

Problem świadomej zgody na amputację u chorej ze zgorzelą kończyn dolnych – aspekty etyczne

Paweł Kiciński¹, Sylwia Przybylska-Kuć¹, Maciej Zakrzewski¹, Andrzej Prystupa¹, Jerzy Mosiewicz¹, Jakub Pawlikowski², Jarosław Sak²

¹ Klinika Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

² Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kiciński P, Przybylska-Kuć S, Zakrzewski M, Prystupa A, Mosiewicz J, Pawlikowski J, Sak J. Problem świadomej zgody na amputację u chorej ze zgorzelą kończyn dolnych – aspekty etyczne. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 189-192.

Streszczenie

Niedokrwienie kończyn dolnych jest zespołem klinicznym o złożonej etiologii. Krytyczne niedokrwienie manifestuje się bólem spoczynkowym kończyn, dochodzić może także do powstania martwicy i zgorzeli. W przypadku wielopoziomowych, rozsianych zmian miażdżycowych w tętnicach kończyn dolnych oraz współistniejącej zgorzeli skutecznym leczeniem ratującym życie jest amputacja. W pracy opisujemy przypadek 70-letniej chorej obciążonej cukrzycą typu 2, miażdżycą oraz krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych, która została przyjęta do szpitala w stanie wstrząsu septycznego, z rozległą zgorzelą obejmującą stopy i podudzia. Na podstawie opinii chirurga, pacjentkę zakwalifikowano do amputacji obu kończyn dolnych na poziomie uda. Z powodu ciężkiego stanu ogólnego pacjentka była leczona w oddziale intensywnej opieki medycznej. Po ustabilizowaniu czynności układu krążenia, chorej zaproponowano amputację kończyn. Ponieważ pacjentka jednak nie wyraziła zgody na takie leczenie, stosowano leczenie zachowawcze. Na wyraźne żądanie chorą wypisano do domu po kilkutygodniowym pobycie. Przedstawiony przypadek kliniczny był nie tylko źródłem problemów medycznych, ale także źródłem dylematów etycznych. Na uwagę zasługuje kwestia wyrażenia świadomej zgody, autonomia i poszanowanie prawa do samostanowienia oraz z ocena poziomu kompetencji do decydowania o własnym losie. Uzyskanie świadomej zgody pacjenta na leczenie jest podstawową normą deontologiczną (czyli zasadą), jak również podstawą legalności działania lekarza. Zgoda, aby mogła być uznana za świadomą, musi być wyrażona dobrowolnie przez kompetentnego pacjenta, który otrzymał niezbędne informacje na temat swojej sytuacji medycznej.

Słowa kluczowe:

zgorzel kończyn dolnych, amputacja, świadoma zgoda, autonomia, etyka, bioetyka, deontologia

WPROWADZENIE

Problematyka etyczna jest ściśle związana z medycyną już od czasów Hipokratesa. Oczywiście jest, że lekarz winien kierować się współczesnym stanem wiedzy w danej dyscyplinie i aktualnymi rekomendacjami medycyny opartej na faktach (Evidence Based Medicine, EBM). Postępowanie lekarza powinno jednak uwzględniać, oprócz aspektów patofizjologicznych czy farmakologicznych, także przesłanki etyczne, psychologiczne i społeczne. Należy podkreślić, że jedną z podstawowych norm deontologicznych i jednocześnie podstawą legalności działania lekarza jest uzyskanie świadomej zgody na leczenie. Za świadomą uważa się decyzję intencjonalną, podjętą ze zrozumieniem oraz wolną od wpływu czynników zewnętrznych (autonomiczną) [1, 2, 3].

Celem pracy jest wykazanie, na podstawie opisu przypadku leczenia chorej ze zgorzelą kończyn dolnych, złożoności i wieloaspektowości problematyki świadomej zgody, autonomii i kompetencji pacjenta. Problematyka ta związana z relacją lekarz – pacjent wykracza zdecydowanie poza paradygmat EBM i wymaga analizy w kontekście dyskursu bioetycznego oraz unormowań prawnych i deontologicznych.

