la información cualitativa descriptiva a través de la recolección, evaluación, verificación y síntesis de las evidencias existentes.

DESARROLLO

En la actualidad es necesario replantearse qué resultados de salud son importantes para el adulto mayor, a los relevantes resultados estadísticos de egreso en condición de vivo o fallecido se añade la evaluación de la funcionabilidad, estado cognitivo y la satisfacción del paciente, con respeto a la individualidad.

Berger J Tet et. al.⁽³⁾ reflejaron la visión holística de los pacientes en términos como: “los cuerpos duelen, las personas sufren y no tratamos enfermedades tratamos personas que padecen enfermedades”.

El término sufrimiento inquieta a los médicos y en el artículo de Lee TH ⁽⁴⁾ se reflexiona sobre el escaso uso del término *suffering* en medicina, al respecto este autor señaló: “[...] no recuerdo la última vez que mis compañeros y yo usamos esa palabra, con el poco uso del término en las revistas científicas y en los libros de texto”. Quizás no sea anecdótico que en el manual de estilo utilizado de la *American Medical Association* aconseja evitar describir a las personas como víctimas o en otros términos que sugieran impotencia, afligido por, padece, asolado por, minado. Irónicamente los programas de salud pública sí pueden sufrir de falta de financiación, pero los pacientes tienen una enfermedad o complicaciones más que sufrir o sufrirlas. Concluyen que el sufrimiento es heterogéneo y complicado. La palabra sufrimiento hace sentir mal a los prestadores de servicio en salud. Se evita el término sabiendo que es real en los pacientes, porque la idea de responsabilizarse es abrumadora.

La entrevista médica evalúa de forma individual la historia personal, el significado que atribuye a la enfermedad, sus síntomas y el tratamiento indicado. Aunque en la actualidad se utilizan herramientas para la detección del dolor, estas en lo posible generan efectos terapéuticos y son adecuadas en la evaluación de aspectos subjetivos, sencillos, breves, de fácil comprensión para el paciente y el médico, a la vez que son válidas y confiables. La satisfacción del paciente en cuanto al grado de recuperación es según el grado de vulnerabilidad previa del adulto mayor. Como demostró el estudio de Griffiths et al.⁽⁵⁾ por el *National Health Service*. Es poco probable que una única herramienta sea útil en la demostración de la satisfacción de la asistencia del dolor en todo el espectro de los adultos mayores.

En la práctica clínica se diferencian distintos perfiles de ancianos que reflejan heterogeneidad debido a las diferencias entre los individuos en cuanto a los factores genéticos y ambientales, a sus hábitos de vida y a los antecedentes de enfermedades con diferente reserva funcional o fragilidad. Por ello se establece las denominadas tipologías de ancianos.

Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos ⁽⁶⁻⁷⁾

Anciano sano: persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable.

Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas de autocuidado, comer, higiene, vestirse, utilizar el cuarto de baño, continencia y movilidad se evalúan mediante el índice de Barthel instrumentadas como comprar, cocinar, lavar ropa, limpieza del hogar, usar teléfono, usar dinero, usar transporte público y tomarse el medicamento. Sin problemática mental y social.

Anciano enfermo: aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Son pacientes que ingresan por un proceso único, no presentan otras enfermedades, ni problemas mentales y sociales. El problema de salud se atiende en los servicios sanitarios que corresponda.

Anciano frágil es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica gracias al equilibrio con el entorno socio-familiar en estos casos procesos intercurrentes pueden llevar a una situación de pérdida de la independencia que obligue a la necesidad de recursos sociales y sanitarios. En el anciano frágil la capacidad funcional esta conservada para las actividades básicas de la vida diaria aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales complejas. El hecho fundamental que define al anciano frágil es que siendo independiente tiene alto riesgo de volverse dependiente, tiene riesgo de discapacidad.

Paciente geriátrico: paciente de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas, en él ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan de ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.

Sí está indicada la intervención quirúrgica, se asegura la prevención de la discapacidad en la población envejecida vulnerable o frágil con alto riesgo quirúrgico. La fragilidad como proceso dinámico produce la transición a mayor fragilidad y su vez conduce a un espiral de resultados adversos de salud con carácter multidimensional y progresivo.

Clegg et al.⁽⁸⁾ en 2013 y Martin Lasende ⁽⁹⁾ definieron fragilidad como un estado fisiopatológico de vulnerabilidad que predispone al anciano que la tiene a acontecimientos adversos graves de salud derivado de falta de mecanismos compensadores y pérdida de la homeostasis como consecuencia del declive acumulativo en múltiples sistemas corporales, conlleva la disminución de la reserva funcional del anciano y provoca que un insulto menor origine un cambio en el estado de salud del anciano.

