



Bioética en la Medicina de Emergencias

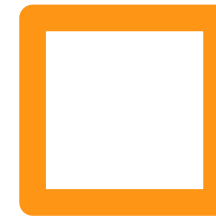
Dr. Nazareno Galvalisi

Jefe Servicio de Emergencias Sanatorio Finochietto

Especialista en Medicina Interna, Emergentología y Políticas y Gestión de Instituciones de Salud

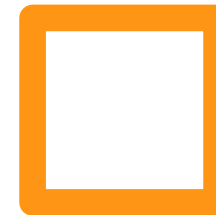
Diplomado en Bioética

La Medicina de Emergencias tiene como fin primario brindar los cuidados que requiere cada paciente en forma inmediata, de acuerdo a su nivel de gravedad en el mismo lugar donde se encuentre, para intentar preservar la vida y/o disminuir las secuelas.



La medicina de Emergencias se basa en aplicar procedimientos estandarizados en condiciones de incertidumbre, presión y tiempo.

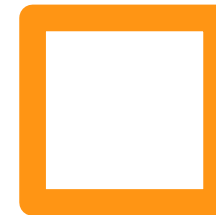
Los médicos aprenden a actuar "automáticamente" más rápido que la velocidad del pensamiento ético-filosófico.



La actividad profesional es un proceso de múltiples etapas que involucran el diagnóstico, pronóstico y eventual tratamiento hasta la implementación del mismo y la evaluación de sus resultados.

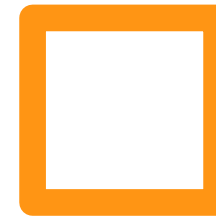
En cada una de estas etapas se presentan alternativas, las cuales son seleccionadas de acuerdo en el "mejor resultado".

Este concepto no se encuentra influido sólo por los aspectos puramente "técnicos", sino también en aspectos "personales y emocionales" del paciente, del médico y del entorno.





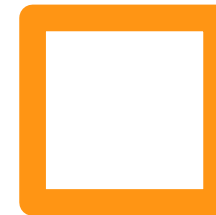
Cuando resulta complejo identificar “lo mejor” o se nos presenta algún grado de tensión moral nos encontramos frente a un **dilema**.



La bioética utiliza “principios” éticos para resolver dilemas morales.

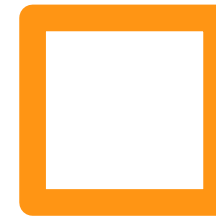
Problemas reales que se presentan en el proceso de atención por medio de **soluciones razonadas** y **defendibles**.

Potter acuñó la palabra “bioética” con la finalidad de unir dos mundos que en su opinión hasta ese momento habían transitado por caminos distintos: el mundo de los **hechos**, de la ciencia, y el mundo de los **valores**, y en particular la ética.



“Urgencia es falta de tiempo. Y la falta de tiempo obliga a simplificar los procesos de toma de decisiones. Cosas que en situaciones normales no pueden ni deben considerarse correctas, en los casos de urgencia resultan preceptivas. Esta es la peculiaridad de la ética de las urgencias.”

