

EVALUACIÓN DE RESOLUCIÓN DE DILEMAS BIOÉTICOS EN LA MEDICINA DE EMERGENCIAS. ESTUDIO PILOTO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Galvalisi N, Penalba M, Maglio I y col. Evaluación de resolución de dilemas bioéticos en la medicina de emergencias. estudio piloto. *Rev Arg Med* 2022;10[2]:109-15

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/ram.v9i4.645>

Recibido: 10 de enero de 2022.

Aceptado: 11 de marzo de 2022.

¹ Sanatorio Finochietto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

³ Sanatorio Finochietto y Fundación Trauma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁴ Docencia e Investigación Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁵ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Programa de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas J. de San Martín, Universidad de Buenos Aires Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

EVALUATION OF RESOLUTION OF BIOETHIC DILEMMAS IN EMERGENCY MEDICINE. PILOT STUDYNazareno Galvalisi,¹ Marina Penalba,² Ignacio Maglio,³ Laura Belli,⁴ Raúl Mejía⁵**RESUMEN**

Objetivos. Este estudio piloto explora la habilidad de las y los médicos para resolver problemas éticos de frecuente aparición. **Material y métodos.** Se realizó una encuesta anónima consistente en cinco casos clínicos que implican un dilema ético. **Resultados.** Participaron 55 profesionales con una media de edad de 33,6 años. El 70,9% informó no haber recibido ninguna formación formal en bioética. La calidad de la formación fue autopercebida como buena por más de la mitad de los participantes (52,7%) y como muy buena o excelente por el 9,1%. El 61,8% de los participantes refirió enfrentar dilemas éticos en forma diaria o con mucha frecuencia. El análisis de la resolución de los casos mostró una media de puntuación de 5,15/10 (desviación estándar [DE]: 1,27). **Conclusiones.** Las y los médicos que se desempeñan en servicios de emergencias no poseen los conocimientos ni el entrenamiento adecuados para resolver los dilemas bioéticos que se plantean.

PALABRAS CLAVE. Medicina de emergencias, dilemas éticos, capacidad de resolución.

ABSTRACT.

Objectives. This pilot study explores the ability of physicians to solve frequent ethical problems. **Material and methods.** An anonymous survey consisting of five clinical cases that imply an ethical dilemma was conducted. **Results.** 55 professionals with a mean age of 33.6 years took part. 70.9% reported that they had not received any formal training in bioethics. The quality of the training was self-perceived as good by more than half of the participants (52.7%) and as very good or excellent by 9.1%. 61.8% of the participants reported facing ethical dilemmas on a daily basis or very frequently. The analysis of the resolution of the cases showed a mean score of 5.15/10 (SD 1.27). **Conclusions.** The doctors who work in emergency services do not have the knowledge or an adequate training to resolve the bioethical dilemmas raised.

KEY WORDS. Emergency medicine, ethical dilemmas, resolution skills.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Nazareno Galvalisi. Correo electrónico: ngalvalisi@sanatoriofinochietto.com

Introducción

La bioética es una disciplina que se ha desarrollado en las últimas décadas, incorporando principios morales en busca de soluciones razonadas a las dificultades de la actividad médica tanto en profesionales como en pacientes, en profesionales y la sociedad, y la sociedad y los pacientes (1). Cuando en el proceso de la toma de decisiones se produce alguna tensión irreconciliable entre los principios éticos, por ejemplo, los del modelo principialista como son autonomía, beneficencia o no maleficencia, se considera que existe un dilema bioético (2). Las y los médicos que trabajan en servicios de emergencias desempeñan su actividad en un ambiente que les exige una rápida adopción de conductas para salvar vidas, aliviar el sufrimiento o acompañar cuando la muerte es inevitable, decidiendo también en este proceso hacer un uso racional de los recursos disponibles (3). La medicina de emergencias se basa en la aplicación de procedimientos estandarizados en condiciones de incertidumbre, presión y tiempo, por lo que los médicos aprenden a actuar "automáticamente" más rápido que la velocidad del pensamiento ético-filosófico (3).

