|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Caso Ejemplo del Seminario 5.2**  Universidad de Chile. Magíster en Bioética. Curso 1998  **Caso Clínico**  Paciente G.L.R. de 31 años de edad, sexo masculino, de profesión economista, casado, residente en Ciudad de La Habana, con antecedentes de padecer de hipertensión arterial desde hace aproximadamente 6 meses. Está dispensarizado por su médico de familia, llevando tratamiento con Atenolol 50 mg diarios y Nifedipina 10 mg. cada 8 horas.  Hace una semana comienza a presentar molestias precordiales durante esfuerzos, habiendo aumentado el dolor hace dos días, incluso en situaciones de reposo, a pesar de lo cual no acude al médico.  En la madrugada del 5-1-98 es despertado por un fuerte dolor en ambos miembros superiores sin otra sintomatología asociada. A las 10.00 horas acude con este cuadro al Cuerpo de Guardia de un hospital general, donde se presume por la clínica y las alteraciones eléctricas del Electrocardiograma (EKG), una situación sugestiva de un Infarto Agudo del Miocardio antero-lateral, por lo que se decide su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).  A su arribo a la UCI se constata al examen físico que el paciente está muy intranquilo, mucosas normocoloreadas, uñas ligeramente cianóticas, piel fría y sudorosa, tejido celular subcutáneo no infiltrado, frecuencia respiratoria 16/min, no estertores, frecuencia cardiaca 110/min, tensión arterial 150/100 mmhg, pulsos periféricos débiles.  Se indica explorar enzimas Creatinín-fosfo-kinasa (CPK) y Transaninasa-glutámico-oxalacética (TGO), RX de tórax, EKG, canalizar vena periférica, observar ritmo cardíaco a través de monitor y reposo absoluto en cama.  **Evolución**  **11.15 horas.** Se reciben los resultados de la analítica. Enzimas, CPK: 1,245 UI, TGO: 210 UI, Rx de tórax normal, EKG: supradesnivel del segmento ST en AVL, V1, V2 y V3. Se indica trombolisis con Stik en bomba.  **13.30 horas.** Se observa aumento del supradesnivel del segmento ST del EKG en V1, V2 y V3. No presenta dolor, pero permanece intranquilo.  **14.00 horas.** Se reúne el equipo médico y deciden indicar una coronariografía. El jefe del equipo le explica al paciente su situación, así como la necesidad de hacer el procedimiento para un mejor estudio y tratamiento. Se le aclaran los riesgos que corre. El paciente se niega aduciendo: "No quiero hacer vida tortuosa", y agrega que su suegro hace apenas un mes falleció después de un procedimiento similar en el mismo hospital, se le aclara que su situación es diferente porque la edad, condición clínica y patología de base, están a su favor y las posibilidades de éxito en su caso son mayores.  No obstante estos argumentos, el paciente persiste en su actitud. Ante esta postura se conversa con los familiares para conocer su opinión y recabar ayuda, sin embargo la esposa y un hermano, ambos trabajadores de la salud, deciden respetar su decisión.  **16.00 horas** . El Jefe del equipo informa al Director de la institución de la reiterada negativa del paciente y sus familiares. El Director duda de la capacidad y competencia del paciente para tomar una decisión fundamentada, y acude personalmente a conversar con él para tratar de persuadirlo, sin obtener resultados positivos y orienta al equipo médico seguir insistiendo, cosa que hacen infructuosamente durante las horas subsiguientes. En el hospital no existe Comité de Etica.  **6-1-98**  **9.00 horas.** El paciente refiere sentirse bien. No presenta angor, ni disnea. Estable hemodinámicamente. TA 130/80, frecuencia cardíaca 90/min, se auscultan crepitantes en ambas bases pulmonares. EKG, bloqueo de rama derecha de aparición aguda. Se evalúa canalizar vena para medir Presión Venosa Central (PVC), e instalar marcapasos interno (MP). Cuando se le comunica al paciente, éste se niega a la implantación del MP.  **7-1-98**  **9.30 horas.** Refiere sentirse mejor. Estabilidad hemodinámica. TA 90/60, FC 140/min. Se auscultan crepitantes en ambos campos pulmonares. Se indica Furosemida 40 mg endovenosa. El paciente mejora.  **13-1-98**  **9.00 horas.** Continúa la evolución positiva. Estable hemodinámicamente. TA 110/70, FC 70/min. No estertores ni edemas, diuresis 1,400/24 h; CPK: 290 UI; TGO: 30 UI. En el EKG ha disminuido el supradesnivel del ST. Se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios.  **16-1-98**  **16.00 horas.** Se observa en el monitor la aparición brusca de una fibrilación ventricular, el paciente cae en Paro cardíaco. Se realizan maniobras de reanimación cardiorespiratoria que se prolongan por más de 30 min. sin respuesta alguna, por lo que se decide suspenderlas y diagnosticar la muerte del paciente. Se avisa a los familiares que autorizan la necropsia.  Presentado por: Dr. José Ramón Acosta Sariego  **Sesión Clínica del jueves 6 de agosto de 1998**  Caso recopilado por la Lic. Aleida Ballesteros Ramos  Departamento de Enfermería ICPB "Victoria de Girón"  **Caso Clínico**  Ponente: Dr. José R. Acosta Sariego  Inventario de problemas éticos detectados  Problema fundamental a discutir:   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Falta de criterios y habilidades comunicativas para realizar el proceso de consentimiento informado** | |   • Falta de criterios para evaluar la capacidad y competencia del paciente por parte del equipo médico tratante.  • Pobre relación médico paciente tanto con el equipo hospitalario como con el médico de familia.  • Falta de educación sanitaria por parte del paciente y sus familiares.  • Falta de seguridad y confianza del paciente con relación a la competencia y desempeño profesional del equipo de salud tratante.  • Inadecuado criterio de amenaza por parte del paciente.  • Falta de evaluación psicológica de la actitud del paciente y sus familiares.  • Inadecuada evaluación por parte del paciente y sus familiares de la interrelación riesgo/beneficio.  • Iatrogenia psíquica de origen institucional en relación con la muerte del suegro.  • Conducta paternalista del Director de la institución.  • Inexistencia de un Comité Institucional de Ética.  **Epicrisis**  La Relación Médico Paciente sigue siendo el núcleo de la práctica asistencial en salud. Muchas veces, como en este caso, no se alcanza la interrelación adecuada lo que redunda en última instancia en perjuicio de la curación y rehabilitación del paciente, así como del propio desempeño profesional del médico. En nuestro país todavía hoy es muy fuerte el excesivo autoritarismo del cual han estado impregnadas las relaciones sanitarias en el pasado ya que la tradición médica ha sido secularmente paternalista. La intervención del paciente en la toma decisiones sobre sí mismo es un fenómeno relativamente reciente en la historia de la humanidad, en particular para nuestras sociedades periféricas característicamente patriarcales. 1  Sin embargo, las nuevas condiciones originadas por el impacto de la tecno-ciencia en la biomedicina, la globalización de la cultura, y los profundos cambios en las relaciones económicas y sociales ocurridos en las últimas décadas del Segundo Milenio, han introducido una nueva perspectiva que apunta a una mayor simetría entre sanitaristas y usuarios. 2  "La responsabilidad de la salud ha de ser compartida entre el médico y el paciente -afirma Sass- y fundamentalmente en el conocimiento, el respeto mutuo y la combinación de la pericia y la ética". 3  Esto implica basicamente tener en consideración las opiniones y deseos del paciente obviando la intervención médica dirigida a la coacción o la manipulación. No obstante, el proceso de consentimiento no puede limitarse al mero intercambio de información, es ante todo un componente eminentemente educativo de las relaciones sanitarias, en el cual no se puede renunciar a hacer consciente al paciente de sus verdaderas necesidades de salud, 4 porque sólo el pleno dominio de la propia necesidad es el que otorga al individuo la verdadera libertad de actuar autónomamente, y por tanto, moralidad a sus acciones. Las decisiones de un paciente están mediatizadas por su imagen de la realidad, sus valores, y motivos surgidos de la comprensión de sus necesidades. Un enfermo grave, como el que nos ocupa, puede llegar a encontrarse en situación crítica, pero potencialmente es recuperable y esto le otorga un especial valor a lo que planteábamos anteriormente.  Los problemas éticos presentes en este caso evidencian la confluencia de factores negativos que implicaron tanto al paciente y sus familiares, como al equipo de salud tratante en el hospital y al médico de familia. Se creó una situación de desconfianza por parte de los usuarios sobre la efectividad de los tratamientos y de la competencia profesional de los sanitaristas, provocada por la incapacidad de estos últimos para lograr una comunicación interpersonal acorde con las características del caso. La actitud inusual del paciente con relación a la idiosincrasia de la población en nuestro país causó desconcierto y produjo un resquebrajamiento de la función del equipo médico tratante, debido a un deficiente manejo de las habilidades mínimas para trasmitir seguridad y confianza en gran medida potenciado por la ausencia de criterios para evaluar la capacidad y competencia de los pacientes, así como su historia personal y características psicológicas.  El proceso de consentimiento informado no cumplió su función educativa y culminó en una insistencia inútil ante una decisión firme del paciente a asumir altos riesgos, con pleno conocimiento de los mismos, aunque sin la ponderación adecuada de las consecuencias.  **Ante la situación creada el único curso de acción posible era respetar la decisión del paciente y asumir los riesgos de un desenlace fatal, como ocurrió en definitiva.**  **Referencias**  1. Acosta, J; ¿Es la vida un valor absoluto?; Revista Avances Médicos de Cuba; Nº 7; La Habana, 1996: 35-49  2. Acosta, J; Tendencias del debate bioético contemporáneo; Boletín del Ateneo "Juan Cesar García"; Representación OPS en Cuba; Vol. 3; Nº 3-4; La Habana 1995: 35-49  3. Sass, HM; La Bioética: Fundamentos y aplicaciones; En Boletín de la Organización Panamericana de la Salud; Vol. 108; Nº 5-6; 1990: 331  4. Núñez de Villavicencio, F; Bioética: el médico un educador; En Bioética desde una perspectiva cubana; 1ª Edición; Centro Félix Varela; La Habana, 1997: 128-132 |
| |  | | --- | | [E:\CIENCIAS SOCIALES\FILOSOFIA 1\Filosofia II\imagenes\arriba.jpg](file:///E:\CIENCIAS%20SOCIALES\FILOSOFIA%201\Filosofia%20II\contenidos\unidad_tematica_5\seminario_5.2\CasoEjemploS5.2.htm) | |  | |  | |