

Facultad de Estomatología, ISCM-H
Departamento de Prótesis Buco-Máximo-Facial

Aplicación de principios bioéticos en el tratamiento al paciente tributario de prótesis buco-máximo-facial. Realidad y perspectivas

Dra. Rosa A. Barnet Izquierdo *, Dr. Elizardo Alemán Hernández **.

* Especialista de 1er Grado en Prótesis Estomatológica, Diplomado en Buco-Máximo-Facial

** Especialista de 2do Grado en Periodontología, Profesor Auxiliar de Facultad de Estomatología ISCM-H

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una reflexión acerca del surgimiento de la Bioética y la aplicación de sus principios básicos (**AUTONOMÍA, BENEFICENCIA Y JUSTICIA**) en el tratamiento de los pacientes tributarios de Prótesis Buco-Máximo-Facial. Se dan a conocer las afectaciones somáticas, funcionales y psíquicas que provocan los distintos tratamientos quirúrgicos a que son sometidos los pacientes y cómo el personal vinculado con los servicios de Prótesis Buco-Máximo-Facial debe estar esmeradamente sensibilizado con los principios bioéticos, para garantizar una adecuada rehabilitación, de manera que logre el enfermo su total reincorporación a la sociedad y una mejor calidad de vida. Se muestra el análisis de algunos casos describiendo cómo se enfrentan bioéticamente decisiones acerca del tratamiento rehabilitador más favorable a los pacientes y, por último, los aspectos en los cuales debemos trabajar en el futuro. Palabras clave: bioética, prótesis buco-máximo-facial

ABSTRACT

The paper presents a reflection on the emergence of bioethics and the application of its basic principles (**AUTONOMY, BENEVOLENCE AND JUSTICE**) in the treatment of patients that are beneficiaries of oral and maxillofacial prostheses. Some data is offered on somatic, functional and psychic damage caused by different surgical treatments to which patients are subjected, and how the personnel involved in the Oral and Maxillofacial Prostheses. Prosthesis services should adhere to these principles in order to guarantee an appropriate rehabilitation by which so that a sick person achieves his or her total reincorporation into society and a better quality of life. Some cases are shown that describe how certain decisions are bioethically addressed on the most favourable rehabilitative treatment, and aspects on which further work we should be carried out in the future. Key words: bioethics, oral and maxillofacial prostheses

INTRODUCCIÓN

Desde que los hombres viven en comunidad, la regulación moral de la conducta ha sido necesaria para el bien colectivo. Los distintos sistemas morales se establecían sobre pautas arbitrarias de conducta que evolucionaron a leyes impuestas por líderes para mantener la estabilidad de sus grupos. En este contexto surge la ética como teoría de la moral. Se dice que la

teoría ética más organizada de la antigüedad fue la de Aristóteles, y es la que marca su comienzo como una disciplina filosófica.¹

La ética de la humanidad ha ido sufriendo cambios a lo largo de la historia, en dependencia de los distintos conflictos y contextos sociales del desarrollo científico-técnico, de las formas de vida y del progreso cultural y espiritual de la sociedad. Por su par-

te, la ética médica, no es más que esta misma ciencia normativa aplicada al campo de la medicina.¹

Se pensó durante una época que las cuestiones sobre la ética médica debían ser respondidas solo por los profesionales de esta materia. Se formulaban preguntas, entre otros temas, sobre si alguna vez fuese correcto violar el estricto código de confidencialidad que se mantenía, y todavía persiste, entre el médico y su paciente. En el caso de que la capacidad del paciente no permita comunicarle con franqueza su diagnóstico si este padeciera una enfermedad incurable o transmisible ¿Debe ser informada o no la familia del enfermo?²

Estos problemas aún se presentan e, incluso, se han agudizado por el ascenso de la privacidad. Si un médico actúa de un modo escandaloso o reprochable, en el orden moral y/o científico puede dejar de ejercer la profesión. Pero a finales del siglo XX, las interrogantes han ido aumentando. ¿Cómo pueden los enfermos no aptos para comprender la naturaleza técnica de su dolencia o su tratamiento ejercer su derecho al consentimiento informado? ¿Cómo deberían distribuirse los recursos médicos cuando estos son tan escasos? ¿Deben tener prioridad los niños sobre los ancianos, los ricos sobre los pobres, los de mayores posibilidades de sobrevivir sobre los de menos?^{2,3,4}

La profesión médica ya no puede confiar por entero en su propia conciencia, porque las cuestiones a las que sus miembros deben responder ya no están relacionadas simplemente con la clásica relación médico-paciente.