OPIS PRZYPADKU

Siedemdziesięcioletnia chora w stanie ciężkim, z objawami wstrząsu septycznego, przyjęta została do Kliniki Chorób Wewnętrznych, na oddział intensywnej opieki medycznej. W chwili przyjęcia zgłaszała ona osłabienie oraz silne dolegliwości bólowe kończyn dolnych. Temperatura ciała wynosiła 38°C. Pacjentka była splątana i trudno było z nią przeprowadzić szczegółowy wywiad. Na podstawie informacji uzyskanych od rodziny oraz dostępnej dokumentacji medycznej ustalono, że chora leczona była dotychczas z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych oraz cukrzycy typu 2. W wykonanym rok wcześniej badaniu ultrasonograficznym stwierdzono drożne tętnice udowe; tętnica podkolanowa prawa była niedrożna, natomiast lewa była zwężona do 60%. Na obu podudziach stwierdzono przepływy jedynie w tętnicach piszczelowych tylnych w odcinkach dystalnych. Przed 18 miesiącami pacjentka była poddana operacji usunięcia macicy z przydatkami z powodu nowotworu jajnika. Chora na stałe przyjmowała preparat tyroksyny z powodu pooperacyjnej niedoczynności tarczycy.

W badaniu fizykalnym stwierdzono martwicę skóry i tkanki podskórnej w obrębie obu stóp i podudzia prawego. Akcja serca była miarowa, przyspieszona do około 120/min. Ciśnienie tętnicze, mierzone na ramieniu, w chwili przyjęcia było nieoznaczalne. Oddech pacjentki był przyspieszony.

Adres do korespondencji: Paweł Kiciński, Klinika Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin.

E-mail: pawelkici@wp.pl

Nadesłano: 2 maja 2011; zaakceptowano do druku: 21 czerwca 2012



Nad polami płucnymi stwierdzono obecność jawnego wy-puku i szmer pęcherzykowy. Tętno na tętnicy udowej prawej i lewej było wyczuwalne, natomiast na tętnicy prawej i lewej podkolanowej oraz tętnicach stopy było niewyczuwalne. Powłoki jamy brzusznej były miękkie, bez patologicznych oporów. Perystaltyka była słyszalna.

W badaniach dodatkowych stwierdzono leukocytozę 19 K/uL (norma 4-10 K/uL) z granulocytozą obojętnochłonną 84% (norma 48,7-70,1%) i monocytosą 10% (norma 3,1-8,7%). Ciężki ogólnoustrojowy stan zapalny potwierdzony został przez wysoki poziom białka C-reaktywnego (CRP) 564 mg/l (norma 0-5 mg/l), fibrynogenu 970 mg/dl (200-400 mg/dl), dimeru D 2116 ng/ml (norma poniżej 500 ng/ml) i swoistego markera infekcji bakteryjnych – prokalcytoniny 14,19 ng/ml (norma poniżej 2). Dodatkowo w morfologii krwi obserwowano niedokrwistość z poziomem hemoglobiny 9,7 g/dl (12-16 g/dl) i hematokrytem 29,9% (37-47%) oraz nadpłytkowość 526 K/uL (120-400 K/uL). Badanie gazometryczne krwi tętnicznej wykazało obecność kwasicy metabolicznej, pH wynosiło 7,3 (norma 7,35-7,45) z niedoborem zasad – 12,7 mEq/L (norma +/- 3 mEq/l) przy prawidłowym wysyceniu tlenowym – 97,1% (norma 95-97%). Na podstawie podwyższonych wartości kreatyniny – 3,9 mg/dl i mocznika – 207 mg/dl (21-43 mg/dl) u chorej stwierdzono ostrą niewydolność nerek. Wysoka aktywność aminotransferazy alaninowej (ALAT) – 376 U/l (norma poniżej 34 U/l) i aminotransferazy asparaginowej (ASPAT) – 577 IU/l (norma poniżej 35 U/l), wydłużony czas protrombinowy – 17,2 sek (norma 11-14 sek.), trombinowy – 19 sek. (norma 12-15 sek.) i kaolinowo-kefalinowy (APTT) – 63,70 sek (norma 29-40 sek.) wskazywały na niewydolność wątroby. Poziomy glikemii były wysokie – do 500 mg%.

