

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PROFESIONAL
MÉDICO Y SU RELACIÓN CON LOS PRINCIPIOS DE
DECISION BIOÉTICA EJERCIDOS EN LA PRACTICA
MÉDICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2008”**

TESIS

Presentada por:

RICHARD WILLY UCHARICO COAQUIRA

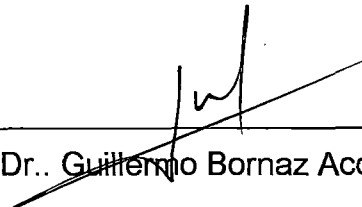
Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2008

JURADO



Dr. Guillermo Bornaz Acosta

Presidente



Mgr. Miguel Arroyo Panclas

Miembro



Méd. Jaime Miranda Benavente

Miembro



Mgr Claudio Ramirez Ateneo

Asesor

Registro N° 127-2008-FOCM Escuela: Medicina Humana

Bachiller: RICHARD WILLY UCHARILO COSQUIRA

Fecha de Sustentación: 27 de mayo de 2008

Aprobado por: Unanimidad Nota: 15 (Quinta)


Calificativo: Bueno

Jurado: - Dr. Guillermo Bonay Acosta

- Mq. Miguel Anzoátegui Parulas

- Méd. Jansy Miranda Benavente

Observaciones: _____


Secretaría Académica
Administrativa

Dedicatoria.

“... A Dios, mis padres, mi esposa, mis amigos.”

Agradecimientos

A Dios, por el camino recorrido....

A mi Esposa por soportarme, por acompañarme en los buenos y malos momentos. Por ayudarme a que este momento llegara.

A la vida.... Por lo aprendido y aprehendido

Sin duda los mayores agradecimientos serán siempre para mis viejos, a ellos les debo todo lo que soy; gracias a su esfuerzo y contención he finalizado este proceso superando todas las adversidades.

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | |
| Introducción | |
| 1 | |
| Capítulo I: Del Problema | 3 |
| Formulación del problema | 3 |
| Descripción del problema | 4 |
| Interrogantes básicas | 4 |
| Objetivos | 5 |
| Capítulo II: Marco Teórico | 6 |
| Antecedentes | 6 |
| Marco conceptual | 11 |
| Limitación de la terapia | 32 |
| Conflictos éticos | 36 |
| Capítulo III: Material y Métodos | 41 |
| Materiales | 41 |
| Métodos estadísticos | 43 |
| Capítulo IV: Resultados | 48 |
| Capítulo V: Discusión | 57 |
| Conclusiones | 62 |

| | |
|----------------------------------|----|
| Recomendaciones | 64 |
| Referencias Bibliográficas | 67 |
| Anexos | 73 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las características socio-académicas de los médicos, con las decisiones bioéticas en los servicios de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Método:** El estudio está basado en el lenguaje de los principios y las consecuencias, mediante la observación participante en forma de encuesta anónima de 15 supuestos a 24 médicos. **Resultados:** La mayoría de los médicos respetaron el derecho de autodeterminación del paciente a la información, la voluntad del mismo de no informar a sus familiares, así como la necesidad de ser advertido de los posibles riesgos de una prueba mediante el consentimiento informado. El 33,3% de los encuestados respetaría la voluntad del paciente en la elección del tratamiento. La mitad de los médicos coincidían en no revelar los riesgos de un procedimiento si implicara una seria amenaza psicológica al paciente. En el supuesto de un paciente en coma con una enfermedad en fase terminal, el 62,5% de los médicos no accedería a la petición familiar de incluirlo en un programa de diálisis. En cambio, si un paciente en coma con una enfermedad irreversible y terminal ha sido intubado por desconocimiento y la

familia demanda que retiremos todas las medidas de apoyo, ninguno de los facultativos cedería a la petición familiar. La mayoría de los encuestados coincidieron en la no discriminación por la edad.

Conclusiones: Las decisiones médicas en un servicio de urgencias son plurales. Para resolver los conflictos hay que seguir un procedimiento que ayude a comprender la complejidad del problema y a tener en cuenta los aspectos más relevantes. La reciente creación de los comités hospitalarios de ética facilitará poder efectuar convocatorias con carácter urgente a fin de tomar decisiones consistentes ante problemas puntuales. La jerarquía imperante entre principios en este estudio es: Justicia, No-maleficencia; Autonomía, Beneficencia, con claros conflictos entre la Justicia y el binomio Autonomía-Beneficencia.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo pasado y los primeros años del presente, la influencia de determinados factores, entre los que cabría destacar el avance tecnológico, la relación médico-paciente de tipo horizontal, y el principio de equidad y universalidad de los ciudadanos para acceder a los servicios de salud, ha modificado en sentido positivo el ejercicio de la Medicina, pero ha añadido una mayor complejidad en la toma de decisiones. La ausencia de una normativa para analizar y resolver problemas morales, la situación de congestión y saturación de los servicios hospitalarios de emergencias y la precariedad de tiempo en el manejo clínico, han propiciado una considerable variedad de decisiones médicas ante situaciones similares.

Últimamente se han efectuado importantes esfuerzos para mejorar las decisiones mediante la introducción de una mayor racionalidad. En este sentido, la llamada "medicina basada en evidencias" ha facilitado que las decisiones se fundamenten en

pruebas y no exclusivamente en las opiniones de los profesionales.

Pero por otro lado, situaciones clínicas urgentes requieren decisiones consistentes y rápidas, por lo que la calidad de la práctica clínica no será correcta si la técnica utilizada no va acompañada de una apropiada decisión basada en criterios consensuados, en este caso los principios de prima facie (1). Es muy bien sabido que en el acto médico, la conducta de los médicos se orienta hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia; y las decisiones que toma están regidas por los cuatro principios de prima facie: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (2) que gozan de consenso en la cultura occidental, si bien pueden coexistir diversos matices de interpretación; sin embargo, muchas veces las actuaciones médicas no siempre se realizan al amparo de los principios de prima facie. En base a lo expuesto, la intención del presente proyecto es el de efectuar un análisis de la relación que hay entre las características epidemiológicas de los médicos de los servicios de urgencias del hospital Hipólito Unanue de Tacna, y sus decisiones médicas, basadas en los principios de prima facie.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

Durante la formación médica en la Universidad y el Internado Médico, tuve participación en situaciones clínicas urgentes, que requieren de decisiones consistentes y rápidas, por lo que la calidad de la práctica clínica no será correcta si la técnica utilizada no va acompañada de una apropiada decisión moral. Las decisiones y actuaciones médicas tomadas en sanidad en el Servicio de Emergencia del hospital Hipólito Unanue, regidas por los cuatro principios de Bioética, presentan dilemas y conflictos entre estos principios, por lo que la aproximación al problema esta en definir las características epidemiológicas del profesional médico y cómo estas influyen en las decisiones tomadas en situaciones de urgencia.

1. ***Formulación del problema:***

¿Cuáles son las características epidemiológicas del profesional médico y su relación con los principios de decisión bioética ejercidas en la práctica médica en el servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2008?

2. **Descripción del problema:**

A. Área de conocimiento

- General : Ciencias de la Salud
- Específica : Medicina Humana
- Especialidad : Bioética
- Línea : Toma de decisiones

Interrogantes básicas:

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas principales que presenta el profesional médico que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008?
2. ¿Qué principios de decisión bioética se ejercen en la práctica médica y cuales son sus conflictos en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008?
3. ¿Que relación existe entre las características epidemiológicas del profesional médico y los principios de decisión bioética ejercidas en la práctica médica en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008?

Tipo de investigación : No experimental
Diseño : Exploratorio, correlacional
Corte : Transversal (2008)

Objetivos

1. Identificar las características epidemiológicas principales del profesional médico en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
2. Identificar los principios bioéticos y sus conflictos en la toma de decisiones médicas por el profesional médico en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
3. Analizar la relación existente entre las características epidemiológicas del profesional médico y los principios bioéticos y sus conflictos presentes en la toma de decisiones médicas en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1) Antecedentes

En las últimas décadas, son muchos los artículos publicados sobre la ética de la medicina, en ocasiones mencionando indistintamente la moral médica o la ética. Por ello, conviene hacer una distinción entre estos dos conceptos. No es sólo un prurito de lenguaje. "ética y moral" son dos cosas diferentes. Desde su origen "moral" viene del latín, "mores" que significa "costumbre" y "ética" del griego, "Ethos" que en su acepción final se refiere al carácter de la persona. Los preceptos morales derivan de la decisión de una sociedad. Con frecuencia son doctrinas derivadas de preceptos religiosos, de dogmas que un individuo tiene el derecho de aceptar. Son una decisión heterónoma. El carácter ético impone una conducta derivada de una reflexión personal; de la libertad de decidir, que en principio Dios dio al hombre al crearlo como característica de su creación. El hombre que tiene capacidad de pensar, de reflexionar y de atreverse a tomar decisiones propias; de tener una decisión "autónoma" (8).

Esta distinción es importante. Al examinar la bibliografía uno se encuentra con artículos que hablan de ética médica católica, o ética médica judía. Son artículos de moral católica o moral judía. Como es un libro de moral médica católica el publicado por la Academia Nacional de Medicina de Kuthy y cols. (9) con el nombre de Introducción a la Ética Médica. e innecesario el título de Ética Médica Laica, de Pérez Tamayo, ya que toda ética médica es laica.

En el estudio de M.L. Iglesias (32), donde se realiza un análisis ético de las decisiones médicas en un servicio de urgencias de un hospital universitario, se desprende que las decisiones médicas que se toman en la práctica clínica son plurales. Esta variedad de respuestas obedece a que cada sujeto tiene sus propios valores, y en la formación de los valores intervienen diversos elementos que van desde la tradición y creencias hasta los conocimientos científicos.

P. Hebert, EM Meslin (33), del departamento de medicina de familia y comunidad de la facultad de medicina de la universidad de Toronto, Ontario, hicieron un intento por evaluar la sensibilidad ética en estudiantes de medicina usando viñetas clínicas como

instrumento: se crearon 5 viñetas clínicas con 7 a 9 alcances éticos. Los alcances éticos en las viñetas fueron discutidos por un panel de expertos. Cada respuesta fue clasificada bajo los dominios de la autonomía, beneficencia, y justicia. Parece que el uso de viñetas es una forma de medir los aspectos de la sensibilidad ética en estudiantes de medicina pero se requieren más estudios para clarificar exactamente lo que se está midiendo.

El mismo autor anterior (34) desarrolló un instrumento para evaluar la "sensibilidad ética". El instrumento presenta 4 viñetas o casos clínicos y al evaluado se le pide responder a una lista de hechos éticos relacionados a cada viñeta. Fue utilizado en 1990 para evaluar la sensibilidad ética de estudiantes en las 4 clases médicas de la Universidad de Toronto. Se halló que la sensibilidad se incrementa entre el 1er y 2do año y que decrece durante el resto de la formación, de modo que los estudiantes de 4to año identifican menos hechos éticos que aquellos que ingresan más recientemente a la escuela de medicina. Surgieron muchos problemas con el uso de este instrumento y la interpretación de los datos encontrados. Sin embargo, estos hallazgos, si son reproducibles, son importantes y su significado necesita posterior discusión.