Al médico oncólogo W.R.Potter se le reconoce haber sido el primero en expresar un concepto de bioética definiendo la misma como un sistema moral basado en conocimientos biológicos y valores humanos.

La bioética se formaliza como una disciplina y se perfila como un movimiento social en el contexto de las reivindicaciones de los años 60. Por esta época se justificaba el experimento de fármacos y terapéuticos en enfermos terminales, condenados a muerte, estigmatizados raciales. Ante esta práctica comienzan las denuncias y reacciones de indignación por casos de abusos médicos. La prensa norteamericana se hace eco de esta situación y el gobierno crea una

comisión nacional que concluye su trabajo en lo que se conoce como el informe de Belmont (Washington 1979), donde se especifica la información clara y precisa que debe brindarse a las personas que acepten someterse a experimentos, para lograr un consentimiento lo más consciente posible.^{1,3,4}

En los años 70 irrumpen nuevas técnicas biomédicas que nos van cambiando el panorama del nacer, vivir y morir de los humanos. En los 80 pasamos de la preocupación por el cuidado de la salud, al análisis de los impactos de la tecnología sobre la vida humana, la vida animal, la vegetal y la responsabilidad del hombre con los resultados de su obra, así como su influencia sobre la vida y calidad de la misma de las generaciones actuales y las futuras.^{5,6}

El reto de la bioética en estos momentos sería lograr una ética a favor de la vida, proponiéndose:

- El análisis racional de situaciones conflictivas derivadas de aplicaciones técnico-científicas.
- La utilización de la más correcta y completa información sobre el caso.
- El trabajo interdisciplinario.
- La búsqueda de consenso.
- El respeto del derecho a la vida (en todas sus formas), la libertad y la dignidad humanas.
- La responsabilidad solidaria con las generaciones actuales y futuras.

Existen teorías, principios y reglas que conforman una guía de acción para el análisis de un conflicto bioético, pero la guía de los tres principios **AUTONOMÍA** (respeto por la decisión del paciente), **BENEFICENCIA** y **JUSTICIA** (defensa de lo social), si le agregamos un cuarto, el de **NO-MALEFICENCIA**, sigue siendo la más operativa.^{7,8}

Estos principios tienen una aplicación fundamental en el manejo del paciente tributario de Prótesis Bucal-Máxilo-Facial (PBMF), ya que la práctica diaria nos enfrenta a múltiples conflictos bioéticos que debemos resolver y es lo que ha motivado la realización de este trabajo, pues resulta indiscutible que ante la realidad de la PBMF, la bioética debe ser celosamente refinada y a la vez se requiere que el personal de salud que se encarga de ella se sensibilice bioéticamente con los pacientes enmarcados en esta

dependencia, lo que justifica que el objetivo de este trabajo sea reflexionar sobre algunos conceptos generales de bioética y su aplicación actual en el tratamiento a pacientes tributarios de PBMF.

DESARROLLO

La PBMF es la rama de la prótesis estomatológica que se encarga de reponer estructuras y órganos perdidos del macizo cráneo-facial rehabilitando al paciente tanto funcional, psíquica como estéticamente, para lograr así la reincorporación del individuo a la sociedad y mejorando su calidad de vida.

La pérdida de cualquier parte del cuerpo es un hecho que no resulta fácilmente aceptado por la mayoría de las personas. El paciente tributario de PBMF en muchos de los casos sufre mutilaciones que pueden ser visibles o no. Cuando lo son, casi siempre afectan zonas del rostro variando considerablemente su configuración estética, lo que se convierte en un hecho de suma gravedad ya que la cara es la parte del cuerpo que en mayor grado está sometida a la observación directa de todas las personas que van a interactuar con el enfermo. Cuando no son visibles pueden producir afectación de funciones tales como la fonación, la deglución, la masticación y la respiración. Tanto unos como otros van a producir en nuestro paciente un sentimiento de minusvalía y serios trastornos de la personalidad dados por la dificultad para comunicarse (en algunos casos) o el temor a sentirse monstruoso y rechazado por la sociedad ante las deformaciones que dejan como secuela las intervenciones quirúrgicas.