W przyłóżkowym badaniu radiologicznym klatki piersiowej i ultrasonograficznym jamy brzusznej nie stwierdzono obecności potencjalnego źródła zakażenia. Echokardiografia nie wykazała obecności zapalenia wsierdzia. W dniu przyjęcia pobrano próbkę krwi na posiew, z której po 6 dobach wyhodowano *Escherichia coli*, zaś z owrzodzeń kończyn wyhodowano florę mieszaną: *Stenotrophomonas maltophilia*, *Morganella morgani*, *Proteus vulgaris*, *E. coli*. Rozpoczęto podawanie antybiotyków zgodnie z wrażliwością szczepów (meropenem, kotrimoksazol, metronidazol). Po zastosowanym leczeniu kontrolne posiewy krwi były jałowe natomiast z owrzodzenia uzyskano ponownie wzrost *Stenotrophomonas maltophilia* oraz *Pseudomonas aeruginosa*. W leczeniu wstrząsu septycznego zastosowano płynoterapię, dożylny wlew z dopaminą, dobutaminą, noradrenaliną, insulinoterapię i antybiotykoterapię – początkowo empiryczną, a następnie celowaną. Z powodu silnych dolegliwości bólowych kończyn dolnych chora otrzymywała dożylny wlew fentanylu. Pacjentka była ponadto czasowo żywiona pozajelitowo. Chora była kilkakrotnie konsultowana przez chirurga naczyniowego i anestezjologa, przez których została zakwalifikowana do operacji amputacji obu kończyn dolnych na poziomie ud, po wstępnym ustabilizowaniu stanu klinicznego i ustąpieniu objawów wstrząsu.

Po zastosowanej intensywnej farmakoterapii stan ogólny chorej uległ poprawie. Pacjentka przestała gorączkować, ciśnienie tętnicze wynosiło 110/70 mmHg bez wlewu amin presyjnych. Wyraźnie obniżyły się laboratoryjne wykładniki stanu zapalnego. Wdrożono żywienie doustne. Pomimo stopniowego redukcji dawki fentanylu, a następnie jego odstawienia, pacjentka nie skarżyła się na ból kończyn.

Jedynym skutecznym leczeniem przyczynowym stanu septycznego, w zgodnej opinii lekarzy prowadzących i konsultującego chirurga, była amputacja obu kończyn dolnych na poziomie ud. Pacjentka została poinformowana o tym, że zgorzel tkanek miękkich kończyn dolnych była bezpośrednią przyczyną wstrząsu septycznego, który stanowił zagrożenie życia. Na wielokrotnie ponawianą propozycję amputacji kończyn dolnych chora nie wyrażała zgody.