Diego Gracia



Principialista

Personalista

Del Cuidado

Narrativa

Casuística

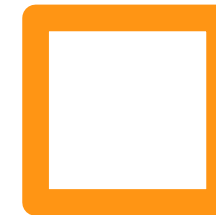
Utilitarismo

De Mínimos

Contractualismo

Principialismo Moderno

De los Derechos Humanos



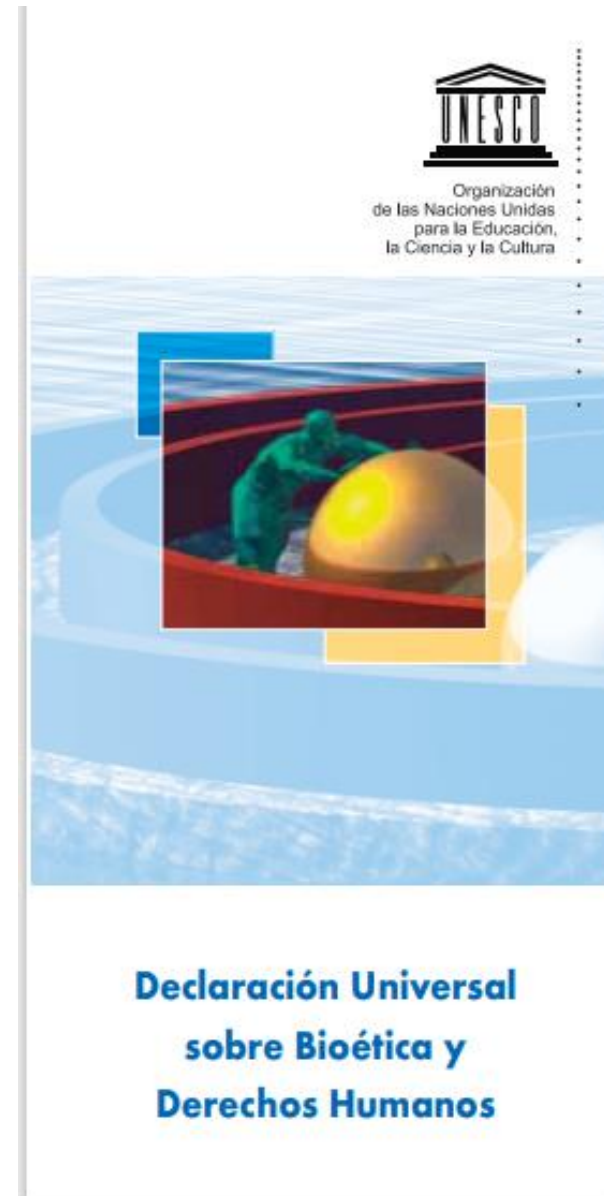


Los principios de la bioética

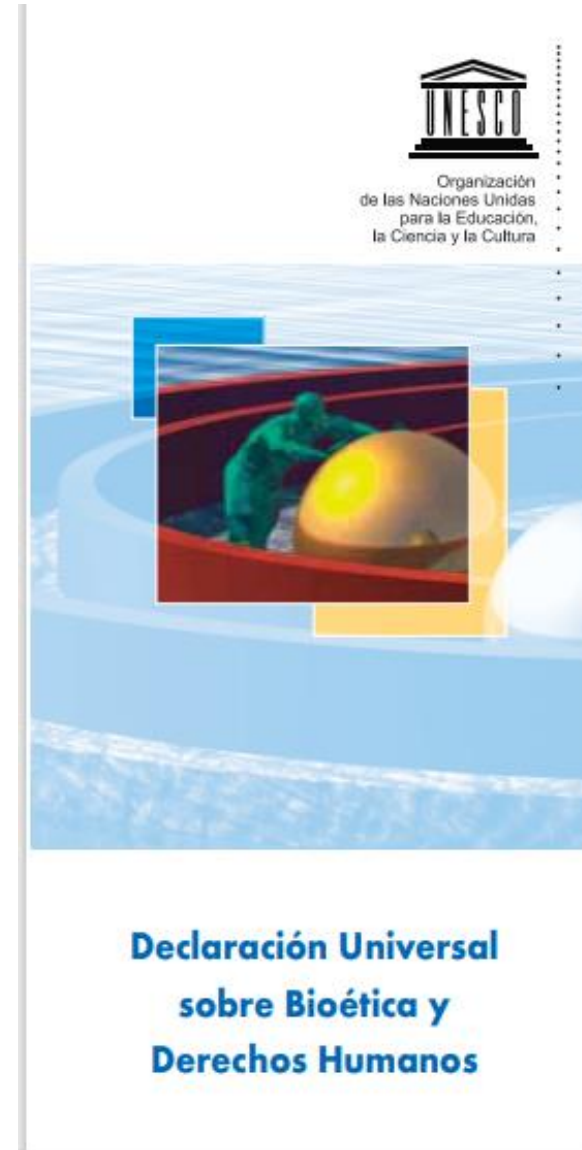
Propuestos por James Rachels y Tom Beauchamp