Se acepta la definición de Morley JE et. al.⁽¹⁰⁾ a través del consenso de expertos internacionales como síndrome médico con múltiples causas caracterizado por pérdida de fuerza, resistencia y disminución de la función fisiológica que aumenta la vulnerabilidad individual de independencia y deceso. Por lo tanto, el análisis del proceso salud enfermedad del adulto mayor es multidimensional. La atención individualizada del adulto mayor vulnerable tiene como objetivos fundamentales el permitir la toma de decisiones compartida, reducir los costos y optimizar la salud.

No hay ninguna razón para que el enfermo propuesto para intervención quirúrgica por fractura del tercio proximal del fémur no sea interrogado y explorado como cualquier otro paciente que se aqueja por el dolor. Realizar una determinación del tipo e intensidad del dolor en sus diferentes aspectos: localización: ¿dónde le duele? "indique con el dedo"; constante o variable en localización y tiempo; circunstancias. Modo de aparición, factores desencadenantes. Características clínicas del dolor: descripción del dolor basada en quemazón, pulsátil, descarga, intensidad moderado, intenso, muy intenso, intolerable, factores agravantes al cambio de postura, tos, posición, alivio en reposo, sueño, tranquilidad. Repercusión del dolor: sobre la vida familiar, social y laboral. Repercusión psicológica: modificación del dolor por la actividad, el estado de tensión y las ocupaciones. Efectos y resultados de los tratamientos utilizados, analgésicos, físicos y quirúrgicos.

La autonomía permite se comparta con el paciente psíquicamente apto y las decisiones que se tomen con respecto a su salud. Como ocurre con frecuencia en el preoperatorio de los pacientes propuestos para intervención quirúrgica por fractura del tercio proximal del fémur, donde la autonomía pasará a ejercerla un representante legal del paciente.

Según Françoise Collière M,⁽¹¹⁾ cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación.

Se deduce que la ética del cuidado es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin el cuidado de sus semejantes o el suyo propio. La ética del cuidado se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos y donde surge el reconocimiento a la responsabilidad hacia los otros.

La ética del cuidado del paciente con el diagnóstico de fractura de cadera se basa en la asistencia a las necesidades del paciente y sus familiares, el alivio del dolor, las circunstancias del personal de salud para ser responsable de otro, para proteger y atender al paciente. La moralidad como compromiso deriva de la certeza de que el bienestar, e incluso la sobrevivencia, requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y el cumplimiento de derechos y deberes.

Hoy día el contexto de los pacientes con fractura del tercio proximal del fémur invita a la transdisciplinariedad. La perspectiva se caracteriza por ser multiforme, temporal y permite reflexionar sobre el entorno social. El modelo transdisciplinario que se lleva a cabo para la asistencia de estos pacientes se comparte no solo en el cometido y el contenido, sino también en el contexto, de manera que se logra una legitimación social del discurso disciplinario, lo cual tiene una gran trascendencia en el campo de la salud. El alegato bioético es integrador, transdisciplinar y dialógico.

Citada por Gilligan C,⁽¹²⁾ puede consultarse la contribución de Piaget J., Kohlberg L. y del propio Gilligan a la ética del cuidado.

Realmente, los primeros estudios de Piaget sobre el desarrollo moral poco tienen que ver con conceptualizaciones éticas. La preocupación de él se basa más en "el criterio moral en el niño", se dirige más a comprender el desarrollo de nociones particulares, como la mentira, origen de las reglas, el castigo, sin que se exigiera una comprensión clara de los problemas morales. Piaget J. entiende la justicia como el cumplimiento de reglas sociales y el simple acto de transformación de estas por consenso social. Estas capacidades cognitivas se corresponden con lo que Lawrence Kohlberg presenta como propio de un razonamiento convencional. Para la teoría estructural de Piaget J. y Kohlberg L. son irrelevantes las diferencias en el desarrollo debidas a

variaciones culturales, sociales, educativas o de género; de igual modo, consideran la justicia como el eje central de la moralidad.⁽¹²⁾

Kohlberg L. manifiesta que el desarrollo moral implica un proceso jerárquico de seis etapas, guiado por un sistema racionalista, donde prima la justicia como base fundamental de su teoría, la cual es procedimentalista; por lo tanto no se dice que algo es bueno en general, solo que la decisión se toma, siguiendo o no las normas. El problema no radica en si los resultados son justos, sino en que se cumplan los procedimientos. Para la ética de la justicia es necesario partir de las personas como entes separados, independientes, lo cual supone una concepción del individuo como previo a las relaciones sociales, que comprende el mundo como una red de relaciones, en las que se inserta el yo y surge un reconocimiento de las responsabilidades hacia los demás.