DYSKUSJA

Zarówno przepisy prawa, jak i współczesne normy deontologiczne, nakładają na lekarza obowiązek uzyskania od pacjenta świadomej zgody (ang. informed consent) na proponowane leczenie [3, 4, 5, 6]. Zgoda może być wyrażona w formie ustnej bądź poprzez takie zachowanie chorego, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Jednakże istnieje ugruntowany pogląd, że w przypadku wykonania zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda musi mieć formę pisemną [5, 6]. Podstawowym warunkiem uzyskania zgody świadomej jest udzielenie pacjentowi informacji na temat jego stanu zdrowia, proponowanej metody leczenia, jej skuteczności i ryzyka z nią związanego. W przypadku leczenia chirurgicznego należy wyjaśnić istotę zabiegu, jego następstwa oraz przebieg okresu pooperacyjnego [7]. Należy przedstawić również alternatywne metody leczenia, co będzie dawało pacjentowi możliwość świadomej decyzji o wyborze leczenia (ang. informed decision making). Przedmiotem wielu kontrowersji pozostaje zakres informacji na temat ryzyka związanego z leczeniem oraz potencjalnych powikłań. Nie ma zgodnych poglądów, czy należy się ograniczyć do przedstawienia najczęstszych powikłań, czy zaprezentować wszystkie niekorzystne konsekwencje terapii, choćby były one niezwykle rzadkie. Patrząc na ten problem z praktycznego punktu widzenia, należy zaznaczyć, że zdecydowana większość pacjentów, którzy nie posiadają przygotowania medycznego, nie będzie w stanie zrozumieć szczegółowych informacji medycznych, a wyliczenie wszystkich możliwych skutków ubocznych leków albo powikłań operacyjnych może jedynie wywołać lęk i odstraszyć od jakiegokolwiek leczenia. W jaki sposób zatem informować pacjentów? Wydaje się, że zakres informacji powinien dawać pacjentowi przede wszystkim możliwość zorientowania się, jaki będzie bilans korzyści i strat wynikający z poddania się leczeniu oraz jakie będą najistotniejsze przewidywane skutki jego zaniechania.

Świadoma zgoda może być wyrażona tylko przez kompetentnego pacjenta [1, 2, 3, 8]. Osobę uznaje się za kompetentną, gdy jest zdolna do zrozumienia informacji istotnych przy podejmowaniu decyzji oraz oceny przewidywanych następstw podjęcia lub niepodjęcia danej decyzji [1]. Niekompetencja nie jest jednoznaczna z prawnym ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym, które jest orzekane przez sąd (ang. competence, capacity). Kompetencja powinna być rozpatrywana w odniesieniu do konkretnych decyzji i w danym momencie. Na przykład osoba nie mogąca zdecydować o swym miejscu zamieszkania czy finansach może być kompetentna, aby podjąć decyzję o swoim leczeniu. Innym przykładem jest chory w stanie wstrząsu kardiogenego (w przebiegu zawału serca), który nie może świadomie

wyrazić swej woli. Jednak ten sam pacjent po wstępnym ustabilizowaniu stanu klinicznego odzyskać może kompetencję [8]. Z punktu widzenia etycznej zasady poszanowania autonomii, osobie kompetentnej przysługuje prawo do decydowania o sobie, w tym oczywiście o swoim leczeniu [3, 8]. Ustawodawstwo nie przewiduje możliwości leczenia chorego wbrew jego woli, gdy jest on kompetentny i świadomie wyraził swą wolę. Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody jest przestępstwem i obwarowane jest sankcją karną, co wynika z art. 192 § 1 *Kodeksu karnego*. Lekarz, wykonujący zabieg leczniczy bez zgody, podlega karze grzywny, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2, przy czym ściganie następuje tylko na wniosek pokrzywdzonego. Również z bioetycznego punktu widzenia niedopuszczalne jest leczenie wbrew wyrażonej świadomości woli chorego. Postępowanie takie narusza autonomię pacjenta i pozbawia go prawa do decydowania o własnej hierarchii wartości. Są osoby, dla których np. wierność zasadom religijnym stanowi najwyższą wartość i jest dla nich ważniejsza od zachowania zdrowia, a nawet życia. Znany przykładem są Świadkowie Jehowy, u których zdarza się, że nawet w sytuacji zagrożenia życia odmawiają zgody na podawanie składników krwi [9].

Kluczowego znaczenia nabiera zatem dla lekarza określenie, czy ma on do czynienia z pacjentem kompetentnym, czy też nie. Jak wspomniano powyżej, w tym pierwszym przypadku lekarz jest związany decyzją chorego odnośnie do zgody na leczenie. Natomiast w przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, lekarz może działać na podstawie zgody zastępczej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo zgody sądu opiekuńczego. Gdyby jednak zwłoka w uzyskaniu powyższej zgody mogła stwarzać dla pacjenta zagrożenie życia, lekarz w miarę możliwości, po zasięgnięciu opinii innych lekarzy, może sam zdecydować o rozpoczęciu leczenia [5, 6].

