



Análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario

M.L. Iglesias Lepine*, J.C. Pedro-Botet Montoya**, J. Gutiérrez Cebollada*, E. Hernández Leal*, O. Pallás Villaronga*, A. Aguirre Tejedó*, J.L. López Colomés** E. Skaf Peters

*SERVICIO DE URGENCIAS **SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DEL MAR. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA.

RESUMEN

O *bjetivo:* Efectuar un análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario, ante supuestos casos clínicos. *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 126 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 73,8% 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, el 44,4% 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.

Palabras Clave: *Ética médica. Bioética. Principios de prima facie. Urgencias.*

ABSTRACT

Ethical analysis of medical decision-making in the emergency room of a university hospital

B *ackground:* To carry out an ethical analysis of medical decision-making in imaginary clinical cases at the emergency room of a university hospital. *Method:* The study is based on the language of principles and consequences, using participant observation in the form of a questionnaire of 15 theoretical cases completed anonymously by 126 physicians. *Results:* The majority of the physicians respected the patient's right to be informed, his wish to not have his family informed and the need to be warned of the possible risks of a procedure, supported by informed consent. Thirty-three per cent of those surveyed would respect the patient's wishes in the choice of treatment. Half of the physicians coincided in not revealing the risks of a procedure if these would imply a serious psychological threat to the patient. In the imaginary case of a patient in coma with end-stage disease, 73.8% did not accede to the families request to have the patient included in a dialysis programme. On the other hand, if a comatous patient with an irreversible, terminal disease has been intubated and the family requests that all supportive measures be withdrawn, 44.4% of the physicians would respect the family's wishes. The majority of those surveyed agreed on not discrimination by age. *Conclusions:* Medical decision-making in an emergency room vary widely. A procedure which aids understanding of the complexity of the problem and consideration of the salient aspects should be followed for conflicts to be resolved. The recent implementation of hospital ethic committee will permit urgent meetings to be called with the aim of making consistent decisions when specific problems are faced.

Key Words: *Medical ethics. Bioethics. Prima facie principles. Emergencies.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la influencia de determinados factores, entre los que cabe destacar el avance tecnológico, la relación médico-paciente de tipo horizontal, y el principio de equidad y universalidad de todos los ciudadanos para acceder a la asistencia sanitaria, 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 saturación de los servicios hospitalarios de urgencias y la precariedad de tiempo en el manejo clínico, han propiciado una considerable variedad de actuaciones médicas ante situaciones similares. Recientemente, se han efectuado importantes esfuerzos para mejorar las decisiones mediante la introducción de una mayor racionalidad. En este sentido, la "medicina basada en la evidencia" ha facilitado que las decisiones se fundamenten en pruebas y no exclusivamente en las opiniones de los profesionales. Por otra parte, 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 moral¹. Las decisiones que se toman en sanidad están regidas por cuatro principios -beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia- que gozan de consenso en la cultura occidental, si bien pueden existir matices de interpretación. Aunque la ética no aporta respuestas definitivas, el análisis ético de las actuaciones médicas permite entender cuáles son los dilemas y conflictos entre ellos y cómo se pueden abordar. En base a lo expuesto, el objetivo del presente estudio ha sido efectuar un análisis ético de las decisiones médicas de los facultativos que efectúan guardias hospitalarias en un servicio de urgencias, ante supuestos casos clínicos.

MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el Hospital del Mar de Barcelona que abarca un área de influencia de 350.000 habitantes, tiene una disponibilidad de 456 camas y atiende una media de 200 visitas en urgencias/día. El servicio de Urgencias está dividido en cuatro niveles de atención según la gravedad. Se encuestaron a 126 médicos con una edad media de 35,7 ± 8,4 años. Se valoraron cinco parámetros que definen a grandes rasgos las características epidemiológicas de la población médica encuestada: edad, sexo, escala profesional, años de ejercicio profesional, y cursos previos de 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 Madrid², adaptados a un servicio de urgencias, con cuatro o cinco opciones posibles y una respuesta válida (véase anexo). El fenómeno objeto del estudio está basado en el lenguaje de los principios y las consecuencias³⁻⁷, 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 cinco variables definidas anteriormente mediante la prueba de la Ji al cuadrado (C²).