Gilligan C. propone la ética del cuidado como la responsabilidad social, desde la que se plantea la búsqueda del bienestar de las personas, de aquellas afectadas por las decisiones morales, las cuales tienen consecuencias para la vida, para el futuro de las próximas generaciones; con la propuesta “ (...) *aboga por las diferencias, por el reconocimiento de historias particulares, por el cuidado y el deseo de bienestar del otro, por la benevolencia como matriz de las relaciones sociales y del juicio ético*”.⁽¹²⁾ En esta teoría, Gilligan C. reclama un espacio, donde el otro deba ser reconocido en su particularidad.

No obstante, para la ética del cuidado la responsabilidad hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda. Si se observa una necesidad, se está obligado a procurar que se resuelva; sin embargo, esto se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones, en la que todos se encuentran insertos. Así, surge el reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros.

En el 1985 se publicó *Gadow's contribution to our philosophical interpretation of nursing* citado por Bishop HA et al,⁽¹³⁾ se afirma en este artículo que el valor de los cuidados apoya la ética dirigida a proteger y promover la dignidad humana de los pacientes que reciben atención en salud.

Por tanto, los cuidados constituyen el fundamento de la ciencia humana en la medicina. Entonces, esta disciplina tiene como eje central el cuidado, entendido como el interés de proteger, promover la vida y generar sentimientos de bienestar, tanto para quien recibe los cuidados como para quien los brinda.

CONCLUSIONES

La ética del cuidado destaca la importancia de valorar el sufrimiento del paciente, la necesidad y sensibilidad para responder de tal forma que se proteja al paciente y sus familiares de la sensación de aislamiento, abandono y discapacidad propios de la enfermedad.

El cuidado es una actividad permanente y cotidiana en la vida de las personas, el cuidado por parte de los anestesiólogos incluye profesionalidad en el ámbito de lo cotidiano.

El acto del cuidado implica un juicio de valor así como procesos dinámicos participativos para la identificación, priorizar las necesidades y decidir el plan anestésico con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad intervenir en el tratamiento y en la rehabilitación y brindar cuidados paliativos para el alivio del sufrimiento en el preoperatorio lo que permite adoptar la posición necesaria, en tanto se desarrollen las potencialidades personales y colectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graham E, Whitehead M, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 2]; (7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=21735403>
2. Méndez Laria A, Pomares Bory E. Los conceptos dolor, sufrimiento y felicidad. En: Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez J, Armas Vázquez AR, Araújo González R, Bacallao Gallestey J, Barrios Osuna I, et al. Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2005. p. 128-133.
3. Berger JT, Rosner F, Cassell EJ. Ethics of Practicing Medical Procedures on Newly Dead and Nearly Dead Patients. Journal List J Gen Intern Med. [Internet]. 2002 Oct [cited 2017 Jan 2];17(10):[aprox. 4 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495118/>
4. Lee TH. The Word that shall not be spoken. N Engl J Med [Internet]. 2013 Nov [cited 2017 Jan 2];69(19):[aprox. 3 p.]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1309660>

5. Griffiths P, Dall'Ora Ch, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, et al. Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries. The association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care* [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Jan 2]; 52(11): 975-981. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196798/>
6. Robles Raya MA, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátrica. Tipología de ancianos y población diana. En: Abellan Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Giménez C, AlbóPoquí A, Alfaro Acha A, Alonso Álvarez M, et al. *Tratado de Geriátrica para residentes*. España: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2006. p. 25-32. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>
7. González Montalbo JL, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriátrica y asistencia geriátrica: para quién y cómo. *Med Clin (Barc)*. 1991; 96:183-8
8. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *NCBI* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Jan 2];2(381):752-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098658/>
9. Buzón Alonso C. Manejo de la fragilidad en APS. Madrid: Hospital Universitario de Getafe; 2008. Disponible en: http://almageriatria.org/pdf_files/guatemala/participantes/MANEJO%20DE%20LA%20FRAGILIDAD%20EN%20LA%20aps.pdf
10. Morley JE, Vellas B, Abellan Van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabe R. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 Ene 2];14(6):[aprox. 5 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084863/>
11. Francoise Collière M. *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana. 1993. p. 8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013
12. Gilligan C. La ética del cuidado. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. [Internet]. 2013 [citado 2 Ene 2017]; 30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74140405>

13. Bishop AH, Scudder JR. Gadov's contribution to our philosophical interpretation of nursing. *Nursing Philosophy* [Internet]. 2003 Jun. [cited 2017 Ene 2];4(2):[aprox. 6 p.]. Available from: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046-j.1466-769X.2003.00125.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1466-769X.2003.00125.x/pdf)

Conflicto de intereses:

Las autoras declaran no presentar conflicto de interés para este artículo.