Todos estos aspectos son influenciados además por la personalidad del individuo, la etiología de la mutilación, las actitudes de la familia y de todos los que conforman su entorno social, incluyendo el equipo médico y paramédico que va a interactuar con el paciente.,

REALIDAD

El Sistema Nacional de Salud Cubano lucha cada día por dar a la población una atención esmerada, así como por elevar el nivel científico de nuestros profesionales y técnicos actuales y futuros. Un ejem-

plo de esto es la creación de la Red Asistencial Nacional de Prótesis Buco-Máxilo-Facial y Rehabilitación de la Cara, integrada por seis centros ubicados a todo lo largo del país que dan atención gratuita a estos pacientes y disponen de los recursos necesarios para garantizar el tratamiento de los mismos, además de garantizar la docencia de esta asignatura.

Sin embargo, aún teniendo en nuestras manos una serie de recursos que el Estado garantiza para llevar a vías de hecho la esmerada atención a estos enfermos, la falta de enfoque bioético de algunos casos hace que se violen o pasen por alto (quizás por desconocimiento del tema), principios que son vitales y que llevan al análisis de si se está cumpliendo o no con el empeño de mejorar la calidad de vida de nuestros enfermos.

Jurídicamente hablando la autonomía es la posibilidad de elegir por sí, que tienen las personas como un derecho inalienable.

“La expresión más práctica y cotidiana del principio de la autonomía es el consentimiento informado. En el plano asistencial puede definirse como la adhesión libre y racional del sujeto a un procedimiento que se realiza por parte del equipo de salud, sea con intención diagnóstica, terapéutica, pronóstica o experimental. Incluye competencia (capacidad), información y libertad”^{10,11}

En este caso la libertad será la capacidad del individuo de autodeterminar, el sentido de elección personal y el respeto por ella que permite que se constituya en un ser único e irreplicable, dotado de dignidad y por lo tanto abierto a sus semejantes.

Se entiende como competencia la capacidad de comprender y apreciar las propias acciones y la información que se le brinda.

En cuanto a la información (información apropiada según la comunidad científica), una vez consideradas las distintas posibilidades, se debe tratar de informar al paciente adaptando la información científica a los recursos de comprensión que este tenga, incluyendo siempre los riesgos y beneficios significativos del procedimiento propuesto.

De acuerdo con lo expuesto se pueden plantear algunas disyuntivas que llevan a reflexionar:

- Los pacientes hemimaxilectomizados, como

resultado del acto quirúrgico, presentan una comunicación buco-nasal que les dificulta la deglución, la masticación y la fonación. El tratamiento de elección en estos casos sería el de colocar una prótesis inmediata para evitar al paciente las dificultades anteriormente relacionadas; sin embargo en la mayoría de los casos lo que debería ser una práctica obligada no se cumple y el paciente llega a la consulta para su rehabilitación días, semanas o meses después de ser intervenidos quirúrgicamente, en ocasiones con una sonda nasogástrica por la que debe alimentarse y en otras, simplemente con la comunicación sin ocluir, con la consiguiente afectación funcional y psíquica que esto conlleva.

Evidentemente, en estos casos no fueron informadas ni consultadas con el paciente ni familiares las diversas opciones de tratamiento **INMEDIATO O MEDIATO**, a que podía haber sido sometido y las ventajas y desventajas de cada uno. De haber sido así, seguro hubiera optado por el primero, el cual permite una mejor recuperación del paciente. Se ha violado el principio de autonomía y pudiera cuestionarse hasta qué punto se ha actuado con beneficencia si se ha limitado el daño, pero se ha prolongado el sufrimiento del paciente. Hemos aplicado el concepto más paternalista de ética médica al asumir el derecho a decidir lo que más conviene al paciente y hemos faltado a la máxima bioética de la atención multidisciplinaria para poder elegir el tratamiento más integral al paciente.

- En ocasiones se somete al paciente a una secuencia de radiaciones sin haber confeccionado un aparato protésico o utilizado otro método que proteja los dientes remanentes. El tratamiento lo libera del cáncer, pero deja como secuela una afectación dentaria irreversible. En la mayoría de los casos el enfermo no está suficientemente informado de que este daño puede ser evitado o tan siquiera disminuido. De manera que el profesional está asumiendo totalmente la decisión de qué es lo mejor para el paciente sin darle la participación que debe tener en la solución de su problema de salud.

Tanto en uno como en otro caso se obvió, además, la participación del protesista buco-máxilo-facial en la confección del plan de tratamiento a los pacientes, lo que resulta importante a la hora de dar un

enfoque multidisciplinario a su rehabilitación.

- Otro tema de controversia pudiera ser la selección del color del iris de un paciente invidente, cuyo criterio hay que respetar, aunque a veces no estemos plenamente de acuerdo por considerar que no es lo mejor desde el punto de vista estético.