- Dignidad
- Proporcionalidad
- Autonomía y responsabilidad individual
- Consentimiento
- Respeto a la vulnerabilidad
- Confidencialidad
- Equidad
- No discriminación
- Respeto a la diversidad cultural



- Solidaridad y cooperación
 - Responsabilidad social
 - Aprovechamiento de los beneficios
 - Protección de las generaciones futuras
 - Protección del medio ambiente
-
- Veracidad
 - Competencia profesional
 - Doble efecto



Policy statements and clinical policies are the official policies of the American College of Emergency Physicians and, as such, are not subject to the same peer review process as articles appearing in the journal. Policy statements and clinical policies of ACEP do not necessarily reflect the policies and beliefs of *Annals of Emergency Medicine* and its editors.

Code of Ethics for Emergency Physicians

Revised and approved by the ACEP Board of Directors June 2016, June 2008

Reaffirmed by the ACEP Board of Directors October 2001

Approved by the ACEP Board of Directors June 1997 titled "Code of Ethics for Emergency Physicians," replacing the original statement titled "Ethics Manual" approved by the ACEP Board of Directors January 1991

Considerar el **bienestar** del paciente como su principal responsabilidad profesional.

Responder con prontitud y expertamente, **sin prejuicio ni parcialidad**, a la necesidad para atención médica de emergencia.

Respetar los **derechos** y **proteger** los **mejores intereses** de sus pacientes.

Comunicarse con **veracidad** con los pacientes y obtener su consentimiento informado.

Respetar la **privacidad** del paciente y mantener la **confidencialidad**.

Relacionarse de manera **justa** y **honesta** con sus colegas.



Fin de vida

Establecer de forma rutinaria la consulta al paciente y su familia sobre definiciones respecto al tema.

Respetar los valores y creencias.

Se puede obtener una respuesta operativa preguntando a los pacientes **cuál es el objetivo de su tratamiento**.

"¿Cuál es el resultado deseado por el paciente para esta atención médica?" Las respuestas de los pacientes representan resultados concretos.

Sin preguntar no hay forma de saber que desea el paciente.



Adecuación del esfuerzo terapéutico

Es la **adaptación** de las prácticas al objetivo terapéutico que resulta del encuentro y el **dialogo participativo** entre el equipo asistencial y pacientes y sus familiares o allegados relacionadas con las necesidades **globales** de la persona.

Basado en el **respeto** y la **confianza mutua**.

No significa "dejar de hacer" o no "hacer nada", sino realizar otro tipo de prácticas a las habitualmente mecanizadas y protocolizadas desde los aspectos puramente "técnicos".



Directivas anticipadas

Declaraciones de **voluntad** donde se expresan deseos y decisiones ante determinados actos médicos, los cuales en determinadas circunstancias o no, son rechazados con antelación.

Realizado en pleno uso de uso de las facultades mentales, con el objeto de que surta efecto cuando no pueda expresar su voluntad, debiendo ser respetado por los profesionales.

Existe también desde el punto de vista ético la posibilidad de “designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos”.

Toda directiva anticipada puede ser revocada por la persona en cualquier momento, consecuentemente, se debe respetar la voluntad de una persona que ha dejado instrucciones previas pero que, al momento de ingresar a un centro de salud, encontrándose lúcido y capaz, decide dejarlas sin efecto o establecer otras.

