

Aplicación del proceso deliberativo ante dilemas éticos: actuación del comité de ética asistencial en un caso clínico

Application of the Deliberative Process in Ethical Dilemmas: The Action of an Ethics Committee in a Clinical Case

María Alicia Zamora Calvo

Enfermera en Unidad de Críticos Quirúrgicos
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
maryz02@hotmail.com

Ana Castillo Ayala

secretaria CEAS
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

ISSN 1989-7022

RESUMEN: Los avances en la tecnología médica, junto con la mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento, dan lugar a un nuevo contexto en el que se realiza la práctica clínica. En esta nueva situación se pueden producir conflictos por las diferentes escalas de valores de los sanitarios, los pacientes e incluso sus familias. Parece necesario, a este respecto, la existencia de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria como grupo multidisciplinar, plural e independiente, como foro de deliberación ante situaciones complejas para las que no suelen existir respuestas apodícticas, pero pueden aclararse conflictos y proponerse, con carácter no vinculante, caminos de solución sin pretender sustituir las conciencias de las personas directamente implicadas. (CEAS, 2004).

ABSTRACT: Advances in medical technology, coupled with the greater involvement of patients in decision-making regarding their treatment, give rise to a new context in which clinical practice is performed. In this new situation, conflicts can arise through the different scales of values of the toilets, patients and even their families. In this regard, the existence of the Ethics Committees for Health Care as a multidisciplinary, plural and independent group seems to be necessary as a forum for deliberation in complex situations for which there is usually no apodictic response, but conflicts can be clarified and non-binding character, ways of solution without attempting to replace the consciences of those directly involved.

PALABRAS CLAVE: Comité de Ética; Ictus isquémico; Deliberación; Valores; Cursos de acción

KEYWORDS: Ethics Committee; Ischemic stroke; Deliberation; Values; Courses of action

1. Deliberación. Aspectos fundamentales

La deliberación consiste en el análisis detenido de las circunstancias y consecuencias que concurren en una situación concreta, y por tanto también en la identificación de los cursos de acción posibles y de entre todos ellos, del curso óptimo. Eso es deliberar.

1.1.- Características del razonamiento deliberativo

El razonamiento deliberativo es un proceso cuyo objetivo es la toma de decisiones y que se caracteriza por:

- Su objetivo es la toma de decisiones.
- Es un razonamiento práctico, no teórico. (Gracia, 2009).
- Versar sobre el futuro, sobre lo que vamos a hacer o decidir más adelante, aunque sólo sea un momento después.
- Evalúa las circunstancias concretas que concurren en el caso y las consecuencias previsibles.



- Es de carácter contingente e incierto, en tanto que juicio sobre el futuro.
- No dar certeza sino que siempre está afectado por la incertidumbre
- Lo cual no significa que no sea un procedimiento racional. La deliberación es la búsqueda de la racionalidad, o al menos de la razonabilidad, en el mundo de la incertidumbre.
- Es el tipo de razonamiento que todos hacemos continuamente a lo largo de nuestra vida. La deliberación es la lógica de la vida.
- Es compatible con la pluralidad de soluciones a un mismo problema, sin que por ello se pueda decir que esas soluciones no son razonables ni prudentes.
- *Esta es la lógica propia de la "opinión". Cuando opinamos damos razones de algo, razones que consideramos de peso, pero no de tanto peso que hagan imposibles otras razones alternativas. Cuando uno opina no niega la posibilidad de opiniones distintas e incluso contrarias.*
- *De ahí que la deliberación no sólo no esté reñida con el diálogo sino que lo presuponga. Los otros me son imprescindibles, precisamente, porque yo no tengo toda la razón, ni todas las perspectivas sobre la cosa que estoy juzgando. Los otros pueden tener razón, pueden enseñarme, aunque no piensen como yo, o precisamente porque no piensan como yo. En este sentido cabe decir que la deliberación es un procedimiento radicalmente antipaternalista y democrático. (Gracia, 1989).*