Poco se conoce acerca de las habilidades que tienen las y los médicos de emergencia para resolver problemas bioéticos. En una encuesta realizada por Padela (4) en residentes de emergencias de los Estados Unidos, sólo el 34% de los participantes había recibido entrenamiento específico en bioética, la puntuación de conocimiento media fue del 59,7% y sólo el 1% pudo contestar correctamente la pregunta general e identificar el plan de acción correcto ante los casos clínicos que evaluaban la competencia para la toma de decisiones. No se han encontrado publicaciones sobre bioética aplicadas a la medicina de emergencias en la Argentina ni estudios que evalúen las habilidades en la toma de decisiones de las y los profesionales de esta especialidad.

Partimos de la hipótesis de que las y los médicos que se desempeñan en servicios de emergencias no resuelven adecuadamente los dilemas bioéticos a los que se enfrentan habitualmente. Para obtener información para mejorar la capacitación de estos profesionales, se realizó este estudio piloto con el objetivo de explorar la habilidad de las y los médicos para resolver problemas éticos de frecuente aparición en un servicio de emergencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Material y métodos

Estudio piloto de corte transversal mediante una encuesta anónima, autoadministrada distribuida vía correo electrónico consistente en cinco casos clínicos que implican un dilema ético.

Fueron invitados a participar la totalidad de las y los mé-

dicos que cumplen el rol de médico clínico en el Servicio de Emergencias del Sanatorio Finochietto, a los cuales se les envió una invitación semanal por correo electrónico en cuatro oportunidades en noviembre de 2019. Fueron excluidos las y los profesionales de las otras especialidades del servicio, como también aquellos que concurren como eventuales o reemplazos.

Luego de la sección sobre información del proyecto y aceptación del consentimiento informado, el cuestionario poseía una primera sección que indagó sobre aspectos demográficos, educación médica, años transcurridos desde la graduación, especialidad, lugar de formación, formación recibida en bioética y autopercepción de la calidad de la formación recibida.

Una segunda sección exploró la frecuencia con la cual el participante se siente expuesto a conflictos éticos en la práctica diaria. También se indagó cómo se resuelven los conflictos éticos que se le presentan en su práctica y si sabe si existe un comité de bioética en su institución.

Finalmente, el cuestionario incluyó preguntas sobre casos clínicos que tienen la finalidad de evaluar la habilidad del participante para resolver dilemas éticos de los dominios: consentimiento informado, determinación de la capacidad para decidir (autonomía), adecuación del esfuerzo terapéutico y directivas anticipadas.

Para elaborar el instrumento se partió de la encuesta realizada por Padela (4) a residentes de emergentología de los Estados Unidos, a quienes se les solicitó autorización para su uso.

Posteriormente se realizó la traducción y construcción de las preguntas teniendo en consideración la legislación vigente en la Argentina: ley 26.529/09 (5) de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, y las modificaciones de la ley 26.742/12 (6) de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, y el Código Civil y Comercial de la Nación; la traducción fue realizada por expertos en bioética.

Con la finalidad de evaluar la comprensibilidad de las mismas, así como el tiempo necesario para ser contestada, fue enviada a diez profesionales que se desempeñaban en emergentología en otras instituciones de la República Argentina.

Posteriormente se elaboró la versión final que se utilizó en este estudio piloto.

Se enviaron cinco casos clínicos, cada uno de los cuales constó de dos preguntas con cuatro opciones de respuesta y una sola respuesta correcta. Ambas preguntas indagaban acerca del mejor curso de acción (Anexo). Se asignó un punto por respuesta correcta y cero punto si el participante seleccionaba una opción incorrecta. Con el puntaje obtenido al finalizar el cuestionario se confeccionó un puntaje general, que fue convertido a una escala de 10 puntos.

El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética del Sanatorio Finochietto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y registrado en la Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de Buenos Aires.