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los rangos de edad, sexo, categoría y años de ejercicio profesional, y el haber recibido cursos de formación en bioética de los médicos participantes. Las respuestas obtenidas tras la encuesta anónima de los 15 supuestos clínicos se exponen en la Tabla 3.

Principio de autonomía. El 86,5% de los encuestados respetó el derecho de autodeterminación a la información (caso 2) y el 97,6% la voluntad del paciente de no informar a sus familiares (caso 12). En cuanto a la elección de tratamiento (caso 7), el 38,9% de los médicos no respetaría la decisión del testigo de Jehová de negarse a la transfusión sanguínea y el 33,3% sí lo haría. En el supuesto de un paciente en coma que su familia nos transmite la voluntad del paciente de no ser in-

— TABLA 1. Clasificación de los casos clínicos según el principio de *prima facie* relevante

Principios de <i>prima facie</i>	Casos Clínicos
Autonomía	2,7,9,11,12,15
No maleficencia	14
Beneficencia	5,6,13
Justicia	1,3,4,8,10



tubado, sin estar avalada por ningún documento legal (caso 9), la mayoría de los médicos (81,7%) no tendría en cuenta la voluntad del paciente. En cambio, si la decisión del paciente estuviera respaldada por un testamento de vida (caso 11), sólo la mitad 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 62,7%, 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 37,3% de los más frecuentes.

Principio de no maleficencia. Únicamente el 10,3% 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 73,8% 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), el 44,4% de los encuestados cedería a la petición de la familia, existiendo diferencias significativas con respecto a categoría profesional ($p < 0,05$) y cursos previos de bioética ($p < 0,01$). Si los padres de un paciente disminuido psíquico grave deciden que su hijo bajo su patria potestad no debe dializarse (caso 13), el 69,8% de los médicos respetaría la decisión de los padres y estaría de acuerdo con ellos. Existen diferencias significativas con respecto a escala profesional ($p < 0,01$) y años de experiencia ($p < 0,01$) con relación a dicha respuesta.

Principio de justicia. La mayoría de médicos encuestados (80,2%) cree en la no discriminación por la edad (caso 11), 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 42,9% de los encuestados no respetaría su voluntad. En cuanto a la distribución de recursos, la mayoría de los médicos 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, una gran parte de los facultativos accedería a estas peticiones (caso 3). En cambio, existe disenso 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).

TABLA 2. Descripción de la muestra encuestada constituida por 126 médicos

Edades	25-34 años	68 (54,0%)
	35-44 años	33 (26,2%)
	45-54 años	25 (19,8%)
Sexo hombre/mujer		74(58,7%)/ 52(41,3%)
Ejercicio profesional	1-5 años	61 (48,4%)
	6-10 años	21 (16,7%)
	11-15 años	14 (11,1%)
	16-20 años	11 (8,7%)
	> 20 años	19 (15,1%)
Categoría profesional	MIR 1 ^{er} año	21 (16,7%)
	MIR 2-5 ^o año	30 (23,8%)
	Adjunto	75 (59,5%)
Formación en bioética		20 (15,9%)

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 según los principios de *prima facie*, 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 informado⁸⁻¹⁰. 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

TABLA 3. Respuestas obtenidas de acuerdo con la opción seleccionada de cada uno de los 15 supuestos clínicos de la encuesta anónima