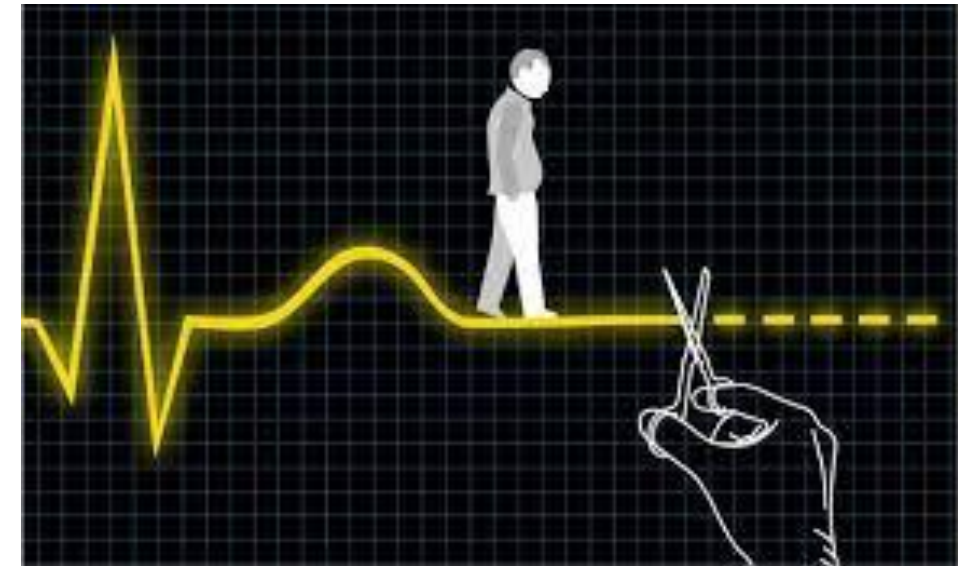


Eutanasia

Situación donde, con la finalidad de **provocar la muerte** de la persona con una enfermedad **incurable** y/o **intratable**, un profesional, **ante el requerimiento del paciente**, administra una sustancia en dosis tóxica al mismo.

Esta definición excluye aquellas situaciones donde no existe la intencionalidad de causar la muerte ni la abstención de prácticas o procedimientos.

El concepto de eutanasia pasiva debe ser descartado ya que puede incluir prácticas que nada tienen que ver con la intencionalidad de acortar la vida, sino con asegurar una muerte digna como son el control y el alivio de los síntomas que generan sufrimiento, adecuando el esfuerzo terapéutico a cada persona en particular.



Futilidad

Todo procedimiento o tratamiento del que, razonablemente, no puede esperarse que alcance sus objetivos fisiológicos.

Cuantitativamente cuando los conocimientos empíricos muestran una probabilidad de éxito menor del 1 % o si el tratamiento conduce solo a preservar un estado de inconsciencia permanente o no consigue acabar con la dependencia total de los cuidados de sostén.

Futilidad por fallecimiento inminente: no evitar la muerte en un futuro muy cercano

Futilidad por condición letal: no afectar a una condición letal subyacente que provocará la muerte en un futuro no muy lejano

Futilidad cualitativa: no conducir a una calidad de vida aceptable.

No ofrece una **esperanza razonable de beneficio** al enfermo, suponiendo una **carga gravosa** para el mismo, su familia y la sociedad, solo retrasando la muerte y prolongando la agonía.



Objeción de Conciencia

Es un rechazo **moral**, en donde se reconoce que no podrá brindar una atención a pacientes que solicitan una práctica, y por eso recurre a esta **excepción**, trasladando el caso, y la carga de trabajo, a sus colegas.

En el ámbito sanitario la objeción de conciencia es la decisión **individual** de aquéllos que están involucrados en la práctica de un procedimiento de salud, de abstenerse de realizar un acto médico legalmente aprobado, invocando la transgresión que la ejecución de dicho acto implica para **su conciencia** o **sus valores** filosóficos o religiosos.

Se trata, por lo tanto, de un enfrentamiento entre un **deber moral** y un **deber legal** definido y claro.

Es importante tener en cuenta que la intención del objetor es obtener el legítimo **respeto de su propia conciencia** y no obstruir u obstaculizar el cumplimiento social de la norma legal

- Previa
- Justificada
- Registrada
- Universal
- Especifica



Autonomía

Autodeterminación en concordancia con los propios intereses, deseos, creencias y valores.

Debe poseer información completa, comprender la misma y las consecuencias de las diferentes opciones.

No debe estar ni sentirse presionado y su elección debe ser coherente con la conducta posterior.

“Competencia” es el reconocimiento legal de las aptitudes mentales necesarias para tomar decisiones.

“Capacidad” es un término clínico, que hace referencia a las aptitudes mentales necesarias para tomar una decisión explícita en un momento y lugar determinados. Al hablar de capacidad, es “capacidad para”, y ese “para” es siempre un acto específico.

A pesar de esto, en la literatura ambos términos se utilizan indistintamente.