1.2.- La práctica de la deliberación

Para deliberar hay que seguir un procedimiento que, como todo proceso de investigación, consiste en ir pasando por una serie de fases hasta alcanzar un resultado final. En el esquema que se presenta a continuación, adaptado al modo de tomar decisiones en un Comité de Ética Asistencial, se trata de ir recorriendo los tres niveles: el de los "hechos", el de los "valores" y el de los "deberes", hasta concluir en el de las "responsabilidades" o decisiones "prudentes". Estos niveles deberían respetarse siempre en el análisis de un problema humano complejo, paralizante. Aquí la deliberación consiste en un procedimiento de ponderación de los distintos puntos de vista, dadas las experiencias, conocimientos y valores que posee cada participante, para llegar a tomar decisiones prudentes. La decisión prudente es aquella que brota del análisis y evaluación de una situación de incertidumbre. Se muestran los pasos (Pose, 2009):

1.3.- Proceso de deliberación

Para poder completar un proceso deliberativo, deben desarrollarse los siguientes puntos (Feito y Gracia, 2011):

1. Presentación de los participantes
 - Análisis de los “hechos”
2. Presentación del caso clínico
3. Análisis de los aspectos clínicos del caso
 - Análisis de los “valores”
4. Identificación de los problemas éticos del caso
5. Elección del problema ético principal
6. Identificación de los valores en conflicto
7. Identificación de los cursos extremos de acción
8. Árbol de cursos intermedios de acción
 - Análisis de los “deberes”
9. Elección del o de los cursos óptimos de acción
10. Pruebas de consistencia del (de los) curso(s) elegido(s)
 - a. Prueba de la legalidad: ¿es legal la decisión que vas a tomar?
 - b. Prueba de la publicidad: ¿estarías dispuesto a defenderla públicamente?
 - c. Prueba del tiempo: ¿tomarías esta misma decisión si pudieras esperar algún tiempo más?
11. Decisión(es) final(es).

Una vez descrito el proceso deliberativo, parece adecuado llevarlo a la práctica mediante la resolución de un caso clínico real con conflictos bioéticos. Se detalla a continuación:

2. Caso clínico

2.1. Observación clínica

Mujer de 21 años, que acude a urgencias por bultoma en mama izquierda. Como antecedentes personales, presenta obesidad mórbida e hiperinsulinismo. En Consultas de Urgencias, presenta episodio de bajo nivel de conciencia y posible crisis comicial. Se constata desaturación, mala mecánica ventilatoria, sin recuperar nivel de conciencia. Se realiza TAC y se diagnostica: ICTUS isquémico (1) en territorio de arterias cerebrales media y anterior derechas y cerebral anterior izquierda (bilateral). En el momento de la realización del TAC, la paciente queda atorada debido a su peso. Desde el momento del ingreso, presenta problemas respiratorios por broncoaspiración. La familia queda informada en todo momento del pronóstico de la paciente: desean que se le apliquen todas las medidas posibles. Doce días después del incidente, y pese al mal pronóstico, la familia conti-

núa en su deseo de que se intente todo lo necesario. La paciente no tiene firmado ningún documento de instrucciones previas.

2.2. Historia social

- Unidad familiar de 3 componentes: madre, hermano mayor y la paciente.
- Profesión de la madre: secretaria en una universidad.
- Profesión del hermano: Desempleo.
- Profesión de la paciente: esteticista en situación de desempleo. Actualmente estaba realizando cursos de formación.
- En 2009, los padres se separan. Sufren el abandono del padre, por lo que la madre adquiere la tutela. Estaban al cuidado de su abuela mientras la madre trabaja, al poco tiempo fallece.
- En este mismo año (2009), acude a consultas externas de Pediatría por obesidad. Desde los 6-7 años comenzó a ganar peso. La madre refiere que estaba en tratamiento de forma prolongada con corticoides por broncoespasmo (hasta los 8-9 años). IMC: 34,69 kg/m² (2). Se recomienda dieta y ejercicio. Revisión de un mes posterior, que continúa igual, pese a la dieta. No acude a más revisiones. Ella se niega totalmente, pese a las recomendaciones de su madre.
- Independiente para las actividades de la vida diaria. Salía con las amigas y a pasear al perro.