Las oportunidades educacionales en bioética son ahora bastante prevalentes. Estos incluyen una amplia variedad de cursos, conferencias y seminarios. Los objetivos primarios de estos esfuerzos son incrementar la conciencia de los participantes de, y a mejorar su razonamiento moral sobre hechos éticos.

La eficacia de los esfuerzos educacionales en bioética en reunir estos objetivos ha recibido algunas críticas. Los estudios publicados con estudiantes de medicina no graduados reportan el efecto de cursos específicos o discusiones (28-29, 33-34), así como el típico currículo de la escuela de medicina de 4to año, sobre las actitudes y conductas de estos estudiantes. Sin embargo, esta literatura deja sin examinar la población de profesionales al cuidado de la salud y los únicos formatos usados en su educación tales como las conferencias y los cursos intensivos.

Determinar cómo mejorar una evaluación de la eficacia de la educación bioética puede ser bastante desafiante. Varios instrumentos se han desarrollado para evaluar las conductas éticas, tales como el instrumento de sensibilidad ética de Toronto (34), el

cual mide el número de hechos éticos identificados en viñetas. Otros estudios han evaluado cambios en la habilidad del razonamiento moral, usando varios instrumentos, incluyendo la entrevista de Juicio Moral de Kohlberg (36), y la medición del razonamiento socio-moral (37).

El estudio de Janet L. Malek (35), fue diseñado para proveer algunas de las piezas faltantes a partir de la literatura publicada concerniente a la evaluación de la educación en bioética. Específicamente, usando técnicas cualitativas investigaron el efecto de un curso intensivo de 6 días en bioética sobre un grupo de profesionales de la salud. La experiencia conduce a que una educación ética podría afectar los cambios observados antes y después del curso aplicado. Específicamente hubo una tendencia hacia aquellos sin educación o experiencia ética previa a mencionar explícitamente la autonomía en sus respuestas, después del curso.

Finalmente, los resultados de cuestionario escritos (38) y el Examen Clínico Estructurado Objetivo (39) han sido usados para tratar de evaluar la habilidad de los encuestados para actuar en una manera ética en un escenario clínico. Cada uno de estos métodos

usa escalas para convertir respuestas en valores numéricos los cuales son entonces comparados. No se pudo encontrar ninguna publicación en la literatura que evalúa los efectos de la educación en bioética usando un análisis cualitativo. Mientras las técnicas cuantitativas son tienen una dimensión importante en evaluar el efecto de la educación ética, esa evaluación podría ser mejorada si ésta fuera comparada con un análisis cualitativo.

2) Marco conceptual

Los médicos varían ampliamente en su familiaridad con las teorías y métodos éticos y su sensibilidad hacia aspectos éticos. Es importante para los médicos mejorar sus habilidades en direccional las preguntas éticas a través de la educación médica pre-grado, educación continua organizada, o la experiencia personal y lectura así como la discusión con otros.

En recientes décadas, la ética médica a sido dominada por la ética basad en principios (1-3). En este acercamiento, los cuatro principios ofrecen una manera sistemática y relativamente objetiva de identificar, analizar, y direccional aspectos éticos, problemas y dilemas. Sin embargo, los críticos claman que un acercamiento basado en principios no puede resolver adecuadamente o incluso

ayudar plenamente a evaluar muchos problemas clínicos difíciles. Como resultado, han emergido muchas otras perspectivas y marcos: ética basada en la virtud, una ética del cuidado, ética feminista, ética comunitaria, y el razonamiento basado en el caso, todos ellos han tenido méritos así como limitaciones.

Muchos coinciden en que el Juramento Hipocrático no es suficiente para normar la ética de la medicina actual; y que ha sido rebasado por el crecimiento en los conocimientos, por la tecnología médica actual y por las formas de organizar el soporte económico del acto médico. La mayoría coincide en que un ejercicio médico ético se da, cuando se cumplen cuatro principios fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía del enfermo y justicia en el suministro de la medicina. Otros autores consideran que de estos principios fundamentales hay otros secundarios a éstos como el consentimiento informado, la confidencialidad y otros. De cualquier acto médico, juzgado a la luz de estos principios se puede decir si es ético o no. Adelante veremos como en la medicina actual el cumplimiento de estos principios no depende ya, hoy, sólo del médico.

Vivimos tiempos en que la velocidad de los cambios se ha acelerado. Éstos son cada vez más vertiginosos, más sorprendentes e impredecibles; tanto que, a veces ni el hombre común ni el intelectual parecen tener el suficiente tiempo para detenerse y reflexionar en torno a ellos.

Nos hallamos hasta angustiados ante esta dinámica visión que nos exige revisar con mayor profundidad y objetividad el desarrollo de las ciencias biomédicas y la imagen del hombre, ser trascendente y espiritual, poseedor del sello de la divinidad. “Obra el bien y evita el mal” ha sido en ocasiones enunciado como principio supremo de moralidad, siendo muy difícil imaginar una actuación moral que no se atenga a ese principio. Pero estrictamente hablando, este principio es meramente semántico: en términos éticos “bien” es lo que se recomienda y “mal” es lo que se recomienda evitar (3). Es ahí donde radica la importancia de este hecho. La problemática que ellas tratan se multiplica casi hasta el infinito: ¿esta bien guardar silencio a la pareja ante la seropositividad al VIH del paciente? No es buen médico el que solo es médico; no es buen profesional el que de tal manera apuesta unilateralmente por su propia profesión que subordina todos los

otros aspectos (económicos, familiares, espirituales, sociales, etc.) a la propia profesión. De esta misma perspectiva y aún antes de entrar en temas de autonomía y justicia cabe descalificar el corporativismo profesional (4).

El gran problema que hoy confrontamos es que el avance científico no suele ir necesariamente aparejado con el consiguiente desarrollo moral. Al respecto existe un acuerdo y un consenso aceptados por las diferentes concepciones sobre la vida y los valores de referencia, asumidos por cada persona, como propios.

Para muchos autores, el nacimiento de la Bioética ocurrió en 1962, cuando en Seattle (estado de Washington), se decidió crear un comité de legos (no médicos) para decidir qué pacientes tenían preferencia para beneficiarse de la entonces reciente máquina de hemodiálisis (5). Las fuentes de donde surgen estos acuerdos se remontan a los resultados de algunas prácticas fascistas de los seres humanos durante la segunda guerra mundial: como consecuencia de esto, fue dictado el Código de Nüremberg (1947-1948) que fue el primer protocolo de la historia sobre Ética en la

investigación en humanos a través del consentimiento voluntario del paciente en su realización.

Entre 1970 y 1971 el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter propuso el término "bioética" para resaltar el enorme desarrollo de los hechos biológicos en la segunda mitad del S. XX y la necesidad de compensarlo con la evolución de la dimensión de los valores. Se propuso así una disciplina que enlazara lo biológico con las humanidades en una ciencia sobre la supervivencia; de manera que Bioética significa reflexión sobre los valores emanados del desarrollo biológico o de las ciencias de la vida. Posteriormente, el informe Belmont (1978) surge de una comisión encargada por el Congreso Norteamericano para elaborar una guía con directrices para la protección de los individuos que participan como sujetos de experimentación en biomedicina, basados en los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Estos principios luego se hicieron extensivos a toda la biética.

La ética surge en Grecia con la reflexión sobre ethos; Hipócrates (469 A.C.) que con su "conócete a ti mismo" y su método trató de llegar a conocer qué era el bien, inaugurando así la

investigación formal del hombre como sujeto de la moralidad. Quien le dio status de disciplina filosófica fue Aristóteles hace 24 siglos (384-322 A.C.) y como su fundador la considera como una rama específica de la Filosofía, la que tenía por objeto el estudio de los hábitos y costumbres de los hombres. Por su parte, el médico griego Hipócrates de Cos consideró lo bueno identificado o reflejado en el orden natural y lo malo en su desorden, para discernir entre lo bueno y lo malo, entre lo que puede ser aplicado a un individuo sano para que no enferme o enfermo para que cure, que no denigre o menoscabe en lo más mínimo ninguno de los aspectos propios o inherentes a su condición humana. Pero a lo largo de los primeros siglos de la Medicina no existió verdadera "ética médica", si por ello se entiende la moral autónoma de los médicos y los enfermos; existió otra cosa, en principio heterónoma, que podemos denominar "ética de la medicina". Esto explica por qué los médicos no han sido por lo general competentes en cuestiones de "ética", quedando reducida su actividad al ámbito de la ascética (cómo formar al buen médico o al médico virtuoso) y de "etiqueta" (qué normas de corrección y urbanidad deben presidir el ejercicio de la Medicina). La historia de la llamada ética médica es buena prueba de ello (6).

No obstante el sentido griego se perdió más tarde al pasar al latín pues se trocó por mos/moris, significando más (casi sinónimo de habitus) una práctica, un comportamiento, una conducta. Así, en términos prácticos podríamos definir a la Ética como la ciencia que se ocupa de la moral, de algo que compete a los actos humanos exclusivamente y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean libre, voluntarios y conscientes.

La Ética es una ciencia puesto que expone y fundamenta científicamente principios universales sobre la moralidad de los actos humanos; no es el conjunto de normas, ni tratados, ni leyes que obligatoriamente debemos acatar y cumplir, sino que es una orientación armónica que nos va a ayudar a vivir la vida (7).

La Ética es algo típica y distintivamente humana, porque el hombre tiene la capacidad de autodirigirse, de orientar su vida, de tomar decisiones basadas en su libertad. El ser humano se caracteriza por ser un ente racional que después de una confrontación valorativa entre varias posibilidades, puede optar por una alternativa que considera la más adecuada según su proyecto de vida (8).

La Bioética por su parte, es una disciplina joven, nació de la reunión de la ética médica, con una tradición de más de 2500 años y el surgimiento de nuevas corrientes filosóficas que poco a poco infiltraron el pensamiento médico, sobre todo ante la urgencia de replantearse el papel que desempeña el hombre dentro de un mundo cada vez más tecnificado, más desarrollado y más comunicado, lo que definitivamente ha permitido una esperanza de vida cada vez más larga además de una calidad de vida mejor (9).

Como concepto, es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en la medida que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales (10). A la Bioética se la puede considerar surgida como un intento por profundizar en la necesaria búsqueda de la verdad, de todo aquello relacionado con el bien integral del paciente; es decir, en las esferas psicológicas, biológicas y social de éste, y así posibilitar la potenciación y expresión con la mayor fuerza posible de todos los elementos de la persona (11).

La relativamente nueva palabra Bioética se ha ido difundiendo en coincidencia con al progresiva complejidad de los dilemas éticos suscitados por los espectaculares avances de las ciencias biomédicas, lo que conlleva a la apertura a una temática nueva dentro de una praxis sanitaria más compleja que la abordada desde el marco de la Medicina basada en Evidencias, en donde adquiere una importante intensidad el tema de la distribución de los recursos sanitarios. A la vez la Bioética debe tratar, desde su propio significado etimológico (Bios y Ethos: vida y ética), el gravísimo problema planteado por un desarrollo tecnológico que está poniendo en grave peligro a las futuras generaciones, así como a toda la biosfera de la que el ser humano es indisociable, y sin perder la vista el hecho de que los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad, como bien reclama al UNESCO (12).