Określenie poziomu kompetencji rozpoczyna się zazwyczaj od oceny lekarza prowadzącego. W części przypadków taka ocena może być wystarczająca (np. w sytuacji pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychiatrycznymi, neurologicznymi lub gdy zaburzenia świadomości wynikają z ciężkiego stanu ogólnego). Trudniejsze są przypadki, gdy zaburzenia neuropsychiatryczne lub ogólnoustrojowe są dyskretne. Postuluje się wówczas korzystanie z dodatkowych narzędzi oceny, takich jak testy określające funkcje kognitywne czy też specyficzne testy służące do oceny kompetencji chorego. W przypadku depresji czy łagodnego otępienia szczególnie zasadne wydaje się skorzystanie dodatkowo z konsultacji psychiatrycznej. Jednym z najbardziej znanych testów kognitywnych jest MMSE (the Mini Mental State Examination), który jest prosty w użyciu i wiarygodny. Należy jednak zaznaczyć, że choć zdolności kognitywne i poziom kompetencji korelują ze sobą, nie są jednak tożsame [8]. Niemniej uważa się, że w 30-punktowej skali MMSE wynik poniżej 19 punktów wiąże się z dużym prawdopodobieństwem braku kompetencji, zaś wynik powyżej 23-26 punktów wskazuje na kompetencję chorego [1]. Uzupełnieniem istniejącej luki są specyficzne testy przeznaczone do badania kompetencji pacjentów [10, 11]. Jednym z częściej stosowanych jest ACE (the Aid to Capacity Evaluation), który pozwala ocenić m.in. rozumienie przez pacjenta problemu medycznego, istoty proponowanego leczenia, metod alternatywnych i konsekwencji związanych z terapią lub jej brakiem [8]. Innym używanym testem jest test MacArthura (the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment) [1, 10]. Należy zaznaczyć, że powyższe testy

są wiarygodne tylko wtedy, gdy pacjent otrzymał niezbędne informacje medyczne istotne dla zrozumienia własnego stanu i podjęcia decyzji.

Obecnie nie istnieją oficjalne wytyczne ani rekomendacje naukowych towarzystw medycznych w zakresie określania kompetencji pacjenta do wyrażenia świadomej zgody [1]. Szereg autorów doradza jednak korzystanie z przeznaczonych specjalnie do tego celu testów i kwestionariuszy. Może być to szczególnie korzystne w sytuacjach granicznych [1, 10, 11]. Należy je traktować jako narzędzia pomocnicze i ich wyniki konfrontować zawsze z oceną lekarza prowadzącego lub w razie potrzeby psychiatry bądź psychologa [12].

Wracając do omawianego przypadku, należy zaznaczyć, że uznanie chorej w momencie przyjęcia do szpitala za niekompetentną, czyli niezdolną do wyrażenia świadomej zgody na operację, było usprawiedliwione. Przemawiał za tym ciężki stan ogólny, jakim jest wstrząs septyczny, który powodował splątanie i zaburzenia świadomości u pacjentki. Warto również podkreślić, iż wśród podawanych leków znajdował się fentanyl, również mogący wpływać ujemnie na zdolność do świadomego podejmowania decyzji. Po przeprowadzeniu konsultacji anestezyjologicznej ustalono jednak, że ze względu na wysokie ryzyko zabiegu operacyjnego powinien zostać on odłożony do momentu opanowania objawów wstrząsu i poprawy stanu ogólnego chorej. W związku z tym nie próbowano uzyskać zgody zastępczej małżonka pacjentki (przedstawiciela ustawowego) na leczenie chirurgiczne.