Son muchos los detalles que se pudieran enumerar, desde la inmediatez que se necesita para el tratamiento rehabilitador, hasta detalles tan exquisitos como el tipo de material a seleccionar para la confección de la prótesis, lo que a veces es decidido por el profesional obviando la consulta con el paciente (en ocasiones compulsados por la limitación de recursos)

Estos aspectos son los que en ocasiones hacen que el tratamiento fracase, no desde el punto de vista funcional sino al analizar el impacto psicológico personal y social que debe lograr la rehabilitación en el paciente.

PERSPECTIVAS

Entre las perspectivas futuras que nos trazamos para lograr una mejor atención de nuestros pacientes están las siguientes:

- Ampliar la Red Asistencial Nacional hacia otras provincias del país para mejorar la accesibilidad al tratamiento por parte de los enfermos.

- Crear equipos multidisciplinarios en los centros que aún no los posean, abiertos a la incorporación de todas las especialidades que puedan tener relación con la atención de estos pacientes y lograr una verdadera inserción del protesista B-M-F en el mismo, para incorporar cada vez más el criterio de rehabilitación en la valoración integral del paciente.

- Respetar el principio de **AUTONOMÍA** en todos los casos y que se lleve a la práctica el uso del consentimiento informado.

- Lograr un enfoque bioético en el tratamiento al paciente que debe ser rehabilitado por PBMF proyectando cursos de superación para el personal que conforma el equipo médico y paramédico que se encarga de su atención.

CONCLUSIONES

La PBMF concebida por un equipo multidisciplinario y colocada en el momento preciso pasa a ser, además de un elemento rehabilitador, un tratamiento para prevenir el desmoronamiento psicológico que pueda presentar el enfermo tras las secuelas del acto quirúrgico. Es por esta razón que el enfoque bioético en el tratamiento de estos pacientes es de suma importancia para lograr ese objetivo. Como expresa Paulo Iakowsk (psicólogo del Oncocentro de Brasil):

Quando se habla de Prótesis Buco-Máxilo-Facial, no se habla solamente de algo frío, material técnico e inerte, se está hablando de vida que se devuelve con ella y la ciencia lucha por mantener con más calidad cada día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sariago, A. y col.: Bioética para la Sustentabilidad, La Habana, Pub. Acuario. Centro Félix Varela, 2002, 27-42.
2. Chacón Roger, M; Romero Pérez, T; Grau Abalo, J; Camacho Rodríguez, R. y Rodríguez Hurtado, V. R.: Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba, Rev. Cubana Oncol, 12 (1), 1996.
3. Sánchez Zulueta, E.: El hombre como ser biológico y social: una reflexión bioética, Rev. Avanc. Med. Cub. Año X (36): 50-53, 2003.
4. Magrane Tarrau, M.: El niño enfermo, consideraciones bioéticas. Rev. Avanc. Med. Cub., Año XI, (37): 49-52, 2004.
5. Zanier, J; Pereira, J; Abraham, A; Asnaris, T; Castellanos, B; Hoof, P. F; Rodríguez, C. y Salvador, H.: El Consentimiento informado en la Relación Paciente Equipo de Salud, Mar del Plata, Ed. Suárez, 1998, 35-53).
6. Svarch, N y Galvizu Borrel, A: Reflexiones Bioéticas, Rev. Avanc. Med. Cub, Año IX (31):41-43, 2002.
7. Oliva Linares, J. E; Bosch Salado, C; Carballo Martínez, R y Fernández-Britto Rodríguez, J. E.: El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos, Rev. Cubana Invest. Biomed., 20 (2):150-8, 2001.
8. Escobar Yéndez, N. V.; Oliva Alonso, A. y Gracia López, Z.: Aspectos bioéticos y socioeconómicos de la salud, MEDISAN, 2(3):36-44, 1998.
9. Vedulich de Resende J. R.: Fundamentos de la Prótesis Buco-Máxilo-Facial, cap.17, Brasil, Ed. Sarrier, 1997, 202-212.
10. Beltrán Hernández J y Trujillo Rexach, M. E.: Contribución al estudio de los nuevos retos de la bioética. UNIV DIAG, 2002; 2(2):25-9.
11. Chiu Navarro, V.; Colás Costa, M.; Alonso Pardo M. E.; Cossío Figueroa, N.: Algunas Reflexiones de la Bioética en las Ciencias Médicas, Rev. Cub. Educ. Med. Sup., 13(1):15-8, 1999.