A pesar de su origen etimológico, su definición ha recibido numerosas interpretaciones entre las que se destaca:

- Enciclopedia of Bioethics: "El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del

cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”.

- Kleffer: “Como un nuevo término para expresar el viejo concepto de ética médica”.
- Potter: “Consiste fundamentalmente en servirse de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida”.
- Roy, David: “Es el estudio interdisciplinario del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las técnicas biomédicas” (13).
- Hottois: “Bioética designa un conjunto de cuestiones con la dimensión ética; es decir, en la que los valores y cuestiones relativas, solamente pueden ser resueltas mediante acto de elección, suscitadas por el poder de intervención tecnocientífica en el ámbito de la vida orgánica (especialmente en el ámbito de la vida humana) (14).

A continuación se describe los principios bioéticos más consensuados que sirven al profesional médico como método de

reflexión y que pueden ser estrategia correcta para el estudio de casos singulares.

Estos principios éticos, principios de prima facie (de primera vista) tienen carácter absoluto y son percibidos por el sujeto moral como obligatorios, sirviendo de marco básico y lenguaje común para analizar y resolver los conflictos éticos en el ámbito sanitario (15).

El principio de Autonomía o principio de respecto a la autonomía del paciente se basa en la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa hacia el paciente. La apelación a la autonomía se entiende como no interferencia de unos en las vidas, acciones y decisiones de los otros, salvo aquellas interferencias que sean expresamente deseadas o aceptadas por ellos (16). La decisión de una persona es autónoma cuando deriva de sus propios valores y creencias, es intencional, forma parte del un plan, se basa en un conocimiento y entendimiento adecuado, y no está sujeto a coerción interna ni externa (17). La medicina de hoy debe basarse en el respeto a la libertad del paciente, mientras no interfiera con la libertad de otros. Todo ser humano debe ser reconocido por los otros como autónomo.

Según Faden y Beauchamp (4), las actuaciones son autónomas cuando cumplen 3 condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. Pero la autonomía tiene límites y es un hecho comprobado que cuando la autonomía se lleva al extremo e intenta convertirse en un principio absoluto y sin excepciones, conduce a aberraciones. El bien común conduce a poner coto a las decisiones libres de los individuos. Este principio, de carácter liberal-radical, pone énfasis en que, en la relación médico-paciente, la prioridad en la toma de decisiones sobre la enfermedad es la del paciente, que decide lo que es conveniente para él durante dicho proceso. Esta toma de decisiones es un derecho que para ser ejercido requiere una información adecuada. El consentimiento a cualquier intervención en un sujeto capaz debe darlo éste, para lo cual el médico debe recabarle habiéndoselo informado adecuadamente.

El principio de Autonomía sólo debe ser analizado bajo el control de los otros dos principios fundamentales: el de Beneficencia y el de Justicia. La razón está a veces del lado de la Beneficencia y no de la Autonomía. Y muchas otras se halla entre ambos principios, entre la Beneficencia y la Autonomía. De ahí la

necesidad de un tercer principio que medie entre ambos (18). Este principio es el de Justicia, que es aportado a la relación sanitaria, no por el profesional sanitario ni por el enfermo, sino por la sociedad, el Estado y las autoridades sanitarias.

Ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico de relevancia, el paciente debe ser informado para alcanzar su consentimiento. Para aceptarlo como adecuado y veraz, se requiere el cumplimiento de una serie de condiciones: información suficiente, adecuada capacidad mental, comprensión de la situación y capacidad para tomar decisiones por parte del paciente. Northorp A. señala tres elementos principales del consentimiento informado: debe darse voluntariamente, debe provenir de una persona con la capacidad y competencia de comprender y deberá darse suficiente información (19). Cuando el "consentimiento informado" no es posible, hay que buscar el mayor bien del paciente, y por tanto se debe prestar toda la ayuda posible.

Por lo tanto, este principio tiene diversas implicancias: Dar al paciente la información relevante para que pueda tomar decisiones. Facilitar la comunicación, utilizando lenguaje comprensible. Querer

escuchar con ánimo de comprender. No engañar sobre el diagnóstico u pronóstico, a menos que el paciente solicite lo contrario, no sus familiares. Ofrecer las diferentes opciones terapéuticas. Respetar la confidencialidad, así como los compromisos contraídos con el paciente. Este principio se exceptúa en pacientes con disminución transitoria de su autonomía y en pacientes con incapacidad de auto-gobierno.

No es de extrañar que se haga necesario articular el principio de autonomía no tanto con el principio de hacer el bien cuanto con el principio de no hacer daño, de no hacer el mal a los otros (principio de no maleficencia) (16).

El principio de beneficencia es aquel que propone hacer el bien, o el de ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Implica buscar y promover el bien de cada persona o, al menos, no perjudicarla (8). Así, tanto la palabra como el principio, están marcados por unas connotaciones asistencialistas y paternalistas que han sido o son más propias de las actividades y profesiones de ayuda (4).

Hans Jonas dice que, aunque la humanidad tiene interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen por tal fin. Matizado de esta manera, este principio apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar un mayor bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores (5).

Este principio se compromete a buscar beneficios, suprimiendo los perjuicios. Para esto se inicia la relación médico-paciente, que consiste en una negociación entre la autonomía del paciente y la beneficencia por parte del médico, en busca del óptimo posible en cada situación concreta. A veces se integra el principio de beneficencia y el de no maleficencia en el principio de utilidad que establece la necesidad de sopesar y compensar los beneficios y perjuicios que se siguen de determinados cursos de acción (4).

El principio de No Maleficencia, como principio ético negativo, es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento del paciente ya que nunca es lícito hacer el mal. No maleficencia deriva del latín "non malum facere" que expresa no hacer daño. Sirvió para

establecer el principio “primum non nocere”, es decir, ante todo no hacer daño al paciente; tratándose entonces de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Esto es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños y riesgos. Este principio no solo obliga a no hacer el mal sino también a procurar positivamente que la vida biológica de todos los hombres sea tratada con total consideración y respeto. Todo arte y toda investigación, y del mismo modo toda acción y elección, parecen tender a algún bien; por esto se ha dicho con razón que el bien es aquello a que todas las cosas tienden (20).

El “primum non nocere” (formulación latina, lapidaria atribuida a Escribonio Largo, autor del siglo I D.C.) se asocia al principio de beneficencia y en el ámbito sanitario obliga al empeño en la formación teórica y práctica del ejercicio profesional y en la mejora de los medios diagnósticos y terapéuticos (21). Se entiende que este principio se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética médica hipocrática. En la praxis hay que evitar hacer daño y contrarrestar aquellos riesgos de daño. En términos éticos, en la relación médico-paciente, es no producir riesgos en la integridad del paciente que no sean las estrictamente terapéuticas.

El principio de Justicia hace referencia a la igualdad de todo ser humano, siendo la desigualdad una realidad, se hace necesario tender a la menor desigualdad. Ya que es el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios, tiene una referencia clara en la asignación y distribución de los recursos humanos. Es decir que, consiste básicamente en dar a cada uno lo suyo, y esto exige, para hacerlo bien, conocer qué es lo que a cada uno corresponde. Todos los seres humanos tienen los mismos derechos, independiente de su desarrollo e integridad física o psíquica, de sus condiciones raciales, sociales, políticas, económicas o religiosas. Dar a cada uno lo que le corresponde, obligación de igualdad. Implica tener igual consideración y respeto por toda persona (8). La limitación económica de unos presupuestos, frente a demandas prácticamente infinitas de la población, conducen al planificador sanitario a dictar normas de obligado cumplimiento, que tiendan al beneficio de la población en su ámbito universal frente al bien particular y concreto. Es deber del profesional sanitario actuar con Justicia en el reparto de la Beneficencia (22). Tendremos que garantizar el mayor nivel de

eficacia y el mayor nivel de equidad así como la mejor aplicación de nuestro saber profesional. La solidaridad humana exige que se preste asistencia y se proteja del sufrimiento al prójimo, aún cuando existan profundas diferencias ideológicas, religiosas o de cualquier índole entre los individuos, lo cual pudiera muy bien ser o constituir un punto más de apoyo o sustentación del principio bioético de justicia. Ahora bien, la autonomía no sólo pone límites, sino también ofrece un horizonte hermenéutico al principio de beneficencia. Cada principio obtiene una interpretación profundizada cuando es interpretado a la luz de los otros principios (21).

Actualmente se propone jerarquizar entre los principios expuestos hablándose de dos niveles. En el primero estaría la No maleficencia y la Justicia y en el segundo al Autonomía y la Beneficencia, el marco de actuación sería la legislación vigente en ese momento. Los del primer nivel obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas y, por tanto, tienen un rango superior a los otros dos.

Esta jerarquización suscita controversias entre las personas implicadas en estos problemas éticos y defienden la independencia de la persona a la hora de decidir sobre cuestiones de salud sin

tener en cuenta las consecuencias en sus allegados y en la sociedad.

La utilización de los conocimientos de la Medicina, sólo puede aceptarse si ésta es puesta al servicio del proceso unitario de la vida y al respeto de la esencial dignidad del hombre. Es imperativo fijar principios inspiradores de todo este quehacer así como las implicancias de su uso y abuso, salvaguardando a la persona en su esencia e integridad (23). Sólo recientemente se ha venido a potenciar la actividad clínica del médico, lo que le obliga a interactuar más intensa y eficazmente con el paciente. En esta comunicación el profesional sanitario no debe caer en el paternalismo acérrimo sin considerar los deseos, opciones y acciones de esa persona. Asimismo, la información al paciente debe ser fluida, completa y sincera teniendo en cuenta el estado de ánimo, los sentimientos, el dolor y angustia de la enfermedad, haciendo esta relación más humana y digna.

Una de las preocupaciones de las instituciones que congregan a los gremios médicos de Occidente, siempre ha sido el cómo prevenir las transgresiones éticas de los profesionales de la

medicina. Y una de ellas es la educación al respecto, pero ¿es posible enseñar o educar adultos en aspectos morales? La preocupación no es reciente, ya que hace 25 siglos Sócrates se preguntaba reiteradamente: “¿puede enseñarse la virtud?” Marañón negó tal posibilidad afirmando que la vocación lleva inmanente los valores morales necesarios para ejercer la medicina, él decía: “la ética profesional brota, como una flor espontánea, de la vocación” y que poco añadiría la formación universitaria. Gracia está de acuerdo con esta aseveración aunque cree que un cambio actitudinal secundario es posible, “indirectamente, a través de la formación de habilidades y conocimientos” (24).

Los métodos de enseñanza para la enseñanza de la bioética, han sido estudiados en otros países, así p.e. Hanson (25) comentaba que se había propuesto desde discusión de casos en pequeños grupos, hasta conferencias dentro de una red de computadoras. Mientras tanto el análisis de casos se constituía en una de las mejores alternativas, tanto en investigación como en educación bioética. Arras (26) comentaba el libro “The abuse of casuistry” de A. Jonsen y S. Toulmin, establecía algunas características de la moderna casuística: prioridad asignada a la

interpretación y razonamiento analógico del caso, antes que teorización abstracta.

El bioeticista A.R. Jonsen (27), opina que la bioética se ha ido acercando al análisis de los problemas morales de los casos particulares, a partir de que el "moralismo americano", basado en las reformas religiosas propuestas por Jansenio (teólogo holandés 1585-1638) y Calvino (sacerdote reformador francés 1509-1564), caracterizado por principios absolutos y claros, estimuló desde el inicio al movimiento bioeticista.