2.3. Hechos

- Paciente de 21 años, con obesidad mórbida, independiente para las actividades de la vida diaria. Presenta obesidad desde los 6 años, y desde la separación de sus padres se agrava este cuadro. Recibe los cuidados de su abuela hasta el fallecimiento de ésta.
- A los 14 años, acude a consulta de pediatría por su obesidad, y no sigue los controles posteriores, pese a las recomendaciones de su madre.
- No hay seguimiento alguno por parte de pediatría a la paciente.
- La paciente acude a urgencias por presentar un bultoma en mama izquierda y pierde la consciencia.
- Se realiza TAC, diagnosticándose de ICTUS en territorio de Arteria Cerebral Media derecha, Arteria Cerebral anterior derecha y Arteria cerebral anterior izquierda (bilateral).
- En el momento de la realización del TAC, la paciente queda atorada debido a su peso.
- Desde el momento del ingreso, presenta problemas respiratorios (broncoaspiración). (3)

- La familia queda informada en todo momento del pronóstico de la paciente (48h): desean que se le apliquen todas las medidas posibles.
- 12 días después del incidente, y pese al mal pronóstico, la familia desea que se intente todo lo necesario.
- La paciente no tiene firmado ningún documento de instrucciones previas.

2.4. Problemas éticos detectados

- ¿Se deberían haber tomado medidas para evitar la obesidad desde que se detectó a los 6-7 años?
- ¿Debería haberse hecho un seguimiento por parte de consultas externas de pediatría una vez detectado el problema de la obesidad?
- ¿Se debería haber hecho un seguimiento por parte del médico/enfermera/trabajadora del C. Salud?
- ¿Es correcto obligar a la paciente a controlar su peso y haber acudido a las consultas de pediatría?
- Por parte de la Institución Hospitalaria... ¿deberían disponer de TAC para obesos para evitar situaciones ofensivas como la obstrucción de los pacientes en el anillo del TAC? En ciertos casos, (discutible), se traslada a los pacientes al zoo para la realización de estas pruebas... ¿se consideraría digno para ellos ese trato?
- En referencia a la variabilidad entre profesionales... ¿debería permitirse una variabilidad clínica entre los profesionales de la UVI?
- ¿Deberíamos asegurarnos de que la familia ha comprendido la gravedad de la enfermedad (ICTUS) y de su carácter irreversible?
- ¿Debe el médico insistir en desconectar a la paciente, teniendo en cuenta las pocas probabilidades de curación que tiene? (Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)).
- ¿Debe el médico intentar hablar y dar una información fehaciente a la familia del estado de la paciente?
- ¿Puede el médico aceptar el rechazo de la familia a que se apliquen las medidas de LET, asumiendo que es una decisión voluntaria de la familia, debida a la incapacidad de la paciente?
- ¿Quién debe decidir: la familia, el neurólogo, la retirada de medidas terapéuticas?
- ¿Quién debería informar a la familia?
- ¿Debe considerarse fútil el tratamiento en este caso?

2.5. Problema ético principal

- ¿Debe el médico insistir en desconectar a la paciente, teniendo en cuenta las pocas probabilidades de curación que tiene? (¿Debe el médico desconectar a la paciente?).

2.6. Valores en conflicto

- Vida (donde hay esperanza, hay vida)
- Familia (padre, madre, hermano)
- Autonomía (familiares).
- No maleficencia (aplicando medidas y tratamientos fútiles y agresivos).
- Justicia (la paciente ocupa una cama de UCI que son muy escasas y valoradas)
- Calidad de vida

Valores principales a tratar

Vida vs Familia.

2.7. Cursos de acción

2.7.1. Extremos

- El médico, en función del pronóstico y evidencia clínica, desconecta a la paciente.
- El médico asume la negativa de la familia a desconectar a la paciente de Ventilación Mecánica (Respirador) y a que se le sigan aplicando medidas terapéuticas invasivas. (Respeto a la decisión de la familia, al estar comprometida la consciencia de la paciente, y por lo tanto, su capacidad) (por hipoxia).

2.7.2. Intermedios

- Consultar con el CEAS del Centro: las decisiones que se están dando... ¿son útiles o fútiles?
- Hablar con la familia, mejorar la información, aclarar todas sus dudas y miedos.
- El médico habla con la familia para preguntarles cómo están viviendo la situación.
- El médico puede ofrecer apoyo psicológico ante esta situación. Preparación ante el duelo próximo.
- El médico puede apoyar en la decisión para fomentar la responsabilidad y desculpabilizar a la familia.

