

Revistas de revistas

Luca Imbernón F, Galán Traba M, Roldán Ortega R. La actividad asistencial en el servicio de urgencias hospitalario genera conflictos éticos a sus profesionales. *Emergencias* 2011, 23 (4): 283-292 Disponible: <http://demos.medynet.com/ojs/index.php/emergencias/article/view/728> (Revisado setiembre, 2011)

En esta oportunidad nos pareció conveniente comentar un artículo que aborda un problema que preocupa a quienes realizamos asistencia de urgencia en el ambiente pre hospitalario y en el hospitalario: los conflictos éticos que se generan durante el ejercicio de nuestra profesión.

Los autores destacan las características de la atención en urgencia, en donde el tiempo juega un rol esencial porque deben tomarse decisiones adecuadas, rápidamente. Esto requiere de una buena calidad de la práctica clínica, a lo que debe sumarse una apropiada decisión moral. Para lograr la conjunción de ambos elementos, la formación en bioética debe acompañar a la formación clínica. El conocer los principios que rigen la bioética y actuar respetándolos, no es una limitación a la libertad personal ni a la práctica médica, sino que simplemente es un cambio de paradigmas que desvía nuestra mirada hacia el

paciente. Podemos decir que esta actitud nos permite realizar una medicina asertiva, dejando de lado la práctica de la medicina defensiva, que mira a quien la ejerce y no al destinatario de la misma.

La falta de conocimientos bioéticos, las normativas ausentes en referencia a estos temas, a lo que se suman las características del trabajo en la urgencia, como explican los autores, determina que ante situaciones similares, las actuaciones médicas sean variables.

En España la promulgación de la Ley de Autonomía del paciente, similar a nuestra ley de Voluntad anticipada, ha supuesto un cambio en la atención médico-paciente, enfocándose la misma en éste último. Los médicos tienen más conciencia de los derechos de los enfermos, prestando mayor cuidado en el proceso de informar al mismo y no solamente en hacerle firmar el consentimiento informado.

En el artículo se destaca la importancia que tienen hoy en día las disciplinas humanísticas, entre las que se encuentra la bioética, para equilibrar lo más acertadamente las decisiones que se toman, evaluando la consecuencia que estas acciones llevan implícitas. Con este trabajo, los autores se habían puesto como objetivos conocer las implicancias bioéticas en la asistencia médica de urgencia de los hospitales de la provincia de Albacete donde ellos ejercen, identificar los problemas éticos que se presentan, la forma de resolución de los mismos y la formación de los profesionales en esta disciplina.

Para cumplir estos objetivos realizaron un estudio transversal, descriptivo, a los médicos y enfermeros de los servicios de urgencia de los 4 hospitales de la región que comprendía un total de 128 médicos emergencistas y 135 enfermeros. El número de urgencias atendidas por ellos anualmente era de 232.641. El instrumento utilizado para reca-

bar la información fue una encuesta cerrada y anónima en la que incluían 34 variables cualitativas y cuantitativas validadas para los objetivos propuestos, divididas en 4 grupos: datos socio laborales; conflictos bioéticos; conocimientos de bioética y planteamiento de 15 supuestos ficticios de conflictos éticos en el proceso asistencial de urgencias, solicitándoles que señalaran qué conducta hubieran adoptado ante esa situación, que implicaban la puesta en juego de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La misma fue enviada al total de la población objetivo, sin criterios de exclusión y con un plazo de 1 mes para responderla. No se plantearon limitantes a este estudio. Respondieron el 43% de los encuestados, con un franco predominio de mujeres, una edad media de 34.6 años y un tiempo de ejercicio medio de la profesión de 10.8 años, de los cuales 59% eran médicos. Estos últimos referían tener mayor número de conflictos éticos que los enfermeros, lo cual fue estadísticamente significativo.

De acuerdo a la definición de las variables, el 58% se enfrentó a conflictos éticos más de una vez al mes, que resolvían con la ayuda de un compañero. El 82% refirió no tener formación específica en bioética.

Los supuestos clínicos en los que se ponía en conflicto el principio de autonomía del paciente referían: la transfusión de sangre a un testigo de Jehová, no

ventilar a un paciente que así lo había expresado en sus instrucciones previas y el no informar a terceras personas. El 42%, 72% y 85% respectivamente, afirmaban respetar la solicitud del paciente.

En referencia a los supuestos en los que ponía en conflicto el principio de beneficencia, el 62% afirmaba no incluiría a un paciente terminal en un programa de diálisis no indicado clínicamente y el 79% intubaría y ventilaría a un paciente en coma, estando indicado el procedimiento, en contra de la solicitud de la familia de no hacerlo.

En cuanto al supuesto de administrar un tratamiento no indicado que podía ser maleficiente para el paciente, 63% no lo haría.