La evaluación de tal proceso ha devenido en la elaboración de instrumentos como el de la Universidad de Toronto (28) que mide el número de asuntos éticos identificados en viñetas. Otros (29) han evaluado los cambios en el razonamiento moral usando instrumentos como el Kohlberg, también cuestionarios escritos y exámenes objetivos estructurados (30) o estudios cualitativos con ayuda de viñetas (3). Para enseñar ética, enseñar a ser honrado, a ser bueno (si tal cosa se puede enseñar) es algo para lo que la universidad no está capacitada ni legitimada (21).

Junto a Sanchez (1) convenimos, finalmente, que una combinación ponderada y de secuencia inductivo-deductiva puede brindar mejores resultados, como el caso de las últimas experiencias docentes de la Universidad San Martín de Porres en Lima (31) que comprobarían tal situación.

Limitación de la terapia

La existencia de límites en la atención médica constituye una realidad en la práctica de la medicina que ya fue bien reconocida desde la época hipocrática en relación al principio de no maleficencia (“*primun non nocere*”) y a no provocar un sufrimiento mayor al paciente que el eventual beneficio que pueda derivarse del tratamiento. Sin embargo y aun después de tantos siglos, en este tiempo existen tres circunstancias por las que el análisis de los límites de la atención en medicina crítica adquiere una importancia especial.

- La aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles, incluyendo entre ellos a los diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del

paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte con la posible generación de cuadros de encarnizamiento terapéutico.

- La vigencia del principio de autonomía que atiende a las preferencias del paciente, a su calidad de vida y a la valoración exclusiva del significado del "bien" para cada uno.

- La creciente dificultad y complejidad para establecer la efectividad de un tratamiento en cada paciente a pesar de los permanentes intentos derivados de una medicina basada en la evidencia (metaanálisis, scores pronósticos, medición de la efectividad, de la eficacia y de la eficiencia).

La aceptación de plantear un concepto amplio de futilidad podrá ayudar a la comprensión del problema del límite en la atención al considerar que una acción médica puede ser fútil en una circunstancia y no en otra, porque esta cualidad reside más en el análisis del objetivo del tratamiento que en las características de su propia naturaleza. De este modo, si la determinación de los objetivos finales de un tratamiento están reservados exclusivamente al paciente será a él a quien corresponda calificar de fútil una acción

médica, teniendo en cuenta no sólo su respuesta fisiológica inmediata (la determinación de la futilidad fisiológica le corresponde con exclusividad al médico) sino el probable resultado final sobre el conjunto del organismo.

Si bien el concepto de limitación en el esfuerzo terapéutico es similar en toda la medicina las dificultades operativas existentes para su aplicación en Terapia Intensiva surgen de la característica del paciente crítico y de la naturaleza intrínseca de los métodos de soporte vital, lo que establece una clara diferencia entre la toma de decisión en estas salas respecto de las otras modalidades de atención médica.

El paciente crítico se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima. La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad.

El soporte vital es toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Comprende actualmente y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parenteral.

Resulta indispensable comprender que las decisiones sobre los métodos de soporte vital tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte del paciente crítico. Cada uno de estos métodos pueden no ser aplicados en cada paciente o suspendidos luego del comienzo de su indicación.

En la práctica médica existe una diferencia operacional y de responsabilidad moral individual entre “actuar” y “dejar de actuar”. En todas las encuestas efectuadas a los trabajadores de la salud se ha constatado que resulta mucho más difícil suspender un método de soporte vital que no aplicarlo y a su vez ésta actitud abstencionista resulta mucho más fácil en un medio asistencial de autocuidado o de cuidado paliativo que en el área de Terapia Intensiva. Esta diferenciación claramente percibida en la práctica resulta cierta más

allá del principio de equivalencia moral por el que no existiría diferencia entre ambas acciones.

Finalmente, toda esta problemática que simplemente se ha enunciado y que transcurre en el escenario médico, forma parte de un complejo entramado cuyo debate se inserta en el marco interdisciplinario de la Bioética dentro de la cual los conflictos y las tensiones que se suscitan en el fin de la vida ocupan un espacio muy importante.

Conflictos éticos

Los cuatro principios son así: la beneficencia, la autonomía, la no-maleficencia y la justicia. Tanto desde el deontologismo como desde el utilitarismo de regla estos principios son deberes prima facie, deberes que deben ser siempre respetados. Ambas posiciones ética varían cuando esos principios entran en conflicto, cuando para cumplir uno es necesario violar otro. El deontologismo exige que los principios se cumplan siempre inexorablemente, y el utilitarismo entiende que al conceder prioridad de uno sobre el otro, no se viola las reglas porque estas obligan en la medida en que son útiles, y por

lo tanto, los principios en si mismos carecen de excepciones, pero el acto concreto frente a un caso singular, puede ser una excepción. La excepción no anula la obligatoriedad general de los principios y solo es legítima cuando puede ser justificada racionalmente.

En el acto medico concreto, la deliberación encuentra un lugar especial en el caso de conflicto entre principios porque desde posiciones filosóficas y éticas diferentes, se van a dar diferentes justificaciones para respetar uno u otro principio, y para establecer diferentes jerarquías, si se priorizan uno con respecto a los otros.

Desde otra posición filosofica el Dr. Diego Gracia [4] establece una jerarquía de los principios que no resulta relativa y circunstancial, y que establece deberes de diferente clase entre unos y otros. Su tesis reconoce que hay dos niveles entre la oposición de los principios. La justicia, que es definida como "dar a cada uno lo suyo", es una enunciación positiva y que si se formula "de modo negativo significa *pimun non nocere* y se identifica con la no maleficencia". Este principio de no maleficencia es el fundamento y la raíz de todos los otros principios, obliga como deber perfecto, con carácter de universalidad y de forma coactiva absoluta.

Así, Gracia distingue dos estamentos, "La no maleficencia es el principio básico de toda la bioética", y la base de toda jerarquización, de modo que "el principio primario es el de no maleficencia y justicia, y el secundario derivado, el de autonomía-beneficencia".[5]

La autonomía y la beneficencia resultan "principios éticos relativos", obligan como los deberes imperfectos y necesitan contar con la libre aceptación del paciente para su realización. Existe una base dada por los principios de no-maleficencia-justicia que exigen una obligación previa absoluta, que es incluso anterior e independiente de la opinión de todos, médicos y pacientes, y que consiste en que no se debe hacer mal a nadie. Este principio básico es tan válido hoy como a lo largo de la historia de la medicina y ya se lo encuentra en la ética hipocrática expresada en el juramento y por ello Gracia afirma una "ética médica mínima", impuesta por este principio y la jerarquía resultante. El principio de no maleficencia tiene su opuesto complementario en la justicia, porque es un principio de carácter deontológico y por ello tiene carácter universal su aplicación. El de beneficencia y su opuesto el de autonomía, no

son supuesto porque tienen carácter teleológico, de fin al que se tiende y es siempre de carácter particular. Esta ética médica mínima supone así dos niveles de principios que obligan de modo diferentes.

Los principios de beneficencia y autonomía pertenecen al ámbito privado de cada persona, ya que responden al desarrollo de su proyecto de vida, y dicha persona los tiene que gestionar de acuerdo con sus ideales. Así pues, justicia y no-maleficencia se deberían de anteponer siempre a beneficencia y autonomía. Los dos primeros principios son los que hay que respetar en la ética de mínimos y los otros dos se refieren a la ética de máximos, por tanto, no necesariamente se tienen que compartir en el ámbito de la universalización.

Desde el punto de vista moral, el obrar concreto de cada situación o caso individual exige por una parte conocer intelectualmente los principios, sus conflictos y su modo de obligación, pero por otra, solo el proceso deliberativo va a dar lugar a la actitud prudencial de jerarquizar en cada situación individual un principio sobre otro, o de violar o lesionar alguno de los principios

excepcionalmente, pudiendo fundamentar tal acción
razonablemente.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna que abarca un área de influencia de 237,000 habitantes, tiene una disponibilidad de 600 camas y atiende una media de 150 visitas en urgencias por día. El servicio de Emergencias está dividido en cuatro áreas de atención según la especialidad. Se encuestaron a 36 médicos con una edad media de $48,7 \pm 5,6$ años. Se valoraron siete parámetros que definen a grandes rasgos las características epidemiológicas de la población médica encuestada: edad, sexo, escala y años de ejercicio profesional, cursos previos de bioética, frecuencia anual de capacitación en medicina y en bioética.

Para la obtención de la información se utilizó el método de la encuesta cerrada y anónima de 15 supuestos teóricos del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, adaptados a un servicio de urgencias, con cuatro o cinco opciones posibles y una

respuesta válida (véase anexo), y cuatro preguntas de elección múltiple sobre la limitación de la terapia. El fenómeno objeto del estudio está basado en el lenguaje de los principios y las consecuencias, método principalista estructurado en dos momentos. Uno a priori, basado en los principios de prima facie (autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia), y otro a posteriori, donde se jerarquizan los principios en conflicto.

El principio de autonomía permite al paciente ejercer la libertad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción tras una información correcta. El principio de beneficencia está basado en el concepto de hacer el bien al enfermo, y el de no maleficencia en evitar el daño⁶. El principio de justicia hace referencia a la distribución de los recursos necesarios para dar asistencia sanitaria. Cada caso clínico se clasificó según el principio de prima facie relevante (Tabla 1).

Se compararon las respuestas obtenidas con las siete variables definidas anteriormente mediante la prueba de la Ji al cuadrado.

Tabla 1. Clasificación de los casos clínicos según el principio de prima facie relevante.

| Principio de prima facie | Casos clínicos |
|---------------------------------|-----------------------|
| Autonomía | 2, 7, 9, 11, 12, 15 |
| No maleficencia | 14 |
| Beneficencia | 5, 6, 13 |
| Justicia | 1, 3, 4, 8, 10 |

Métodos estadísticos

Prueba Ji-cuadrado de Pearson

La prueba Ji-cuadrado de Pearson se aplica al caso de que se disponga de una tabla de contingencia con r filas y c columnas correspondiente a la observación de muestras de dos variables X e Y , con r y c categorías. Se utiliza para contrastar la hipótesis nula:

H_0 : Las variables X e Y son independientes.

Si el p -valor asociado al estadístico de contraste es menor que α . Se rechazará la hipótesis nula al nivel de significación α .

Si denominamos $C5$ y $EDAD$ a las variables "Caso clínico 5 con sus alternativas" y "Rangos de edad", respectivamente, los valores que presenta la primera en el conjunto de médicos

encuestados son: A, B y C. Los valores que presenta la segunda son: 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años y > 54 años, codificados numéricamente como 1, 2, 3 y 4. La hipótesis nula que se desea contrastar es que las variables C5 y EDAD son independientes.