Se resguardó la identidad de los participantes, quienes aceptaron un consentimiento informado en forma electrónica antes de la encuesta.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa Stata, versión 131.0 (StataCorp; CollegeStation, Texas, Estados Unidos). Se utilizaron porcentajes para describir las variables categóricas, así como promedio y desviación estándar para las variables continuas.

Resultados

Se invitó a participar a 69 profesionales, de los cuales el 71% ($n = 49$) eran médicas. La tasa de respuesta fue del 79,7% ($n = 55$) y el 76,4% ($n = 42$) fueron mujeres. La edad media de los participantes fue de 33,6 años (DS2.98), y presentaban 7,8 años promedio desde su graduación. El 96,4% ($n = 53$) de ellos poseía residencia completa y el 9,1% ($n = 5$) había completado una maestría (tabla 1).

Aunque el 70,9% (39) informó no haber recibido ninguna formación formal en bioética, la calidad de la formación fue percibida como buena por más de la mitad de los participantes (52,7%) ($n = 29$) y como muy buena o excelente por

el 9,1% ($n = 5$). Sólo el 38,2% ($n = 21$) percibía su formación como regular o mala. El 54,5% ($n = 30$) de los participantes conocían la existencia del Comité de Bioética.

El 61,8% ($n = 34$) de los participantes refirió enfrentar dilemas éticos en forma diaria o con mucha frecuencia en su actividad asistencial. Los dilemas éticos que más frecuentemente refirieron enfrentar fueron: la adecuación del esfuerzo terapéutico, aspectos relacionados con el final de la vida y la evaluación de la capacidad de decisión de los pacientes (70,9%, 60,0% y 54,5%, respectivamente) ($n = 39$ -33-30). Para la resolución de los problemas, el 5,5% ($n = 3$) refirió consultar con los médicos de cabecera de los pacientes y el 56,4% ($n = 31$), hacerlo con los superiores (tabla 2).

El análisis de la resolución de los casos mostró una media de puntuación de 5,15 /10 (desviación estándar [DE]: 1,27). En la evaluación de la capacidad de decisión y autonomía, el 20% ($n = 11$) respondió correctamente, aunque, ante la presunta incapacidad, el 85% ($n = 32$) identificó correctamente al tomador de decisiones sustituto.

Ante una situación de interpretación de directivas anticipadas en una paciente con múltiples enfermedades terminales, el 21,8% ($n = 12$) lo hizo correctamente. En el manejo posterior del caso la decisión de adecuación del esfuerzo

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

<i>n</i>	55
Edad (media [DE])	33,65 (2,98)
Mujer (%)	42 (76,4)
Formación de posgrado	
Formación en el extranjero (%)	1 (1,8)
Maestría (%)	5 (9,1)
Otras (%)	2 (3,6)
Residencia (%)	53 (96,4)
Años de recibido (media [DE])	7,80 (2,34)
Formación en bioética en el grado (%)	46 (83,6)
Formación en bioética en el posgrado	
Curso específico en bioética (%)	3 (5,5)
Materia de bioética en algún curso de posgrado (%)	16 (29,1)
No he recibido ningún tipo de formación (%)	39 (70,9)
Conoce el comité de bioética de su institución	
No (%)	1 (1,8)
No lo sé (%)	24 (43,6)
Sí (%)	30 (54,5)
Formación autopercibida en bioética	
Excelente (%)	1 (1,8)
Muy buena (%)	4 (7,3)
Buena (%)	29 (52,7)
Regular (%)	20 (36,4)
Mala	1 (1,8)

TABLA 2 CONFLICTOS BIOÉTICOS

<i>n</i>	55
Frecuencia de conflictos éticos	
A diario (%)	10 (18,2)
Frecuentemente (%)	24 (43,6)
Algunas veces (%)	18 (32,7)
Muy pocas veces (%)	2 (3,6)
Nunca (%)	1 (1,8)
Tema del conflicto ético	
El consentimiento informado (%)	20 (36,4)
El esfuerzo terapéutico (%)	39 (70,9)
El final de vida (%)	30 (54,5)
La autonomía (%)	33 (60,0)
La confidencialidad (%)	13 (23,6)
Consulta frente a un conflicto ético	
Médico de cabecera (%)	3 (5,5)
Pares en el servicio de emergencia (%)	21 (38,2)
Superiores (%)	31 (56,4)

terapéutico y la forma de llevarlo a cabo fue respondida en forma correcta por la mitad de los participantes (49,1%) ($n = 27$).