Po wstępnym okresie intensywnego leczenia stan pacjentki uległ znaczącej poprawie zarówno pod względem wydolności oddechowo-kръżeniowej, jak również stanu świadomości, który został uznany za prawidłowy. Kontakt słowny z pacjentką był logiczny. W opinii lekarzy i psychologa klinicznego chora mogła podjąć świadomą decyzję odnośnie do amputacji. Została ona poinformowana o swym stanie zdrowia, wskazano również na potrzebę amputacji kończyn dolnych jako skutecznego leczenia zgorzeli. Chora twierdziła, że rozumie, iż przyczyną pogorszenia jej stanu zdrowia była martwica i zakażenie toczące się w obrębie kończyn dolnych. Nie ukrywano przed chorą podwyższonego ryzyka związanego z operacją (głównie z dodatkowymi obciążeniami, takimi jak cukrzyca typu 2 z rozwiniętymi powikłaniami makroangiopatycznymi). Zaznaczono jednak, że w związku z istotną, ale prawdopodobnie krótkoterminową poprawą jej stanu będzie ona obarczona możliwie najmniejszym ryzykiem powikłań i zgonu. Chora nie zgodziła się jednak na leczenie chirurgiczne, wyrażała natomiast chęć dalszej terapii zachowawczej, która jej zdaniem odniosła już pozytywny skutek i powinna być kontynuowana. Decyzja ta została uznana za świadomą i dobrowolną, a zatem prawnie wiążącą. W trakcie kilkutygodniowego pobytu w klinice stan chorej ustabilizował się. Pacjentce przedstawiano na bieżąco informacje o jej stanie zdrowia. Nie zmieniła ona jednak zdania i nie zgodziła się na amputację. Po sześciotygodniowej hospitalizacji chora w stabilnym stanie została wypisana do domu, gdyż nie wyraziła zgody na dalsze leczenie w oddziale dla przewlekłych chorych ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Po krótkim pobycie chorej w domu powróciły u niej gorączka i objawy stanu septycznego, dlatego też została ponownie przyjęta do szpitala. Po wstępnym okresie leczenia farmakologicznego pacjentka wyraziła zgodę na leczenie chirurgiczne. Po przeniesieniu do kliniki chirurgicznej przeprowadzono amputację obu kończyn dolnych na poziomie ud.

PODSUMOWANIE

Uzyskanie świadomej zgody pacjenta na leczenie jest podstawową normą deontologiczną, jak również podstawą legalności działania lekarza. Świadomie podjęta decyzja pacjenta jest dla lekarza wiążąca. Zgoda, aby mogła być uznana za świadomą, musi być wyrażona dobrowolnie przez kompetentnego pacjenta, który otrzymał niezbędne informacje na temat swojej sytuacji medycznej. Obecnie nie istnieją wytyczne ani rekomendacje towarzystw medycznych w zakresie określania kompetencji pacjenta do wyrażenia świadomej zgody. Za narzędzie pomocnicze w sytuacjach granicznych służą mogą testy poznawcze lub dedykowane temu celowi kwestionariusze. Decydujące znaczenie ma jednak ocena zespołu leczącego obejmującego lekarzy (w razie potrzeby również lekarza psychiatrę), niekiedy psychologa lub etyka klinicznego.

Działalność etyków klinicznych i organów kolegialnych – szpitalnych komitetów etycznych (SKE) nie jest obecnie regulowana w Polsce żadnymi przepisami prawnymi. Ich rolą jest przede wszystkim doradztwo i udzielanie konsultacji w sytuacjach dylematów etycznych (np. konfliktu woli pacjenta i opinii lekarza), a także edukacja w zakresie etyki i bioetyki oraz wypracowywanie lokalnych regulacji i wytycznych postępowania. W składach SKE znajdują się zwykle lekarze, etycy, prawnicy, pielęgniarki, duchowni i pracownicy socjalni [13]. Pierwszy szpitalny komitet etyczny (SKE) powstał w Polsce w 2006 roku w Instytucie „Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie [14]. Wśród jego zadań wymieniono kształcenie lekarzy w zakresie etyki klinicznej oraz udzielanie pomocy lekarzom, chorym i ich rodzinom w podejmowaniu trudnych decyzji (szczególnie przy kwalifikacji do różnych metod terapii przedłużających życie lub dyskwalifikowaniu z nich chorych niespełniających powszechnie uznanych kryteriów kwalifikacji oraz w przypadkach konieczności podjęcia decyzji o zaniechaniu

lub wycofaniu się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie i wyborze opieki paliatywnej) [14].