La prueba Ji-cuadrado para tablas de contingencia sobre las variables C5 y EDAD se utiliza en este caso. Los resultados se disponen en la figura 1. obsérvese que, de un total de 24 médicos encuestados sobre el caso clínico 5 y sus alternativas, el número de resultados para cada alternativa ha sido muy heterogénea (12, 8 y 4 para las alternativas A, B y C respectivamente). Luego, la proporción global de resultados para cada alternativa son muy diferentes, lo que no implica que, para un determinado rango de edad, tampoco lo sea. Si la proporción de respuestas de las alternativas del caso clínico fuera independiente del rango de edad, entonces, cualquiera que fuera el rango de edad, la proporción de elección de las alternativas sería parecida a la proporción global. Si, por el contrario, para un determinado rango de edad, la proporción de elección de una alternativa fuera significativamente mayor o menos que la proporción global, la elección de la alternativa dependería del rango de edad. Por ejemplo, en el caso de la

alternativa B, la proporción global de elección es igual a $8/24 = 0,33$; sin embargo, si el rango de edad fuera el 2, será igual a $4/4 = 1$, mientras que si el rango de edad fuera 3, será igual a $4/16 = 0,25$. Luego, dependiendo del rango de edad, la alternativa de elección puede ser elegida o no.

Si las variables C5 y EDAD fueran independientes, la probabilidad de elección de una alternativa i en un rango de edad j sería igual a la probabilidad de elección de la alternativa i por la probabilidad de estar en el rango de edad j . luego, bajo la hipótesis de independencia, el número de respuestas en la celda (i, j) de la tabla de contingencia sería igual al número de elecciones de la alternativa i por el número de respuestas en el rango de edad j , partido por el total de respuestas. Por ejemplo, en el caso de la alternativa B en el rango de edad 2, el número observado de resultados es igual a 4 ("Recuento"). Bajo la hipótesis de independencia, el número esperado ("Frecuencia esperada") es igual al producto de los marginales en la fila y en la columna correspondientes partido por el total de resultados, $N = 24$

$$(8 \times 4) / 24 = 1,33$$

El estadístico Ji-cuadrado de Pearson se construye a partir de las diferencias entre las frecuencias observadas y las esperadas bajo la hipótesis de independencia. El p-valor asociado ("Sig. Asintótica (bilateral) = 0,011) es menor que 0,05, luego al nivel de significación 0,05, se rechazará la hipótesis nula. Dado que las diferencias entre lo observado en la muestra y lo esperado bajo la hipótesis nula son estadísticamente significativas, no se puede aceptar que la probabilidad de elegir una alternativa es independiente del rango de edad.

Tabla de contingencia C5 * Edad

| | | | Edad | | | Total |
|-------|---------------------|----------------------|------|------|------|-------|
| | | | 2 | 3 | 4 | |
| C5 | A | Recuento | 0 | 8 | 4 | 12 |
| | | Frecuencia esperada | 2,0 | 8,0 | 2,0 | 12,0 |
| | | Residuo | -2,0 | ,0 | 2,0 | |
| | | Residuos tipificados | -1,4 | ,0 | 1,4 | |
| | B | Recuento | 4 | 4 | 0 | 8 |
| | | Frecuencia esperada | 1,3 | 5,3 | 1,3 | 8,0 |
| | | Residuo | 2,7 | -1,3 | -1,3 | |
| | | Residuos tipificados | 2,3 | -,6 | -1,2 | |
| | C | Recuento | 0 | 4 | 0 | 4 |
| | | Frecuencia esperada | ,7 | 2,7 | ,7 | 4,0 |
| | | Residuo | -,7 | 1,3 | -,7 | |
| | | Residuos tipificados | -,8 | ,8 | -,8 | |
| Total | Recuento | 4 | 16 | 4 | 24 | |
| | Frecuencia esperada | 4,0 | 16,0 | 4,0 | 24,0 | |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|-----------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 13,000(a) | 4 | ,011 |
| Razón de verosimilitudes | 15,276 | 4 | ,004 |
| N de casos válidos | 24 | | |

(a) 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

Con este mismo razonamiento, se comprueba las diferencias estadísticamente significativas en las variables epidemiológicas: edad, categoría profesional y años de ejercicio profesional, para cada respuesta en los casos clínicos. Si hubo o no diferencias estadísticamente significativas, se mencionan en los resultados y en la discusión.

La relación existente o no entre las variables epidemiológicas con los 4 principios enunciados, se verá reflejado mediante la prueba de Ji-cuadrado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Un total de 24 de 36 encuestas fueron devueltas (tasa de retorno, 66%) y considerados válidos para su análisis; un 95% corresponden a médicos de las áreas de Medicina y Cirugía.

En la Tabla 1 se muestran los rangos de edad, sexo, años de ejercicio profesional, categoría o nivel académico, el haber recibido cursos de formación en bioética, y frecuencia de capacitación anual en Medicina o Bioética de los médicos participantes. Las respuestas obtenidas tras la encuesta anónima se exponen en la Tabla 2.

Tabla 1. Descripción de la muestra encuestada constituida por 24 médicos.

| | | Nº | % |
|---|--------------------|----|------|
| Edades | 25 - 34 años | 0 | 0 |
| | 35 - 44 años | 4 | 16,7 |
| | 45 - 54 años | 16 | 66,7 |
| | > 54 años | 4 | 16,7 |
| Sexo hombre/mujer | Hombre | 21 | 87,5 |
| | Mujer | 3 | 12,5 |
| Ejercicio profesional | 1 - 5 años | 0 | 0,0 |
| | 6 - 10 años | 0 | 0,0 |
| | 11 - 15 años | 4 | 16,7 |
| | 16 - 20 años | 4 | 16,7 |
| | > 20 años | 16 | 66,7 |
| Categoría profesional | Solo especializaci | 4 | 16,7 |
| | Diplomado | 4 | 16,7 |
| | Maestría | 4 | 16,7 |
| | Doctorado | 12 | 50,0 |
| Formación en bioética | Si | 20 | 83,3 |
| Frecuencia Anual de capacitación en Medicina | Ninguna | 0 | 0,0 |
| | 1 a 3 veces | 16 | 66,7 |
| | 4 a 6 veces | 8 | 33,3 |
| | 7 a más veces | 0 | 0,0 |
| Frecuencia Anual de capacitación en Bioética | Ninguna | 8 | 33,3 |
| | 1 a 3 veces | 16 | 66,7 |
| | 4 a 6 veces | 0 | 0,0 |
| | 7 a más veces | 0 | 0,0 |

Tabla 2. Respuestas obtenidas de acuerdo con la opción seleccionada de cada una de los 15 supuestos clínicos.

| RESPUESTAS | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|--------|----------|-------|----------|--------|----------|-------|----------|------|
| Nº Caso Clínico | Opción A | | Opción B | | Opción C | | Opción D | | Opción E | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1 | 0 | 0,00 | 20 | 83,33 | 0 | 0,00 | 4 | 16,67 | 0 | 0,00 |
| 2 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 24 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 3 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 20 | 83,33 | 4 | 16,67 | 0 | 0,00 |
| 4 | 7 | 29,17 | 17 | 70,83 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | --- | --- |
| 5 | 15 | 62,50 | 8 | 33,33 | 1 | 4,17 | 0 | 0,00 | --- | --- |
| 6 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 16 | 66,67 | 8 | 33,33 | 0 | 0,00 |
| 7 | 8 | 33,33 | 8 | 33,33 | 8 | 33,33 | 0 | 0,00 | --- | --- |
| 8 | 16 | 66,67 | 0 | 0,00 | 8 | 33,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 9 | 0 | 0,00 | 4 | 16,67 | 20 | 83,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 10 | 0 | 0,00 | 8 | 33,33 | 16 | 66,67 | 0 | 0,00 | --- | --- |
| 11 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 24 | 100,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 12 | 0 | 0,00 | 4 | 16,67 | 20 | 83,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 13 | 16 | 66,67 | 0 | 0,00 | 8 | 33,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 14 | 14 | 58,33 | 9 | 37,50 | 1 | 4,17 | 0 | 0,00 | --- | --- |
| 15 | 16 | 66,67 | 8 | 33,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | --- | --- |
| 16 | 19 | 79,17 | 5 | 20,83 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17_A | 9 | 37,50 | 15 | 62,50 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17_B | 0 | 0,00 | 6 | 25,00 | 18 | 75,00 | --- | --- | --- | --- |
| 17_C | 7 | 29,17 | 17 | 70,83 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17_D | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 24 | 100,00 | --- | --- | --- | --- |
| 18 | 24 | 100,00 | 0 | 0,00 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19 | 24 | 100,00 | 0 | 0,00 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Principio de autonomía. El 100% de los encuestados respetó el derecho de autodeterminación a la información (caso 2) y el 83.3% la voluntad del paciente de no informar a sus familiares (caso 12), a pesar de intentar convencerlo. En cuanto a la elección de tratamiento (caso 7), el 33,3% (un tercio de los encuestados) no respetaría la decisión del testigo de Jehová de negarse a la transfusión sanguínea, un 33,3% (otro tercio) sí lo haría, y un 33,3%

no se haría cargo del paciente y se abstendría de tomar una decisión sobre la transfusión. En el caso de un paciente que rechaza la intervención quirúrgica que se considera necesaria para salvar su vida, el 66,7% trataría al paciente, contrario a sus deseos; un tercio de los encuestados aceptaría su decisión luego de intentar convencerle, y un tercio advierte al paciente que no se hará cargo de su cuidado; y si la intervención quirúrgica no es necesaria para salvar su vida, el 83,3% solo intentaría convencer al paciente, y luego aceptaría su decisión, solo un 16,7% trataría al paciente contrario a sus deseos. En el supuesto de un paciente en coma que su familia nos transmite la voluntad del paciente de no ser intubado, sin estar avalado por ningún documento legal (caso 9), la mayoría de los médicos (83,3%) no tendría en cuenta la voluntad del paciente. Además, si la decisión del paciente estuviera respaldada por un testamento de vida (caso 11), la totalidad de médicos encuestados tampoco respetaría su voluntad. La totalidad de los médicos opina que el paciente y sus familiares deben conocer los riesgos de un tratamiento (caso 15). El 66,7%, en especial aquellos con cursos previos de bioética ($p < 0,05$), considera que se debe dar una información amplia de todos los riesgos y el 33,3% de los más frecuentes.

Principio de no maleficencia. Únicamente el 37,5% de los médicos daría información al paciente aunque la revelación de los riesgos del procedimiento supusiera una seria amenaza psicológica, actuación no compartida por los médicos con mayor categoría profesional ($p < 0,05$) (caso 14).