Cuando se evaluó la adecuación del esfuerzo terapéutico, el 25,5% ($n = 14$) de los participantes consideraron éticamente correcto no realizar maniobras de reanimación, y el 38% ($n = 21$) respondió que no se requiere una directiva anticipada documentada para que desde el punto de vista ético un médico no inicie el soporte vital.

El 94,5% ($n = 52$) de los participantes evaluaron correctamente la incapacidad transitoria de un familiar directo alcoholizado y beligerante para la toma de decisiones sustitutas, aunque el 85,5% ($n = 47$) optó por avanzar sin consentimiento para un procedimiento invasivo no terapéutico, lo cual no es considerado el plan de acción correcto.

El 92,3% ($n = 51$) de los participantes evaluó correctamente la capacidad de brindar un consentimiento informado, aunque un número menor (81,8%) ($n = 45$) respondió correctamente sobre los conceptos teóricos correctos del mismo.

La toma de decisiones sustituta fue el dilema mayor, ya que sólo tres de las y los participantes (5,5%) identificaron el plan de acción correcto.

Discusión

En este estudio piloto, los profesionales de la salud que participaron carecían de las habilidades necesarias para resolver correctamente los dilemas médicos que enfrentan a diario, y existe una discordancia entre la calidad autopercebida en su formación en la materia con respecto a la escasa educación formal recibida.

La medicina de emergencias es una especialidad compleja donde las y los profesionales se enfrentan a muy diversas situaciones, muchas veces con datos incompletos y que suelen requerir resolución en un tiempo breve. Como afirma Diego Gracia (7): "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".

En este contexto las y los profesionales encuestados manifiestan que se enfrentan frecuentemente a situaciones de conflicto bioético, reconociéndolos y apoyándose en sus superiores, la mayor parte de las veces, para la resolución de los mismos. La adecuación del esfuerzo terapéutico resultó el problema de presentación referido más frecuente, seguido de las decisiones del final de vida, situaciones que poseen algunos puntos en común.

La consulta con sus superiores para la resolución de los mismos difiere de lo descrito por Falcon (8), donde la mayoría de los profesionales encuestados se apoyaban en el comité de ética y en sus colegas. Es probable que esto sea así por el contexto de la situación planteada (paciente inter-

nado en unidad de cuidados intensivos), la cual difiere drásticamente de la práctica habitual de la medicina de emergencias. También puede ser resultado del desconocimiento de la existencia de un comité en la institución.

El análisis de la resolución de los diferentes casos mostró resultados similares a los del estudio de Padela (4), realizado en médicos residentes de servicios de emergencias de los Estados Unidos, y no fue adecuado en la mayoría de las situaciones planteadas. Al igual que en el estudio mencionado, se encontró variabilidad en la elaboración del plan correcto de acción en los diferentes temas indagados.

Menos de la mitad respondió correctamente sobre la necesidad o no de contar con directivas anticipadas para que sea éticamente correcto no realizar maniobras de reanimación. Asimismo, un alto porcentaje definió que ante una situación de futilidad sin acuerdo prevalece la opinión de la familia.

También presentaron grandes dificultades en la evaluación de la capacidad de decisión de los pacientes en forma similar a lo descrito por Padela (4). Sin embargo, diferenciándose del estudio mencionado, una alta mayoría pudo identificar correctamente al tomador de decisiones sustituto.