Finalmente, en los supuestos en los que se ponía en conflicto el principio de justicia distributiva, 71% consideró que no había que discriminar por edad y tiempo estimado de vida y el 81% afirmó que en un sistema sanitario que garantiza la asistencia integral, un paciente que desea intervenir en otro país, debe asumir los gastos correspondientes. El 53% accedería a mantener todas las medidas de apoyo (intubación, ventilación) en un paciente terminal si la familia así lo desea, situación que cambia en el caso de la diálisis, en que el 67% afirmó que lo incluiría si lo solicita el paciente y el 30% que lo haría si lo pide la familia.

Los autores concluyen en la importancia de la formación en bioética de los profesionales sanitarios en general, que debe iniciarse en los programas curriculares de las carreras de grado. Los conflictos éticos más frecuentes referidos en este artículo incluyeron: el final de la vida, la confidencialidad, el secreto profesional y la justicia distributiva. Sin embargo a estos profesionales la autonomía del paciente y la objeción de conciencia no les generaban conflictos éticos.

Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo, siempre que sea posible, la voluntad expresada del paciente y sus preferencias explícitas sobre la calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones. Asimismo refieren que el principio de autonomía está en conflicto permanente con el de beneficencia y el de justicia. Al entrar en juego varios conflictos bioéticos, por encima del principio de beneficencia del paciente solicitado por la familia, están el de no maleficencia y el de justicia. Los autores destacan el rol esencial que tiene el Comité de Ética asistencial en el asesoramiento a los profesionales en los casos que implican conflictos éticos.

Nosotros creemos que la formación humanística y en valores es esencial en todas las profesiones, pero relevante en las sanitarias donde se involucran

pacientes. Sin duda alguna, la bioética debe ser incluida como una asignatura en los programas de formación de las carreras de grado y postgrado. Pero además es esencial, que cada docente le otorgue a la bioética un espacio en las exposiciones de la temática que le corresponda.

A la luz de las leyes vigentes en nuestro país y sobre todo a partir de la promulgación en el 2009 de la Ley de voluntad anticipada (N° 18473), los médicos estamos obligados no sólo a priorizar los principios bioéticos en la relación con los pacientes sino a conocer el significado de algunos términos como tratamientos proporcionados, tratamientos desproporcionados, medidas ordinarias o de uso habitual, medidas extraordinarias, encarnizamiento terapéutico, sedación paliativa, eutanasia y objeción de conciencia. Esta última en particular, como un instrumento con el que contamos para negarnos a adoptar una conducta que va en contra de nuestros principios, sin abandonar por ellos al paciente hasta que logremos que otro se haga cargo de él.

Sin duda, el acto médico involucra los conceptos de proporcionalidad o no proporcionalidad de la acción que se realizará, esperando que exista un equilibrio entre los medios diagnósticos y /o terapéuticos que aplicamos y el resultado esperado, mirando al enfermo y a su entorno. Los beneficios de la conducta que adoptamos deben ser proporcionados, los beneficios esperados

para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico deben guardar proporción con el sufrimiento del paciente, el esfuerzo terapéutico, los riesgos asumidos y los costos emocionales y materiales que implica. Ética y técnicamente no es correcto llevar a cabo acciones desmedidas que no permitan esperar beneficios ciertos para el enfermo. Hay medidas que para un paciente son proporcionadas y para otro son desproporcionadas o desmedidas^{1,2}.

Los principios y objetivos de la atención son los de promover la mayor calidad de vida, dignidad y autonomía a los enfermos teniendo en cuenta todas sus necesidades, no sólo las físicas, sino las emocionales, sociales y espirituales, considerando al enfermo y a su familia como una unidad a tratar³.

Las medidas o tratamiento ordinarios incluyen los cuidados que son imprescindibles de realizar: higiene, cuidados de la piel, alimentación, hidratación, descenso de temperatura, analgesia, sedación, enema evacuatorio, colocación de sonda vesical, colocación de sonda nasogástrica y oxigenoterapia entre otros. Debemos destacar el uso de analgésicos, porque no debemos permitir que un paciente sufra dolor habiendo medicamentos capaces de controlarlo. Si el uso racional y adecuado de los analgésicos indicados con el fin de aliviar el dolor, asociados o no a sedantes (dependiendo de la intensidad del dolor), sin el objetivo de acelerar

la muerte, acortar la vida no debe considerarse eutanasia. Este hecho conocido como el principio del doble efecto, es éticamente correcto. De acuerdo con el mismo la acción médica de analgesiar o analgesiar y sedar para mitigar un dolor insoportable (sedación paliativa), tiene un efecto positivo que es el que deseamos, que el paciente se calme, y uno negativo no directamente deseado, que es la muerte^{1,3}. Si lo que nosotros buscamos al analgesiar y sedar es acortar la vida, eso es éticamente incorrecto, es eutanasia¹.