PIŚMIENICTWO

1. Appelbaum P. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Eng J Med.* 2007; 357(18): 1834-1840.
2. Atras A, Marczewski K. Znaczenie świadomej zgody pacjenta na działania medyczne. *Zdr Publ.* 2004; 114(3): 350-355.
3. Beauchamp T, Childress J. *Zasady etyki medycznej.* Warszawa, Wydawnictwo Książka i Wiedza; 1996: 131-200.
4. Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams J, Singer P. Bioethics for clinicians: 1. Consent. *Can Med Assoc J.* 1996; 155(2): 177-180.
5. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w Toruniu 20 września 2003 przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy). http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf (dostęp: 30.03.2010).
6. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity). *Dziennik Ustaw* 2008, nr 136, poz. 857.
7. Ross N. Improving surgical consent. *Lancet* 2004; 364(9436): 812-813.
8. Etchells E, Sharpe G, Elliott C, Singer P. Bioethics for clinicians: 3. Capacity. *Can Med Assoc.* 1996; 155(6): 657-661.
9. Patryń R, Sak J, Kiciński P, Kołodziejczyk B. Etyczne i medyczne aspekty stosowania preparatów krwi u Świadców Jehowy. *Zdr Publ.* 2007; 117(4): 485-489.
10. Dunn L, Nowrangi M, Palmer B, Jeste D, Saks E. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 1323-1334.
11. Etchells E, Darzins P, Silberfield M, Singer P, McKenny J, Naglie G, i wsp. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med.* 1999; 14: 27-34.
12. Fassai S, Bianchi Y, Stiefel F, Weber G. Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. *BMC Med Ethics.* 2009; 10(15) <http://biomedcentral.com/1472-6939/10/15> (dostęp: 30.03.2010)
13. Czarkowski M. Jak zakładać szpitalne komisje etyczne. *Pol Merk Lek.* 2010; 165: 207-210.
14. Komitet Doradczy Etyki Klinicznej Instytutu Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. http://www.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=605&Itemid=389 (dostęp: 10.11.2011).

Problem of informed consent to amputation in a female patient with gangrene of lower limbs – ethical aspects

Abstract

Lower limb ischemia is a clinical syndrome with a complex etiology. Critical ischaemia usually leads to rest pain in the extremities, it may also lead to a necrosis and gangrene. In the case of multi-level, scattered atheromatous changes in the arteries of the lower extremities with co-existing gangrene, amputation is an effective and life-saving treatment. In this report, the case of 70-year-old patient is described with type 2 diabetes, atherosclerosis, and critical lower limb ischemia, who was admitted to hospital with septic shock and extensive gangrene involving the foot and lower leg. Based on the advice of the surgeon, the patient was qualified for the amputation of both lower limbs at the thigh. Due to the severe general condition, the patient was treated in an intensive care unit. After stabilization of cardiovascular function, amputation of the lower limbs was proposed. The patient did not express her consent to such treatment, therefore, conservative treatment was applied. At the explicit request of the patient, she was discharged home after several weeks of hospitalization with progressive gangrene of both extremities. The presented clinical case was not only a medical challenge, but also a source of ethical dilemmas. In particular, attention should be paid to the discussion of problems related to the issue of informed consent, patient autonomy, respect for the right to self-determination, and assessment of competence to decide about own fate. Obtaining an informed consent is both a principle of medical deontology as well as a basis of the legality of a physician's action. In order to consider a consent as conscious, it must be expressed voluntarily by a competent patient who has obtained the necessary information about own medical situation.

Key words

lower limb gangrene, amputation, informed consent, autonomy, ethics, bioethics, deontology