La principal limitación es que la investigación se realizó en un único centro asistencial de la Ciudad de Buenos Aires y, por lo tanto, no puede ser generalizado a todos los médicos que trabajan en emergencias. Por otra parte, por tratarse de un estudio piloto, el tamaño de la población es pequeño y por ello no se pueden realizar análisis multivariados que permitan explorar la presencia de factores que pudieran estar relacionados con las dificultades encontradas en la resolución de los dilemas éticos. Con la finalidad de lograr una representación mayor se proseguirá con el desarrollo de un trabajo a nivel nacional.

Los resultados de este estudio piloto sugieren que las y los médicos que se desempeñan en servicios de emergencias no poseen los conocimientos ni el entrenamiento adecuados para resolver los dilemas bioéticos planteados. Esta investigación encontró déficit de conocimientos teóricos y de resolución de situaciones conflictivas.

De confirmarse estos resultados, sería conveniente considerar la inclusión de programas de formación en bioética dentro del plan de estudios de la especialidad con entrenamiento focalizado en la resolución de problemas clínicos, como asimismo afianzar la difusión y la función educativa de los comités de bioética institucionales.

Agradecimientos

Adriana Pérez. Análisis estadístico. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. W1-Iserson K. Ethical principles-emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(3):513-45
2. Rabadan AT, Tripodoro VA. When to consult the institutional bioethics committee? The deliberative method for resolving possible dilemmas. *Medicina (B. Aires)* 2017;77(6):486-90
3. Iserson K. Ethical considerations in emergency care. *Israeli Journal of Emergency Medicine* 2004;4(2):10-7
4. Padela AI, Davis J, Hall S, et al. Are emergency medicine residents by prepared to meet the ethical challenges of clinical practice? Findings from an exploratory national survey. *AEM Education and Training* 2018;7;2(4):301-9
5. Ley 26.529/09. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>. [Último acceso: 7 de mayo de 2019.]
6. Ley 26529/12. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_derechos_del_paciente.pdf. [Último acceso: 7 de mayo de 2019.]
7. Gracia D. La ética en las situaciones trágicas. *EIDON* 2016;46:70-82
8. Falcon J, Alvarez M. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de pacientes. Eutanasia activa, pasiva y alivio de los síntomas. *Medicina* 1996;56(4). <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol56-96/4/encuesta.htm>. [Último acceso: mayo de 2019.]
9. American College of Emergency Physicians. 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. *Ann Emerg Med* 2017;70:e7-e15
10. Lynch Pueyrredón D, Muracciole M, Del Valle M y col. Encuesta sobre bioética en un hospital de pediatría. Bases para futuras estrategias. *Medicina (B. Aires)* 2004;64:37-42
11. Doval H, Borracci R, Giorgi M y col. Encuesta sobre las actitudes médicas ante un caso hipotético de encefalopatía posreanimación. *Medicina (B. Aires)* 2009;69:157-62
12. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 1994 Jul 16;309(6948): 184-8

ANEXO. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1

La señora G. es una mujer de 45 años con deterioro cognitivo leve. Ella realiza habitualmente sus actividades de la vida diaria, pero con frecuencia necesita ayuda para realizar compras, cocinar y manejar dinero. Se presenta al servicio de emergencias con varios días de fiebre, dolor de cabeza y confusión, acompañada por su hermano. A su ingreso, los signos vitales están dentro de los límites normales. Como parte de su evaluación clínica usted debe realizar una punción lumbar.

1. ¿Cuál representa el mejor curso de acción?

- A) Asumir el consentimiento presunto para la punción lumbar dada la gravedad de la paciente y su historial de discapacidad.
- B) Discutir la necesidad y los riesgos asociados con la punción lumbar con la señora G y solicitar su consentimiento antes de realizar el procedimiento.
- C) Identificar a un representante sustituto revisando su historia clínica, conversando con su hermano y con los profesionales de su institución, según sea necesario.
- D) Solicitar el consentimiento a su hermano revisando los beneficios y riesgos del procedimiento con él.