Para la evaluación inicial de la competencia debemos basarnos en la “impresión clínica” que presenta el paciente en la entrevista y la información proporcionada por la familia.

La aceptación o rechazo de procedimientos sin una aparente evaluación de riesgos y beneficios, la falta de preguntas, el no presentar disposición a la escucha o respuestas que resultan excesivamente irracionales deben ser interpretados como “signos de alarma”.

La capacidad se basa en cuatro pilares : Comprensión , Apreciación , Razonamiento, Expresión de una decisión



La capacidad o incapacidad varían en el tiempo.

Se presupone que toda persona adulta, extendida a adolescentes, tiene capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud.

La toma de una decisión precipitada o imprudente, puede generar dudas pero no es una prueba definitiva de incapacidad..

Maximizar la capacidad de toma de decisiones.

La enfermedad mental no siempre determina una disminución en las habilidades para tomar decisiones.

Así como no todos los pacientes psiquiátricos son incapaces, no todos los pacientes no psiquiátricos tienen capacidad.

Y si no esta en posibilidad de decidir?

- La sustitución puede estar definida en forma ideal a través de en **directivas anticipadas**.
- En caso de que no existan deben involucrarse sustitutos.
- Pueden ser cónyuges, hijos adultos, padres (de adultos) u otros, incluido el médico tratante.
- Los Comités de Bioética resultan piezas fundamentales en algunas de estas ocasiones, especialmente cuando hay más de un sustituto posible y las opiniones no son unánimes.



Juicio sustitutivo

Las decisiones no debieran estar inspiradas por los ideales de realización e identidad de quien las toma, sino por los de la persona a quien se sustituye.

Esto significa interpretar con fidelidad los anhelos de esta, basados en sus principios e ideales.

Mejor interés



Es aquel que propicia una mayor contribución al bien de la persona, ponderando riesgos-beneficios y aporte la mayor cantidad de beneficios en el análisis global.

Rol del Medico

Informativo: proporciona información , sin deliberar ni recomendar.

Directivo: ofrece información mínima, no delibera, decide en forma independiente.

Colaborativo: proporciona información adecuada, recoge y obtiene los valores del paciente y realiza una recomendación en base a estos.

Facilitador: proporciona información adecuada, obtiene y articula los valores del paciente, aclara los principios de la toma de decisiones por sustitución, reformula y resume las declaraciones de los sustitutos, utiliza recomendaciones "hipotéticas" para vincular valores con recomendaciones y se abstiene de dar una recomendación definitiva.

Evaluación para la toma de decisiones

“Mejor técnica o procedimiento” +
“bienestar del paciente”.

No suele existir una línea divisoria precisa entre lo que debiera hacerse y lo que no , tanto en lo técnico como en lo ético.

Una aproximación es a través de la propuesta de Mons. Dr. Maurizio Calipari que cuenta de tres fases :

valoración de los factores **objetivos** (proporcionalidad)

valoración de los factores **subjetivos** (ordinariedad)

y finalmente la combinación de ambos que permite tomar una decisión operativa moralmente adecuada.

Proporcionalidad

Es un concepto “objetivo” y “técnico” que se justifica siguiendo criterios de **eficacia**, adaptada para el paciente en particular, con la minimización de los riesgos y de los efectos adversos y secundarios así como la disponibilidad fáctica del mismo.

Es decir que es la indicación medica adecuada teniendo en cuenta el estado del paciente, su disponibilidad y un adecuado balance riesgo-beneficio.



Ordinariedad

Resulta de la evaluación subjetiva que tiene en cuenta los posibles efectos secundarios, riesgos y padecimientos tanto físicos como emocionales de la acción médica.

Aquellas que exigen un esfuerzo incapaz de cumplir, dolor o sufrimiento insoportable, efectos secundarios no tolerables, le generan un costo o un esfuerzo excesivo para lograr el medio resultan no ordinarios.

También se consideran no ordinarios si le impide a la persona el cumplimiento de sus valores morales.