Principio de beneficencia. En el supuesto clínico de un paciente en coma con una enfermedad en fase terminal que la familia nos pide incluirlo en un programa de diálisis (caso 5), el 62,5% de los médicos no accedería a la petición familiar, existiendo diferencias significativas con respecto a los años de ejercicio ($p < 0,05$) y categoría profesional ($p < 0,001$). En cambio, si un paciente en coma con una enfermedad irreversible y terminal ha sido intubado por desconocimiento y la familia demanda que retiremos todas las medidas de apoyo (caso 6), ningún médico encuestado cedería a la petición de la familia, existiendo diferencias significativas con respecto a categoría profesional ($p < 0,05$) y cursos previos de bioética ($p < 0,01$) sobre la aplicación de la terapia de retiro o la terapia de retención. Si los padres de un paciente disminuido psíquico grave deciden que su hijo bajo su patria potestad no debe

dializarse (caso 13), el 66,7% de los médicos no respetaría la decisión de los padres y no estaría de acuerdo con ellos

Principio de justicia. La mayoría de médicos encuestados (83,3%) cree en la no discriminación por la edad (caso 1), no existiendo diferencias significativas cuando se compara con años de experiencia ($p < 0,001$) y categoría profesional ($p < 0,001$). Cuando un paciente seropositivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no quiere que se informe de su seropositividad a su pareja (caso 8), el 33,3% de los encuestados no respetaría su voluntad, el 66,7% daría parte a las autoridades sanitarias para que tomen la decisión. En cuanto a la distribución de recursos, la mayoría de los médicos (70,83%) están de acuerdo en que si un paciente se quiere intervenir en otro país (caso 4) debe correr con los costes, o cuando una familia pretende que se mantengan todas las medidas de apoyo a un paciente en situación terminal intubado por desconocimiento, todos los facultativos accederían a estas peticiones (caso 3). En cambio, existe disentimiento cuando el paciente con una enfermedad terminal pide al médico su inclusión en un programa de diálisis porque espera vivir el máximo tiempo posible (caso 10), pues el 66,7% accedería a dicha petición, y el 33,3% no lo dializaría.

Cuando un incidente iatrogénico ocurre, un 79,2% le diría al paciente y/o familia exactamente lo que pasó, incluyendo que las complicaciones fueron probablemente debido a una negligencia médica; solo un 20,8% minimizaría los aspectos iatrogénicos sobre la complicación siempre que sea posible.

La limitación de la terapia de pacientes sin oportunidad de recuperar una vida plena es una práctica común en otros países, como China. Nuestros datos mostraron que el 83,3% aplicaría la terapia de abstención, y 16,67% aplicaría la terapia de retiro. En el Hospital Hipólito Unanue, el 29,2% de los encuestados indicaron que la terapia de abstención y de retiro son éticamente equivalentes. Aunque, el 100% de los encuestados prefieren aplicar la terapia de abstención a la de retiro.

Para pacientes sin oportunidad real de recuperar una vida plena, cuando se preguntó si deliberadamente administrarían grandes dosis de droga hasta sobrevenir la muerte, ningún encuestado aceptó esta idea. De otro lado, cuando se preguntó

sobre sus puntos de vista sobre la eutanasia, el 75% dijeron que es inaceptable mientras que la limitación de la terapia es aceptable.

Concerniente a las decisiones en la limitación de la terapia, solo el 10% de los encuestados involucraría a los pacientes o a la familia en la discusión, pero a ningún personal de enfermería. Además, el 66,7% dijo que siempre se sienten cómodos hablando sobre la limitación de la terapia; 16,7% dijeron que a veces, y 16% dijeron que rara vez.

Sobre la diferenciación entre limitación de la terapia y eutanasia, el 62,5% opina que la limitación de la terapia no es eutanasia, pasiva o activa, mientras que el 37,5% opina que la limitación es una forma de eutanasia pasiva, y que ambos tipos de limitación de la terapia son diferentes. Existen diferencias significativas cuando se compara con años de experiencia ($p < 0,001$) y edad. Mientras que en la práctica, el 100% de los encuestados opina que la limitación de la terapia en sus 2 formas no puede ser aceptado, y que los médicos deberían preservar la vida a toda costa.. Sobre la elección de una u otra forma de limitación de la terapia, el 100% de los encuestados elegiría aplicar la terapia de

abstención, y no la de retiro, cuando la familia insiste en aplicar una terapia muy agresiva a pesar de las recomendaciones de abstención o de retiro. El 100% de los encuestados opinaron que un comité o consultor de ética podría ayudar en las decisiones concernientes a la limitación de la terapia.

Finalmente, la totalidad de los encuestados indicaron que los programas médicos deberían incluir discusiones más extensivas de situaciones éticas.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

De este estudio se desprende que las decisiones médicas que se toman en la práctica clínica en un servicio de urgencias son plurales. Esta variedad en las respuestas obedece a que cada sujeto tiene sus propios valores, y en la formación de los valores intervienen diversos elementos que van desde la tradición y creencias hasta los conocimientos científicos. Al analizar los casos se evaluó en primer lugar el principio de autonomía. La mayoría de los médicos respetaron el derecho de autodeterminación del paciente a la información, la voluntad del mismo a no informar a sus familiares, y la necesidad de ser advertido de los posibles riesgos de una prueba mediante el consentimiento informado. Sin embargo, existen diferentes opiniones al decidir si la información de los riesgos debe ser amplia, respuesta mayoritaria de los facultativos con formación previa en bioética, o sólo los más frecuentes. Con referencia a la elección del paciente de su tratamiento, la tercera parte de los médicos no respetaría la voluntad del mismo, aunque estuviera avalada por un documento notarial.

Ello de alguna forma pone de manifiesto que los médicos estamos poco habituados a que los pacientes tomen decisiones de forma unilateral.

Respecto al principio de no maleficencia, poco más de la mitad de los facultativos coincidía en no revelar los riesgos de un procedimiento si implicara una amenaza psicológica al paciente, decisión mayoritaria entre aquellos con mayor categoría profesional. En realidad, las decisiones que afectan a este principio vienen precedidas de un análisis de los beneficios y los riesgos, por lo que su aplicación lleva implícito tener una formación teórica y práctica, correcta y actualizada.

El tercer principio analizado fue el de beneficencia, donde los médicos encuestados, sobre todo los de mayor escala profesional y experiencia, coincidieron en no acceder a la petición familiar de incluir a un paciente en coma, con una enfermedad irreversible en estadio terminal, en un programa de diálisis, porque por encima del principio de beneficencia de la familia está el principio de no maleficencia del médico y el principio de justicia de distribución adecuada de recursos. La sociedad actual no sólo reclama el

derecho constitucional a la protección de la salud, sino el derecho a su restitución integral. En este sentido, la salud es un difícil equilibrio que conviene mantener, no un estado normal al que se tiene derecho. Al analizar la voluntad de unos padres que no desean que su hijo deficiente mental grave, con calidad de vida limitada, entre en un programa de diálisis, la mayoría de los médicos, en especial aquellos con mayor categoría profesional y experiencia, no respetarían la petición paterna. Si el caso clínico fuese el de un paciente en coma con una enfermedad irreversible en fase terminal que ha sido intubado por desconocimiento y la familia pide que se le retiren todas las medidas de apoyo, más de la mitad de los facultativos no respetarían la petición paterna. En ambos casos prima el principio de No maleficencia y justicia. Probablemente, las diferentes actitudes estén mediadas por el concepto de paternalismo médico y la estética del acto, siendo más difícil decidir la extubación que la no intubación.

De acuerdo con el principio de justicia, la mayoría de los encuestados coincidieron en la no discriminación por la edad, respuesta mayoritaria de los médicos con mayor escala y experiencia profesional. Cuando el principio de justicia está en

conflicto con el principio de autonomía, no existen discrepancias como se puede objetivar en el caso clínico 8. La mayoría de los facultativos consideraron que por encima del principio de autonomía está el de justicia. En cuanto a la distribución de recursos, la casi totalidad de los encuestados concurren en que si un paciente se quiere intervenir en otro país debe sufragar con los cargos. Surgen divergencias cuando este principio entra en conflicto con el principio de autonomía (caso 10), donde prima este principio; o cuando el principio de justicia entra en conflicto con el principio de beneficencia (caso 3), donde prima el principio de beneficencia. Esta cuestión puede estar relacionada en parte con la medicina defensiva, que puede atentar contra los derechos de los pacientes. Por tanto, resulta imprescindible que los criterios de selección respeten escrupulosamente el principio de justicia, sin olvidar que el exceso terapéutico puede llegar a resultar inhumano y atentar contra la dignidad de la persona, violando el principio de no maleficencia.

Una de las limitaciones del estudio fue el alcance que pudieran tener los casos clínicos propuestos hacia especialidades como Pediatría y Ginecología, ya que los potenciales encuestados de aquellas especialidades expresaron no estar de acuerdo en

aplicárseles casos fuera de su especialidad, y unos pocos pudieron responder el cuestionario atendiendo a su experiencia previa en situaciones de emergencia como los presentados en los casos clínicos. Además, dada la importancia de mantener el anonimato, el autor no entrevistó personalmente a cada médico, en la mayoría de los casos se contó con la ayuda de personal que no tuviera influencia sobre la veracidad de los datos epidemiológicos solicitados en la encuesta, y tampoco se insistió de sobremanera en la devolución de las encuestas, catalogándose a aquellos médicos como encuestados que no deseaban participar del estudio

CONCLUSIONES

1. Los parámetros que definen a grandes rasgos las características epidemiológicas de la población médica encuestada, que se valoraron en este estudio, corresponden a las variables que tienen influencia decisiva en la forma en que se toman las decisiones bioéticas en un Servicio de Emergencias; una u otra en mayor medida, creando jerarquías en los principios utilizados y conflictos entre estos principios
2. La ética médica en las recientes décadas ha sido dominada por la ética basada en los principios, estos cuatro principios ofrecen una manera sistemática y relativamente objetiva de identificar, analizar y direccional aspectos éticos, problemas y dilemas.
3. Las características epidemiológicas más relevantes que influyen en la toma de decisiones bioéticas y que crean o resuelven conflictos entre los principios, son: la categoría profesional, la formación previa en bioética y los años de ejercicio profesional, resaltando la jerarquía de principios utilizada de acuerdo al actual

modelo imperante, con claros conflictos entre el principio de Justicia con el binomio Autonomía-Beneficencia.

4. La ética moderna se caracteriza porque todo problema moral acaba resolviéndose y sólo es una cuestión de procedimiento. Las opiniones podrán variar entre individuos, pero habrá que alcanzar decisiones colectivas por consenso.

RECOMENDACIONES

1. En medicina no hay métodos que aporten certeza absoluta. Para llegar a un diagnóstico igual de importante que las pruebas complementarias, o protocolos, es la metodología de razonamiento clínico. Un buen razonamiento clínico minimiza el riesgo de errores diagnósticos. Es decir, no basta con que nos apoyemos en procedimientos estructurados, es fundamental la masa gris del médico. De la misma forma, para el análisis de los dilemas es imprescindible la metodología propia de la deliberación ética. Y, por supuesto, siempre es necesario que actuemos desde la prudencia, apoyándonos tanto en conocimientos y habilidades como en nuestra propia experiencia profesional.
2. El elemento básico de la formación clínica en urgencias es el aprendizaje en la toma de decisiones racionales, tanto de tipo técnico como ético, por lo que será indispensable respetar y acatar el nuevo código deontológico. El paciente deberá actuar

conforme al principio de autonomía, la sociedad y las instituciones de acuerdo con el principio de justicia y el médico bajo el principio de beneficencia y no maleficencia.

3. Para facilitar que la asistencia sanitaria y la investigación clínica se lleven a cabo dentro de los límites del respeto y de la mejor atención médica, es necesaria la creación de comités de bioética. Con su labor de reflexión en torno a los problemas asistenciales y de control sobre la manera en que se realiza la investigación clínica, estos comités prestan un valioso servicio al médico¹, al paciente y a la sociedad, ayudando en cada caso a tomar la decisión más adecuada y evitando así el conflicto entre estas diversas instancias. De hecho, con el paso de los años los comités han ido adquiriendo un papel relevante en el campo de la ética profesional y apenas existe hoy en occidente un hospital de cierta complejidad tecnológica sin sus comités de ética.