Los métodos extraordinarios de tratamiento se utilizan cuando está en juego la vida del paciente y si no se ponen en práctica pueden significar su muerte. Incluyen técnicas o instrumentos que para ser utilizados requieren de entrenamiento del médico o el equipo médico. A diferencia de los tratamientos ordinarios, éstos son invasivos, costosos y muchas veces escasos, Entre ellos están la asistencia ventilatoria mecánica, los procedimientos dialíticos y el trasplante de órganos. Si su uso aporta un claro beneficio para el paciente, se los considera tratamientos proporcionados o útiles, pero si su aplicación no es beneficiosa o se piensa que únicamente puede prolongar innecesariamente un tratamiento o determinar dolor y sufrimiento para el paciente, se convierten en desproporcionados o fútiles^{1,3}.

Los médicos nos enfrentamos al dilema de utilizar estos métodos

cuando la enfermedad o condición del paciente lo pone en riesgo vital, como mencionamos anteriormente. Esto sucede en los llamados enfermos críticos y en los enfermos terminales. Al enfermo crítico lo caracteriza la gravedad y reversibilidad potencial de su condición, lo que lleva a proporcionarle todos aquellos recursos ordinarios y extraordinarios de los que se disponga; los primeros para intentar curarlo, cuidarlo, paliar los síntomas y darle confort y los segundos para preservar su vida¹.

El paciente terminal es el que tiene una enfermedad o condición irreversible, que lo llevará inevitablemente a la muerte en un plazo variable de tiempo y es pasible siempre de cuidados paliativos, entre los que se encuentran los ordinarios o habituales. Estos pacientes pueden sufrir complicaciones agudas, intercurrentes, diferentes a la enfermedad de base y que son potencialmente curables, pudiendo ser necesaria la aplicación de tratamientos extraordinarios pensando en el beneficio que le damos iniciando estos cuidados¹.

Finalmente nos referiremos a las situaciones en que sería lícito y éticamente no reprochable, suspender o interrumpir métodos extraordinarios de tratamiento que fueron iniciados. De acuerdo al Grupo de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago de Chile¹ estas situaciones serían adecuadas: cuando las técnicas empleadas causan sufrimientos o molestias no tolera-

das por el paciente; cuando los resultados no muestran los beneficios esperados; cuando el costo emocional y económico es excesivo para el paciente y la familia y cuando la voluntad del paciente y de su familia así lo determina. En referencia al último punto, el mencionado grupo de Ética considera algunos elementos a tener en cuenta: la voluntad del paciente debe primar sobre la voluntad de la familia; se evitarán los tratamientos que solo lograrán una prolongación inútil y penosa de la vida de esa persona; se intentará que él o ella y su familia acepten la muerte como un hecho inevitable de la vida, brindándose los cuidados paliativos mientras que llega ese momento. El médico no debe acceder a solicitudes de la familia si van en contra del interés del paciente.

La orden de no reanimación, es la instrucción clara para abstenerse de efectuar maniobras de reanimación cardiopulmonar en un paciente terminal que sufre de una condición irreversible y que deja de respirar o en quien el corazón deja de latir, considerándose esto como un evento esperable dentro de la situación en que se encuentra (no se trata de una complicación intercurrente). En estos casos las maniobras de reanimación resultan desproporcionadas e inútiles. Al no iniciarlas, permitimos una muerte digna sin caer en el encarnizamiento terapéutico, es decir en mantener la vida a toda costa². Sin embargo, esta decisión debe ser pensada y discutida con

el paciente o con la familia si éste no está en condiciones, previamente a que el hecho se presente, dejándolo suficientemente documentado y pudiendo ser revocado en cualquier momento si la evolución del enfermo cambia¹.

Los Comités de Ética Asistencial son una prioridad institucional y su asesoramiento es esencial siempre que se presenten dilemas éticos en el cuidado de los pacientes².

Dra. Alicia Fernández, Consejo Editorial

•amfernandez@um.edu.uy

1. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Revista Med Chile* 2003, 131 (6): 689-696 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600015&Ing=e.s. doi:10.4067/S0034-98872003000600015 (Revisado: setiembre, 2011)
2. Bioética Austral. Departamento de Bioética de la Universidad Austral. Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Austral. Disponible en: <http://www.hospitalaustral.edu.ar/blog.asp?iBlog=19> (Revisado: setiembre, 2011)
3. Declaración sobre la atención médica al final de la vida. Departamento de Humanidades Biomédicas. Centro de Documentación Bioética. Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/secpa11.html> (Revisado: setiembre, 2011)