Toma de decisiones

Evaluación Objetiva (profesional)	Evaluación Subjetiva (paciente)	Legalidad Bioética	Accionar
Proporcionado	Ordinario	Sin dilema	Instaurar medidas
Proporcionado	Extraordinario	Dilema	Evaluar capacidad-Respetar autonomía
Desproporcionado	Ordinario	Dilema	Comité de Bioética/Derivar/ Objeción de conciencia
Desproporcionado	Extraordinario	Sin dilema	Asegurar cuidados paliativos

Modelos para la toma rápida de decisiones

Suelen poseer dos fases: una **descriptiva** inicial y una posterior de **juicio**.

Modelos basados en **principios** que afirman que lo importante es la teoría y las normas.

Modelos **casuísticos** que centran el análisis en las circunstancias concretas de cada caso.

El cambio de pensamiento puede verse favorecido por la pregunta a realizar:

“¿**Funcionará la intervención?**” y no “¿Vale la pena la intervención?”.

Modelo para la toma rápida de decisiones-Iseron

Paso 1. Existencia de precedentes.

Paso 2. Si no hay precedentes en la que basar sus acciones, pueden idear una estrategia de manejo

Comprar **tiempo**. ¿Se puede ganar tiempo sin afectar la seguridad del paciente?

Regla de **imparcialidad**. ¿Qué haría si yo fuera el paciente?

Regla de la **universalidad**. ¿Esta acción es correcta en todas las situaciones similares?

Justificación interpersonal. ¿Puedo defender ante los demás las acciones propuestas?

Toma de decisiones compartidas

Proceso **colaborativo** entre los pacientes, o sus sustitutos, y los médicos con toma de decisiones en conjunto, basados en la mejor evidencia científica disponible asociada a las metas, valores y preferencias del paciente.

Características fundamentales:

- Involucra al médico y al paciente

- El intercambio de información es un prerequisite

- Ambos participantes toman medidas para lograr un consenso

- Se toma una decisión de tratamiento y ambas partes están de acuerdo.

Rol de los Comités de Bioética

Ámbitos de reflexión plural, interdisciplinario y democrático, conformado por profesionales y personas vinculadas y ajenas al ámbito de la Salud resultando fundamental la participación de representantes de la comunidad y de los pacientes.

- Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos.
- Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones.
- Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la Bioética, así como su participación

La relación con los Servicios de Emergencias resulta dificultosa por el factor tiempo.

Rol de los Comités de Bioética

Y que podemos hacer?

Trabajar en conjunto dando a conocer las necesidades, las realidades y particularidades.

Incorporar emergentólogos a los Comités

Desarrollar lineamientos y protocolos.

Formar referentes en bioética en los servicios

Disponer de una asesoría bioética

Se debe estar preparada/o para abordar los desafíos éticos más frecuentes.

Ninguna respuesta será perfecta ni se alcanzará con un acuerdo universal.

Adoptar un enfoque lógico.

Aplicar estrategias de toma de decisiones relevantes y documentar el fundamento de esas decisiones.



Alentar a las/os médicos de urgencias a participar en el comité de ética hospitalario.

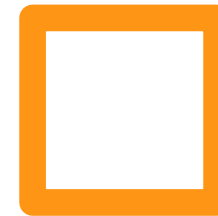
Difundir las especiales circunstancias que restringe el accionar, incluyendo limitaciones de tiempo y de recursos y desconocimiento de la historia y los valores del paciente.

Destacar la necesidad que una consulta oportuna puede impulsar el desarrollo y uso de estrategias prospectivas.



Cambiar las reglas bajo las cuales operamos requiere que todos alcancemos un compromiso.

Una mejor conciencia de los desafíos éticos únicos que se enfrentan en el servicio de emergencias puede resultar en mejores enfoques.



Formación y preparación

Planificación anticipada

Reflexión previa

Discusión sobre problemas éticos

La medicina de emergencias surgió por la necesidad de que los pacientes accedieran a una atención médica de alta calidad en situaciones agudas. La historia y la base de la misma se centra en lo mejor para el paciente.

Aunque el camino que se tiene por delante presenta muchos desafíos el contexto actual exige a los profesionales en emergencias uno muy importante, maximizar el respeto por la autonomía de los pacientes.





Gracias

Nazareno Galvalisi

nazareno.galvalisi@gmail.com