4. El procedimiento de análisis de solución de conflictos éticos se basa en la deliberación. Para deliberar es necesario desarrollar una serie de actitudes como la escucha activa, la empatía, la capacidad de detección de los valores implicados en el caso

particular, la búsqueda de posibles soluciones, el conocimiento del marco legal y la capacidad de dar un consejo no directivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seminario Taller "Educación en bioética" 13-15 de julio 1995. Concepción, Chile. Programa de bioética para América Latina y el Caribe. OPS/OMS.
2. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú – Consejo Nacional. 5 de Octubre del 2000.
3. Malex J.L. et al. (2000) "Talking about cases in bioethics: the effect of an intensive course on health care professionals" J. Med Ethic; 26(2):131-6.
4. Beauchamp, T.L; Childress, J.F. (1999), Principios de ética biomédica, Masson, Barcelona, 245-257.
5. Dirección virtual:
<http://fai.unne.edu.ar/bioeticaJbioetica.htm#01>
6. Mainetti José A. (1986), Bioética y Genética. Argentina. Quirón Vol.17. N°1
7. Dirección virtual:
<http://perso.wanadoo.es/aniortenic/apunteticlegislac1.htm#Inicio>
8. OPS/OMS (2000) Boletín "Formando en Bioética" – ISDEN – Lima.

9. Ávila R. (1997), Introducción a la Metodología de la Investigación. El conocimiento científico. UNMSM.
10. Mainetti José A. (1999), Bioética e investigación en Salud. Argentina. Quirón. Vol.22. N°2:5.
11. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (1990) Mayo-Junio 1990. Vol.108, 5,6.
12. Will international human rights subsume medical ethics? Intersections in the UNESCO Universal Bioethics Declaration (2005). Journal of Medical Ethics. 31:173-178.
13. Dirección virtual: <http://165.158.1.110/english/hdp/prbpro.htm>
14. Hottois, G. (1997) El paradigma bioético-ética para la tecnociencia. Trad. De M Carmen. Editorial Anthopos, Barcelona.
15. Ethics needs principles – four can encompass the rest- and respect for autonomy should be “first among equals” (2003) J.Med Ethics; 29:307-312.
16. Etxeberria, X. (2000) Temas básicos de Ética, Descleé de Brouwer, S.A; Bilbao, 85-107.
17. Escobar, V.G. (2000) “Ética” Cuarta Edición. Editorial McGraw-Hill. México.

18. Gracia, D. (1989) Fundamento de Bioética. Eudema Universidad, Madrid, 23-120.
19. Kozier, B. y otros (1995) Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería. Segunda edición. Nueva Editorial Interamericana S.A. México, D.F.
20. Aristóteles (1985), Ética a Nicómaco (trad. De J. Marías), Centro de estudios constitucionales, Madrid, 1094 a 1-18.
21. Hortal Alonso Augusto (2002) "Ética general de las profesiones". Centros universitarios de la Compañía de Jesús. Edit. Descleé.
22. Fernandez-Crehuet Navajas, J. (1996) Humanismo y bioética. Discurso pronunciado en su recepción académica en la Real Academia de Medicina y Cirugía del distrito de Granada. Málaga.
23. Wagner-Grau, Patrick (2003) Acta Médica Peruana. Vol XX N°3 Pág. 116.
24. Gracia Guillén, D. (1991) "Procedimientos de decisión en ética clínica". Madrid, Eudema.
25. Hanson, M.J. (1992) "Do as I do". The Hasting Center Report; 22 (5):3.

26. Arras J.D. (1991) "Getting down the cases: The revival of casuistry in bioethics" *J.Med. Phylosop.* V16 (1):23-9.
27. Jonsen A.R. (1991) "American moralism and the origin of bioethics in the United States" *J.Med.Phylosop.* 16(1):113-118.
28. Hebert P.C. et al. (1992) "Measuring the ethical sensitivity of students: a study on the University of Toronto". *J.Med.Ethics*; 18:142-7.
29. Self D.J. et al. (1993) "The Moral development of medical students: a pilot study of the posible influence of medical education". *Medical Education*; 27:26-34.
30. Mitchell, K et al. (1993) "Assessing the clinical competence of undergraduate medical students". *J.Med.Ethics.* 19:230.
31. Véliz-Márquez, J. (1999) Informe sobre curso de Ética Médica 3º de Medicina. Universidad Particular San Martín de Porres.
32. M.L. Iglesias Lephine, J.C. Pedro-Botet Montoya (2000) Análisis ético de las decisiones médicas en el Servicio de Urgencias de un hospital universitario. Hospital del mar. Universidad Autónoma de Barcelona.
33. Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid RS. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using

- vignettes as an instrument. *Journal of Medical Ethics* 1990;16:141-5.
34. Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *Journal of Medical Ethics* 1992;18:142-7.
 35. Janet L. Malek, Gail Geller and Jeremy Sugarman (2000). Talking about cases in bioethics: the effect of an intensive course on health care professionals. *J. Med Ethics* 2000; 26:131-136.
 36. Self DJ, Schrader DE, Baldwin DC Jr, Wolinsky FD. The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Medical Education* 1993;27:26
 37. Self DJ, Davenport E. Measurement of moral development in medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1996;5:269
 38. Myser C, Kerridge, IH, Mitchell, KR. Ethical reasoning and decision-making in the clinical setting: assessing the process. *Medical Education* 1995;29:29-33.
 39. Singer PA, Robb A, Cohen R, Norman G, Turnbull J. Performance-based assessment of clinical ethics using an

objective structured clinical examination. *Academic Medicine*
1996;5:495-8.

ANEXOS

ANEXOS

ENCUESTA:

DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

En las siguientes páginas encontrará una encuesta cerrada y anónima de 15 supuestos teóricos del Master de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, adaptados a un servicio de emergencias, con cuatro o cinco opciones posibles y una respuesta válida.

A efectos de colaborar con ella, sometemos a vuestra consideración la siguiente encuesta. Aclara el autor que el objetivo de esta encuesta es la investigación sobre nuestra capacidad resolutive y el uso de los principios bioéticos en las decisiones médicas en un servicio de emergencias, y de ningún modo compromete a quien llena este formulario, ni motiva intereses personales, comerciales, políticos o subyacentes.

Edad : 25 – 34 años ()
35 – 44 años ()
45 – 54 años ()
> 54 años ()

Sexo : () Masculino () Femenino

Años de ejercicio profesional : 1- 5 años ()
6 – 10 años ()
11 – 15 años ()
16 – 20 años ()
> 20 años ()

Nivel académico :
Maestría () Especialización ()
Doctorado () Diplomado ()

Formación en Bioética :
Durante la formación médica ()
Cursos post-graduación ()
Ninguna ()

Frecuencia Anual de Capacitación en Medicina:
Ninguna () 4 a 6 veces ()
1 a 3 veces () 7 a más veces ()

Frecuencia Anual de Capacitación en Bioética:
Ninguna () 4 a 6 veces ()
1 a 3 veces () 7 a más veces ()

Descripción de los casos clínicos

- 1- Un paciente de 77 años, sin antecedentes de interés y autónomo, ingresa en urgencias por insuficiencia respiratoria grave secundaria a neumonía extrahospitalaria. El médico solicita una cama en UCI para ventilación mecánica, previo consentimiento del paciente y su familia. Al mismo tiempo ingresa en urgencias un paciente de 23 años, diagnosticado de una grave enfermedad y con una esperanza de vida de 6 meses. Presenta también una grave insuficiencia respiratoria, que para tratarla requeriría ventilación mecánica. En la unidad de cuidados intensivos (UCI) solo queda una cama libre, el resto están ocupadas con pacientes en situación aguda y no pueden ser dados de alta. ¿Que actitud adoptaría?
 - A. Ingresaría al paciente más joven para que pueda vivir los seis meses que le quedan. El otro paciente tiene muchos años para ingresar en la UCI.
 - B. Ingresaría al paciente de más edad, ya que su esperanza de vida es superior y se puede beneficiar del ingreso.
 - C. Me inhibiría y llamaría al jefe de guardia para que decidiera.
 - D. No ingresaría a ninguno al no cumplir criterios de ingreso en UCI, uno por la edad y el otro por el pronóstico.
 - E. No sabe/no contesta (NS/NC).

- 2- Un paciente de 50 años afecto de cáncer gástrico, acude a urgencias por empeoramiento de su estado general. Su esposa e hijo nos especifican que aunque lo pregunte no le digamos la verdad. Es muy aprehensivo y nervioso. Quieren que se le diga que tiene una úlcera. El paciente que se encuentra en la sala de observación te pregunta que es lo que tiene en reiteradas ocasiones y si es algo malo. ¿Cómo actuaría?
 - A. Haría caso a la familia. Tiene una enfermedad muy avanzada y es preferible que lo poco que viva, lo haga en ignorancia, sin perder la esperanza.
 - B. No haría caso a la familia y le diría la verdad.
 - C. Trataría de indagar hasta donde quiere conocer la verdad, y se la iría diciendo hasta donde el quisiera.
 - D. Trataría de convencer a la familia y, si no es posible, no diría nada al paciente.
 - E. NS/NC.

- 3- Paciente que ingresa en la sala de observación por una insuficiencia respiratoria aguda que ha requerido intubación orotraqueal y ventilación mecánica al no disponer de camas en la UCI. Cuando la familia trae el informe del paciente constatamos que tiene una neoplasia broncopulmonar irrecable con un pronóstico de vida de 3-6 meses. Se informa a la familia del pronóstico y nos reitera que quieren que se agoten todas las posibilidades. ¿Que haría?
 - A. Retirar todo.
 - B. Retirar todo salvo la ventilación mecánica.
 - C. Mantener todo y esperar que el paciente fallezca.
 - D. Mantener solo la ventilación mecánica pero con menor concentración de oxígeno.
 - E. NS/NC.

- 4- Se traslada un paciente a nuestro hospital por padecer una enfermedad que únicamente se interviene en nuestro centro. Hasta la fecha se han intervenido cuatro pacientes y solo uno permanece vivo. El paciente se entera que en el extranjero la mortalidad postoperatoria de esta enfermedad es del 20%. ¿Que decisión tomaría?
 - A. El Seguro debe pagar la intervención en el extranjero.
 - B. El Seguro le ofrece tratamiento en nuestro centro. Sólo le pagaría la intervención en el extranjero si no se pudiera realizar en el país.
 - C. El Seguro debe pagar el 50% del coste.
 - D. NS/NC.