RESPUESTAS					
Nº Caso Clínico	Opción A	Opción B	Opción C	Opción D	Opción E
1	5 (4,0%)	101 (80,2%)	13 (10,3%)	1 (0,8%)	6 (4,8%)
2	4 (3,2%)	5 (4,0%)	109 (86,5%)	8 (6,3%)	0 (0%)
3	13 (10,7%)	27 (21,4%)	63 (50,0%)	20 (15,9%)	3 (2,4%)
4	21 (16,7%)	95 (75,4%)	4 (3,2%)	6 (4,7%)	---
5	93 (73,8%)	7 (5,6%)	26 (20,6%)	0 (0%)	---
6	56 (44,4%)	25 (19,8%)	17 (13,5%)	20 (15,9%)	8 (6,3%)
7	42 (33,3%)	49 (38,9%)	34 (27%)	1 (0,8%)	---
8	43 (34,1%)	22 (17,5%)	54 (42,9%)	5 (4,0%)	2 (1,6%)
9	1 (0,8%)	20 (15,9%)	103 (81,7%)	2 (1,6%)	0 (0%)
10	42 (33,3%)	2 (1,6%)	78 (61,9%)	4 (3,2%)	---
11	68 (54%)	4 (3,2%)	50 (39,7%)	4 (3,2%)	0 (0%)
12	12 (9,5%)	7 (5,6%)	103 (81,7%)	4 (3,2%)	0 (0%)
13	21 (16,7%)	88 (69,8%)	17 (13,5%)	0 (0%)	0 (0%)
14	68 (54%)	13 (10,3%)	41 (32,5%)	4 (3,2%)	---
15	79 (62,7%)	47 (37,3%)	0 (0%)	0 (0%)	---

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, 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 actualizada¹¹.

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^{1-10,12}. La sociedad actual no sólo reclama el derecho constitucional a la protección de la salud, sino el derecho a su restitución íntegra¹³. En este sentido, la salud es un difícil equilibrio que conviene mantener, no un estado normal al que se tiene derecho¹⁴. Al analizar la voluntad de unos padres que no desean que su hijo deficiente mental grave, con calidad de vida limitada, en-

tre en un programa de diálisis, la mayoría de los médicos, en especial aquellos con mayor categoría profesional y experiencia, 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 accederían a dicha petición. Llama por tanto la atención como, siendo dos supuestos clínicos donde los mismos principios están en juego, el de beneficencia, no maleficencia y justicia, las respuestas son contradictorias. Probablemente, las diferentes actitudes estén mediadas por el concepto de paternalismo médico^{1,7,15,16} 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. Sin embargo, cuando el principio de justicia está en conflicto con el principio de autonomía, existen discrepancias como se puede objetivar en el caso clínico 8. Sólo una parte de los facultativos consideró que por encima del principio de autonomía está el de justicia. En cuanto a la distribución de recursos, la casi totalidad de los encuestados concurrieron 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), o



cuando el principio de justicia entra en conflicto con el principio de beneficencia (caso 3). 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 maleficencia¹⁶.

La ética moderna se caracteriza porque todo problema moral acaba resolviéndose y sólo es una cuestión de procedimiento¹⁶. Las opiniones podrán variar entre individuos, pero habrá que alcanzar decisiones colectivas por consenso¹⁶. Una limitación es que el consenso tiene poca utilidad en decisiones individuales, que son muy frecuentes en sanidad y en es-

pecial en un servicio de urgencias. En estos casos, la reciente creación en los hospitales de comités asistenciales de ética, facilitará poder efectuar convocatorias con carácter urgente a fin de tomar decisiones consistentes ante problemas puntuales. No cabe duda que aunque la ética no aporte las respuestas definitivas es muy útil para conocer qué supone tomar la decisión y elaborar una metodología de abordaje de los dilemas morales que facilite ser consistente en las respuestas que se proponen¹⁷. El elemento básico de la formación clínica en urgencias es el aprendizaje en la toma de decisiones racionales, tanto de tipo técnico como ético^{1,13,18-21}, por lo que será indispensable respetar y acatar el nuevo código deontológico²². 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

ANEXO. 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) sólo queda una cama libre, el resto están ocupadas con pacientes en situación aguda y no pueden ser dados de alta. ¿Qué 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 irreseccable 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. ¿Qué 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.

ANEXO. Descripción de los casos clínicos* (continuación)

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 sólo 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 Insalud debe pagar la intervención en el extranjero.
- B. El Insalud le ofrece tratamiento en nuestro centro. Sólo le pagaría la intervención en el extranjero si no se pudiera realizar en España.
- C. El Insalud 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 está 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 tí consejo porque ese día eres tú el jefe de guardia. ¿Qué 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 irsecable 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. ¿Qué medida adoptaría?