Respuesta correcta: B.

2. Suponiendo que la señora G llegara en coma, ¿quién sería el representante más apropiado para la paciente en este caso?

- A) El padre adoptivo de la paciente, que es su tutor legal y la ve una vez por año.
- B) La madre de la paciente, que no la ha visto en treinta años.
- C) El médico tratante.
- D) El hermano de la paciente, que ha sido su cuidador durante los últimos treinta años.

Respuesta correcta: D.

CASO 2

La señora P. ingresa trasladada en ambulancia al servicio de emergencias por dificultad respiratoria grave secundaria a insuficiencia cardíaca congestiva crónica reagudizada. Actualmente vive en un geriátrico. Tiene 77 años de edad, hipertensión, enfermedad de Alzheimer moderada y estenosis aórtica severa con insuficiencia cardíaca. Su historia clínica contiene una nota de una directiva anticipada de 15 años atrás en la que ella indicó que en caso de que no pudiera tomar decisiones sobre su cuidado, su deseo era que se lleven a cabo todas las intervenciones médicas disponibles para preservar su vida. En el momento en que se redactó la directiva anticipada, la señora P. tenía hipertensión leve controlada con dieta, sin signos de enfermedad de Alzheimer, y estaba trabajando a tiempo completo. Su nieta de 19 años, M., es su pariente más cercana. M. no estaba mencionada en la directiva anticipada de la señora P. y dice que ella y su abuela nunca han hablado sobre el fin de su vida. La ventilación no invasiva no ha mejorado la condición de la señora P. y evoluciona hipóxica, taquipneica e hipotensa y no puede participar en conversaciones por el deterioro de su estado cognitivo. Usted está considerando la intubación, pero estima que las posibilidades de retirarla con éxito del respirador una vez superado el episodio agudo son mínimas o nulas.

1. ¿Es la directiva anticipada de la señora P. mandatoria para decidir sobre la intubación?

- A) Sí.
 B) No.
 C) No sabe.

Respuesta correcta: B.

2. Con respecto a la decisión de no reanimar, ¿cuál es el curso de acción más apropiado?

- A) Continuar tratando a la paciente según su directiva anticipada.
 B) Discutir las medidas invasivas con la nieta de la paciente. Respetar los deseos de la nieta.
 C) Decidir que la paciente es "no reanimable" debido al mal pronóstico de su enfermedad actual y a su calidad de vida disminuida, aun si se la resucita con éxito después del evento.
 D) Decidir que la paciente es "no reanimable" debido a su mal pronóstico, conversar con la nieta sobre los riesgos y beneficios de las medidas invasivas y orientarla sobre qué implican los cuidados del fin de la vida.

Respuesta correcta: D.

CASO 3

El señor J. es un paciente de 65 años que estaba jugando a las cartas con amigos cuando comenzó a quejarse de dolor en el pecho y dificultad para respirar. Sus amigos lo trasladaron al servicio de emergencias, pero en el trayecto el señor J. perdió la conciencia durante casi veinte minutos. El doctor R. y su equipo se encontraron con el paciente en la puerta y lo ingresaron al *shock room*. El paciente se encuentra en paro cardíaco asistólico, no tiene ritmo cardíaco palpable ni presión arterial, sin movimientos respiratorios, y tiene una temperatura de 36,5 grados centígrados. Al revisar la historia clínica del paciente, el doctor R. señala que el señor J. no tiene directivas anticipadas y que se le ha realizado angiografía coronaria con colocación de *stent* y *baipás* de cuatro vasos; además tiene insuficiencia cardíaca terminal y no es candidato para trasplante de corazón. El doctor R. cree que la reanimación no sería apropiada ya que la posibilidad de un resultado satisfactorio es altamente improbable.

1. ¿Es éticamente justificable que el doctor R. no realice maniobras de reanimación en este paciente?

- A) Sí.
 B) No.
 C) No sabe.

Respuesta correcta: A.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto al soporte vital?