- 5- Un paciente de 60 años diagnosticado de cáncer terminal ingresa en el servicio de urgencias por insuficiencia renal no obstructiva. La familia insiste que quiere dializarlo y el paciente esta en coma. El nefrólogo no considera indicada la diálisis ya que el pronóstico de vida por su enfermedad es de tres meses. No hay manera de convencer a la familia de que cambie de actitud y el nefrólogo te pide a ti consejo porque ese día eres tú el jefe de guardia. ¿Que resolución tomaría?
- A. Denegar la diálisis y adoptar únicamente medidas de confort.
 - B. Ingresarlo en la UCI pero no dializarlo.
 - C. Dializarlo. Es una decisión muy importante y es la familia quien debe tomarla.
 - D. NS/NC.
- 6- Un paciente ingresa en la sala de observación de urgencias por una insuficiencia respiratoria aguda que ha requerido intubación orotraqueal y ventilación mecánica y no se disponen de camas en la UCI. Cuando la familia trae el informe del paciente descubrimos que tiene un tumor bronquial irreseccable con un pronóstico de vida de 3-6 meses. Se informa a la familia del pronóstico y la familia nos pide que se retiren todas las medidas de apoyo. ¿Que medida adoptaría?
- A. Retirarlo todo.
 - B. Retirarlo todo salvo la ventilación mecánica.
 - C. Mantenerlo todo y esperar que el paciente fallezca.
 - D. Mantenerle solo la ventilación mecánica pero con menor concentración de oxígeno.
 - E. NS/NC.
- 7- Un paciente, mayor de edad y consciente, presenta una hemorragia digestiva grave que va obligar a intervenirle quirúrgicamente. Se le indica la necesidad de proceder a una transfusión inmediata de varios concentrados de hematíes, pero el enfermo aduce ser testigo de Jehová y nos prohíbe expresamente (verbal y escrita) cualquier tipo de transfusión, aunque no se niega a ser operado. No se puede contactar con el juez en ese momento. ¿Cual seria su proceder?
- A. Respetar los deseos del paciente, aunque suponga riesgo de muerte por anemia aguda.
 - B. Transfundir al paciente lo necesario durante la intervención quirúrgica (paciente en coma farmacológico por los efectos de la anestesia).
 - C. Le indicarías que bajo estas condiciones, no puedes hacerte cargo del paciente y lo trasladarías a otro centro, que le ofreciera otras condiciones.
 - D. NS/NC.
- 8- A un paciente le acabas de comunicar que es seropositivo frente al VIH. Se lo has pedido con su consentimiento porque sospechas que tiene una neumonía por *Pneumocistis carinii*. Vive con una pareja estable y le sugieres la necesidad de que su compañera lo sepa a la mayor brevedad, por el riesgo de contagio. El paciente no te autoriza a revelar a nadie la seropositividad de los anticuerpos, incluida su pareja. ¿Cual seria su resolución?
- A. Daria parte a las autoridades sanitarias para que tomasen la decisión oportuna.
 - B. Respetaría el deseo del paciente y me abstendría de revelar a nadie que el paciente es VIH positivo.
 - C. A pesar de su prohibición, se lo comunicaría exclusivamente a su pareja.
 - D. Buscaría una tercera persona (medico de cabecera, trabajador social, etc.) para que fuese ella y no yo la que hablase con la pareja.
 - E. NS/NC.

- 9- Un paciente de 40 años sin antecedentes de interés, ingresa en el servicio de urgencias por insuficiencia respiratoria secundaria a una neumonía extrahospitalaria. Su familia, transmitiendo los deseos del paciente, no quiere ingresarlo en la UCI, pero no aporta ningún documento que lo justifique. El paciente está en coma y no hay manera de valorar sus deseos. Precisa ventilación mecánica y no hay forma de convencer a la familia que cambie de actitud. La situación es urgente y no admite demoras de consultar al juez. ¿Que actitud tomaría?
- A. Respetaría los deseos de la familia, aunque esta decisión suponga casi con seguridad la muerte del paciente.
 - B. Sedaría al paciente y lo ingresaría en la UCI sin contar con la opinión de la familia ya que con la ventilación mecánica el paciente tiene altas probabilidades de sobrevivir.
 - C. Intentaría convencer a la familia y si no lo consigo adoptaría la solución B.
 - D. Lo trasladaría a otro centro, ya que no puedes hacerte cargo de él en estas condiciones.
 - E. NS/NC
- 10- Un paciente de 60 años diagnosticado de cáncer terminal ingresa en el servicio de urgencias por insuficiencia renal. El paciente insiste en que se quiere dializar, ya que quiere vivir el máximo tiempo posible. El nefrólogo no considera indicado dializarlo ya que el pronóstico de vida por su enfermedad es de tres meses. No hay manera de convencerlo de que cambie de actitud y el nefrólogo te pide consejo porque ese día eres tú el jefe de guardia. ¿Cual sería su decisión?
- A. Denegar la diálisis y adoptar únicamente medidas de confort.
 - B. Ingresarlo en la UCI, pero no dializarlo.
 - C. Dializarlo. Es una decisión muy importante y es el paciente quien debe tomarla.
 - D. NS/NC.
- 11- Un paciente de 40 años sin antecedentes de interés, ingresa en el servicio de urgencias por insuficiencia respiratoria secundaria a una neumonía extrahospitalaria. Su familia aporta un documento avalado por notario, en el que especifica claramente su deseo de no querer ingresar en la UCI, ya que ha tenido una experiencia cercana. El paciente precisa ventilación mecánica y no hay manera de convencerle de que cambie de actitud. Su nivel de competencia se juzga como adecuado. La situación es urgente y no admite demoras de consultar al juez. ¿Que postura adoptaría?
- A. Respetaría los deseos del paciente, aunque esta decisión suponga casi con seguridad la muerte del paciente.
 - B. Sedaría al paciente y lo ingresaría en la UCI sin contar con su opinión y con la de la familia ya que con la ventilación mecánica el paciente tiene altas probabilidades de sobrevivir.
 - C. Intentaría convencerle a él y a la familia de que cambie de actitud y si no lo consigo adoptaría la solución B.
 - D. Lo trasladaría a otro centro, ya que no puedes hacerte cargo de él en estas condiciones.
 - E. NS/NC

- 12- Un paciente ingresa sin acompañantes en urgencias. Se le ha diagnosticado hace una semana una enfermedad maligna sin tratamiento curativo, con una supervivencia muy corta. El paciente te refiere que no quiere que informes a su familia, ni siquiera a los más allegados (esposa e hijos) de su enfermedad. ¿Que actitud tomaría?
- A. Me atendería al deseo del paciente y no le diría nada a la familia.
 - B. Avisaría a la familia inmediatamente y les comunicaría el diagnóstico y el pronóstico, advirtiéndoles también que el paciente no debe enterarse de que lo saben.
 - C. Intentaría convencer al paciente de que su situación es grave y que debería hablar con su familia para que estén preparados por si el desenlace se produce y mientras asumiría el riesgo de no conseguirlo y que el paciente fallezca.
 - D. Esperaría a que el paciente estuviera en fase terminal irreversible y entonces me pondría en contacto con su familia.
 - E. NS/NC.
- 13- Un paciente de 18 años disminuido psíquico grave (no se mantiene en pie, no controla esfínteres, no come solo, no contacta apenas con el medio que le rodea) y bajo la tutela de sus padres, sufre una insuficiencia renal terminal que requeriría diálisis. Los padres nos dicen que no quieren que su hijo se dialice porque sería prolongarle la vida a costa de una disminución muy importante de su calidad de vida. ¿Que actitud tomaría?
- A. Les diría a los padres que no puedo acceder a su solicitud y que en caso de que se nieguen a dializar a su hijo tendría que comunicárselo al juez.
 - B. Estaría totalmente de acuerdo con su actitud y no iniciaría la diálisis.
 - C. Les diría que, aunque no comparto su opinión, ellos son los únicos que pueden tomar cualquier tipo de decisión y yo la respetare.
 - D. Me inhibiría del problema y lo trasladaría a otro centro.
 - E. NS/NC.
- 14- Un paciente de 50 años diagnosticado de un cáncer gástrico acude a urgencias por una hemorragia digestiva alta. Su esposa e hijo nos comunican que no le digamos la verdad. Es muy aprehensivo y nervioso. Quieren que se le diga que tiene una úlcera y que necesita operarse porque está sangrando. El paciente que se encuentra en la sala de observación no pregunta al médico que es lo que tiene y nos refiere en varias ocasiones que su úlcera a veces le da algún disgusto. ¿Que actitud tomaría?
- A. Haría caso a la familia. Por su actitud he comprendido que no quiere conocer la verdad. Tiene una enfermedad avanzada y es preferible que lo que viva, lo haga en ignorancia.
 - B. No les haría caso y le diría la verdad al paciente. La información es un derecho de los pacientes y además son ellos los que deben tomar las decisiones que les atañen.
 - C. Ninguna de las dos actitudes es éticamente defendible.
 - D. NS/NC.
- 15- Los servicios de Neurología y Urgencias están preparando un documento de consentimiento informado para poder instaurar tratamiento fibrinolítico en los accidentes cerebrovasculares isquémicos en el área de urgencias. Una parte de los clínicos piensa que la información que debe incluirse en el documento es la de todos los riesgos posibles, aunque sean excepcionales. Otra parte de los clínicos opina que la información que debe incluirse son las complicaciones habituales. Y un tercer grupo de clínicos considera que no hay que informar de los riesgos. ¿Que actitud tomaría?
- A. Dar toda la información.
 - B. Dar solo la más frecuente, y en caso de que el paciente quiera profundizar más, decirle también los riesgos excepcionales.
 - C. No informar de los riesgos, ya que los pacientes y/o familiares no pueden entender este tipo de información y además crea una gran ansiedad.
 - D. NS/NC.

16- Cuando un incidente iatrogénico (error evitable) ocurre, le dices y le dirías al paciente y/o familia

- A. Exactamente lo que pasó, incluyendo que las complicaciones fueron probablemente debido a una negligencia médica.
- B. Que una complicación ocurrió pero minimizas los aspectos iatrogénicos sobre la complicación siempre que sea posible.

17- Seleccione el enunciado más apropiado (léalos todos) sobre las actitudes hacia pacientes sin esperanza.

A) Limitación de la terapia (terapia de abstención o de retiro) versus eutanasia (administración de medicación para provocar la muerte).

- A. Creo que la limitación es una forma de eutanasia pasiva, porque ambos procesos llevan a la muerte.
- B. La limitación de la terapia no es eutanasia, pasiva o activa. La eutanasia tiene la intención de matar, mientras que la limitación de la terapia no esta hecha con la intención de matar al paciente.

B) Con respecto a la limitación y la eutanasia,

- A. Ambas son aceptables
- B. Ambas son inaceptables
- C. La eutanasia es inaceptable, mientras que la limitación de la terapia es aceptable

C) Cuando la limitación de la terapia es practicada, la terapia de abstención y la terapia de retiro son

- A. Éticamente es lo mismo porque ambos procesos llevan a la muerte
- B. Éticamente no es lo mismo porque la abstención significa no elevar el nivel actual de soporte, mientras que el retiro significa reducir activamente el nivel de soporte

D) En tu práctica, la limitación de la terapia

- A. Se ha convertido en inevitable en algunos pacientes. Siempre que sea posible, la terapia de abstención es preferible.
- B. Se ha convertido en inevitable en algunos pacientes; el "cuidado limitado" es generalmente muy difícil y a veces peligroso. Debería proveerse el máximo tratamiento y ser retirado si la situación se vuelve sin esperanza.
- C. Ninguno puede ser aceptado. Los médicos deberían preservar la vida a toda costa.

18- ¿Puede un comité consultor de ética ayudar en las decisiones sobre la limitación de la terapia?

- A. Si
- B. No

19- ¿Deberían los programas de educación médica incluir más discusiones sobre aspectos éticos?

- A. Si
- B. No