- A. Retirarlo todo.
- B. Retirarlo todo salvo la ventilación mecánica.
- C. Mantenerlo todo y esperar que el paciente fallezca.
- D. Mantenerle sólo 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 hemáties, pero el enfermo aduce ser testigo de Jehová y nos prohíbe expresamente cualquier tipo de transfusión, aunque no se niega a ser operado. No se puede contactar con el juez en ese momento. ¿Cuál sería 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. ¿Cuál sería su resolución?

- A. Daría 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 (médico de cabecera, trabajador social, etc.) para que fuese ella y no yo la que hablase con la pareja.
- E. NS/NC.



ANEXO. Descripción de los casos clínicos* (continuación)

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. ¿Cuál 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. ¿Qué 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 preparadas 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 respetaré.
- D. Me inhibiría del problema y lo trasladaría a otro centro.
- E. NS/NC.

ANEXO. Descripción de los casos clínicos* (continuación)

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. ¿Qué 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. ¿Qué actitud tomaría?.

A. Dar toda la información.

B. Dar sólo 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.

*Adaptado del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gracia Guillén D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, Eudema, 1991.
- 2- Solsona Durán JF. En: Gracia Guillén D. Máster de Bioética. Universidad Complutense de Madrid, 1997-98.
- 3- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Nueva York, Oxford University Press, 1979.
- 4- Jonsen AR, Toulmin S. The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning. Berkeley-Los Angeles-Londres. University of Chicago Press, 1988.
- 5- Jonsen AR, Siegler M, Winsiadi WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Nueva York. MacMillan Publishing Company, 1986.
- 6- Drane Jf. Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics. Kansas City, Montana, Sheed-Ward, 1988.
- 7- Gracia Guillén D. Principios y metodología de la bioética. En: Couceiro Vidal A. Bioética para clínicos. Madrid, Triacastela 1999;14:201-222.
- 8- Couceiro Vidal A. El nuevo rostro de la relación sanitaria: el consentimiento informado y sus aplicaciones. Jano 1995;117:40-79.
- 9- Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética. Jano 1995;117:41-54.
- 10- Alcalá-Zamora J, Abizanda R, Moreno JL, Miravet V. Obtención del consentimiento informado en medicina intensiva. Jano 1995;117:73-9.
- 11- Cabré Pericas LI, Solsona Durán JF, Humet Cienfuegos-Jovellanos C, Casado González C, Barba Boada R, Suñol Sala R et al. Calidad asistencial y bioética. Rev Calidad Asistencial 1998;13:201-3.
- 12- Laín Entralgo P. La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. Barcelona, Salvat, 1961.
- 13- Broggi Trias MA. Aspectos éticos y legales en urgencias. Algunos aspectos fundamentales de responsabilidad en urgencias. En: Guardia Masso J. Tratado de Urgencias. Barcelona, Marín 1995;23:289-299.
- 14- Quaderns de la Bona Praxi. La información clínica facilitada al pacient. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Centre D'Estudis Col·legials. 1998:8.
- 15- Pacín J. Cuestiones Éticas en Medicina Crítica. En: Martín Santos F y Gómez Rubí JA. Avances en Medicina Intensiva. Madrid, Médica Panamericana 1999: 261-72.
- 16- Gómez Rubí JA. La Medicina Crítica en la Era de la Bioética. En: Martín Santos F y Gómez Rubí JA. Avances en Medicina Intensiva. Madrid, Médica Panamericana 1999:273-81.
- 17- Cabré Pericas LI, Solsona Durán JF, Humet Cienfuegos-Jovellanos C, Casado González C, Barba Boada R, Suñol Sala R et al. Calidad asistencial y bioética (Segunda parte). Rev Calidad Asistencial 1999;14:337-40.
- 18- Muir JA. La atención sanitaria basada en la evidencia. En: Muir JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Madrid, Churchill Livingstone 1997:1-3.
- 19- Martínez Lage M. La medicina y el final de la vida. En: I Jornadas de reflexión de la OMC. OMC 1998;58:14.
- 20- Muñoz Garrido R. Aspectos éticos y jurídicos de la eutanasia. En: I Jornadas de reflexión de la OMC. OMC 1998;58:16.
- 21- Sanz Ortiz J. Eutanasia sí, eutanasia no. Med Clin (Barc) 1993;100 (supl.1):17-9.
- 22- Codi De Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya 1997.