- A) En este caso en particular, iniciar o no iniciar el soporte vital es moralmente equivalente.
 B) No se requiere una directiva anticipada documentada para que desde el punto de vista ético un médico no inicie el soporte vital.
 C) Si hay un desacuerdo entre la familia y el médico con respecto a la futilidad de una medida o intervención, los deseos de la familia siempre determinan los pasos por seguir.
 D) Los médicos siempre concuerdan cuando los tratamientos serán clínicamente fútiles.

Respuesta correcta: B.

CASO 4

Un paciente de sexo masculino de 45 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial es ingresado a su servicio de emergencias después de haber sido agredido en un bar. Por referencia del sistema de ambulancias, el paciente estaba alcoholizado y recibió un golpe en la cabeza con una botella durante un altercado con otro hombre. A su llegada, el paciente tiene una hemorragia significativa de una herida en el cuero cabelludo y un puntaje de 7/15 en la escala de Glasgow, por lo cual es inmediatamente intubado. Una tomografía computada muestra un hematoma subdural con desplazamiento de 1 cm de la línea media. La esposa y el primo del paciente llegan cuando se está preparando para colocar un catéter para el monitoreo de la presión intracraneal. El personal de enfermería le informa que ambos individuos están alcoholizados y beligerantes, y están exigiendo ver al paciente. Cuando llegan al *shock room* se les informa de la situación. Ella se ríe y responde que "él está bien", "no necesita todas esas cosas", y que "probablemente no lo querría de todos modos".

1. ¿Puede la esposa del paciente en esas condiciones participar en el proceso de toma de decisiones?

- A) Sí.
 B) No.
 C) No sabe.

Respuesta correcta: B.

2. ¿Debería colocar el catéter para monitorizar la presión intracraneal?

- A) Sí. Debe actuar en el mejor interés del paciente y el consentimiento es innecesario en la situación presente.
- B) No, porque su esposa ha declarado que tales medidas invasivas serían contra los deseos del paciente.
- C) No. Usted debe suspender temporalmente el procedimiento mientras intenta conversar con la esposa sobre la gravedad de la situación y la necesidad del procedimiento.
- D) No, porque su esposa es la representante legalmente autorizada del paciente y sus deseos deben ser respetados.

Respuesta correcta: C.

CASO 5

Una paciente de 64 años de edad con antecedentes de esclerosis múltiple y vejiga neurogénica es llevada a su servicio de emergencias por fiebre y dolor de cabeza. Durante su evaluación inicial le explica que es más probable que su fiebre se deba a una infección del tracto urinario, pero que ella pueda necesitar una punción lumbar como parte del proceso diagnóstico. Tiene algunas preguntas sobre el procedimiento, que usted responde, y está de acuerdo en realizarlo si es necesario. En las próximas horas, el laboratorio muestra infección del tracto urinario y recibe una tomografía computada normal de cerebro. Ha iniciado líquidos por vía intravenosa y antibióticos empíricos. Cuando se acerca a la paciente, la encuentra confundida y fuera de la cama. No parece recordar su conversación anterior sobre una punción lumbar y no puede comprender los detalles del procedimiento ni sus indicaciones cuando intenta explicarlos nuevamente.

1. En este momento, ¿la paciente tiene la capacidad de consentir o rechazar el procedimiento?

- A) Sí.
- B) No.
- C) No sabe.

Respuesta correcta: B.

2. ¿Cuál de las siguientes consideraciones es correcta en relación con la obtención del consentimiento informado?

- A) No es necesario que el paciente comprenda las indicaciones médicas.
- B) Es necesario que el paciente tenga conservada la capacidad para comprender y procesar la información.
- C) No es necesario que el paciente tenga conservada la capacidad para deliberar sobre los riesgos y beneficios de la práctica por realizar.
- D) Es necesario que el paciente pueda comprender que no tiene derecho a rechazar el tratamiento o procedimientos propuestos si hay riesgo de vida.

Respuesta correcta: B.