- El médico puede hablar con la familia para explorar las convicciones religiosas que puedan estar condicionando esta actitud (si son religiosos, ofrecer apoyo del capellán).
- Preguntar a la familia si conocían alguna decisión o comentario de la paciente frente a la muerte.
- Persuadir a la familia de que no tiene solución.
- Presentar el caso en Sesión Clínica, explicando cada una de las decisiones conflictivas.

2.7.3. Óptimo

- Dada la delicada situación de la familia ante la enfermedad de la paciente, el médico debe asegurarse de que el rechazo a la desconexión de la paciente es una medida extraordinaria maleficente, ya que ocasiona más riesgo que beneficio (daño vs beneficio).
- Por ello, el médico debería hablar con la familia. Aclarar las cosas.
- Prudencia. Llegar a un consenso con la familia.
- Recordarles que el personal sanitario entiende su postura, dada la juventud de la paciente.
- El médico debe explorar qué sabe la familia de la paciente, hablar de nuevo con la familia y tratar de que comprendan la veracidad de la información, para ofrecerles el apoyo y ayuda antes las malas noticias, y acompañarles en el proceso de cuidados al final de la vida, respetando sus creencias y valores en lo máximo posible.

2.8. Comprobación de la validez basada en las pruebas de consistencia

- Legalidad: "¿la decisión tomada respeta las normas legales?"
- Publicidad: "¿estaría dispuesto a defenderla públicamente?"
- Temporalidad: "¿Tomaría la misma decisión pasado un tiempo?"

La decisión tomada fue totalmente legal y de acuerdo a la *lex artis*. Es una decisión defendible en cualquier foro, puesto que no hay signos de mala praxis. Y no se modificaría caso de que pudiéramos esperar unas horas o unos días para tomarla, ya que no se trata de una decisión precipitada.

3. Conclusiones

- El método deliberativo aplicado ante cualquier conflicto ético en la clínica asistencial, ayuda a alcanzar decisiones prudentes, responsables, de auténtica reflexión, desde una perspectiva plural.

- La razón práctica es deliberativa. Pero la deliberación es una tarea difícil. Necesita de muchas condiciones: ausencia de restricciones externas, buena voluntad, capacidad de dar razones, respeto por los otros cuando están en desacuerdo, deseo de entendimiento, cooperación y colaboración. Este es el marco para un proceso de deliberación verdadero. La deliberación descansa, no en la “decisión” sino en el “compromiso”. Dentro de este marco, casi todos los métodos existentes en bioética pueden ser útiles en alguna medida. Fuera de él, serán no sólo superfluos sino en ocasiones peligrosos (Gracia, 2009).

Bibliografía

- Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (2004): *Reglamento interno para el CEAS del Hospital Ramón y Cajal*. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Feito Grande, Lydia; Gracia Guillén, Diego (2011). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid, Triacastela.
- Gracia Guillén, Diego (2001). *La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*. Madrid, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud.
- Gracia Guillén, Diego (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid, Eudema Universidad.
- Gracia Guillén, Diego (2009). *La deliberación moral*. Madrid, Universidad Complutense - eutanasia.ws
- Pose, Carlos (2009). *Lo bueno y lo mejor. Introducción a la bioética médica*. Madrid, Triacastela.

Notas

1. Los términos accidente o ataque cerebrovascular (ACV), infarto cerebral, derrame cerebral, son utilizados como sinónimos del término ictus. En este caso, existe una [isquemia](#) (disminución importante del flujo sanguíneo) en el cerebro, de manera anormalmente brusca.
2. IMC (Índice de Masa Corporal). A los 8-9 años, corresponde con obesidad tipo I. En la actualidad, a sus 21 años, presentaba un IMC = 56,46 (Obesidad tipo III o mórbida).
3. Broncoaspiración: Es el paso de sustancias de la faringe a la tráquea. Las sustancias aspiradas pueden provenir del estómago, el esófago, la boca o la nariz.