



## **LOS DILEMAS DE LA BIOÉTICA; REFLEXIONES DESDE UNA EXPERIENCIA PERSONAL**

**Autores:** Luis Alberto Mendoza Ramírez<sup>1</sup>, Iris María Batista Ramírez<sup>2</sup>, Roxana Rondón Márquez<sup>3</sup>

1 Dr en medicina, especialista de 1er grado en Nefrología, Departamento de Nefrología, Hospital Celia Sánchez Manduley.

2 Licenciada Educación, Departamento de Formación General Facultad de Ciencias Médicas Manzanillo.

3 Estudiante de medicina, Facultad de Ciencias Médicas Manzanillo

Provincia Granma, Cuba

### **RESUMEN**

**Introducción:** La bioética es la filosofía que norma, regula y sanciona la actuación o práctica médica desde la perspectiva de la medicina como arte y ciencia sustentada en la creciente revolución tecnológica. Se espera que cada profesional y técnico de la salud en el ejercicio de la profesión realice su práctica asistencial sobre la base de los principios de la beneficencia, no la maleficencia, la justicia y la autonomía de la persona.

**Objetivo:** Reflexionar sobre algunos dilemas o errores éticos más frecuentes en la práctica clínica hospitalaria.

**Desarrollo:** Algunas situaciones conflictivas en los centros hospitalarios incluyen la poca participación del paciente en las decisiones médicas durante el proceso de la enfermedad, las dificultades en la comunicación con el paciente por distorsión o mala interpretación, el uso inadecuado del interrogatorio y la sobrevaloración de los métodos diagnóstico en comparación con el método clínico.

**Conclusiones:** El código de ética y los principios de la ética médica son universales y constituyen el lenguaje común en el concierto de todas las naciones para las prácticas de salud independientemente de que cada país posea sus propias normas, reglamentos y resoluciones que regulan o



modelan la conducta profesional, mas no garantizan por sí solas la práctica ética de la Medicina, pero conforman un importante marco referencial. En la práctica asistencial diaria los profesionales muestran las competencias aprendidas durante el proceso formativo precedente y el grado de vinculación alcanzado en la esfera asistencial-laboral.

**Palabras clave:** atención hospitalaria; ética; dilemas bioéticos.

## INTRODUCCIÓN

Los principios de la ética médica son ampliamente conocidos en el ámbito de las Ciencias de la Salud. La bioética en su natural evolución está relacionada con los cambios sociales, económicos, políticos y jurídicos, así como con los derechos humanos y la democracia en ejercicio del derecho a la equidad y la libertad, razones por las cuales se insiste en el cumplimiento de las normas de conductas que regulan el comportamiento de los profesionales y técnicos de la salud para garantizar a la sociedad el respeto a la vida. Las exigencias sociales, los reglamentos nacionales, los códigos internacionales y las normativas, técnicas y métodos propios de las profesiones de la salud son ejemplos de los avances en la regulación de los servicios de salud y en el desempeño profesional.

La bioética es la filosofía que norma, regula y sanciona la actuación o práctica médica desde la perspectiva de la medicina como arte y ciencia sustentada en la creciente revolución tecnológica. Se espera que cada profesional y técnico de la salud en el ejercicio de la profesión realice su práctica asistencial sobre la base de los principios de la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía de la persona, aunque se conoce que toda acción pudiera tener dos resultados favorables y desfavorables. Es necesario señalar que todo acto tiene una intencionalidad, es posible que en la práctica asistencial se realicen actividades o acciones dirigidas a favorecer o alcanzar el bienestar y se obtenga el efecto contrario lo cual pudiera ser éticamente aceptable, pues no era la intención del profesional o técnico hasta que se demuestre lo contrario. Situaciones como estas se



observan con frecuencia con los pacientes que necesitan cuidados paliativos o están en fase terminal de alguna enfermedad.(1)

Se reconoce que, en la práctica asistencial, las actividades o acciones pueden tener dos efectos, uno beneficioso y otro perjudicial, y como principio del doble efecto hay que diferenciar entre las consecuencias o los efectos de un acto, y su intencionalidad. También se reconoce la existencia de situaciones extremas durante la práctica asistencial en las que solo es posible conseguir un beneficio (o evitar un perjuicio) causando un mal que no se desea. Este principio es el de la beneficencia en el caso de la sedación paliativa y de la sedación terminal cuando el profesional entiende que el efecto deseado debe ser el alivio del sufrimiento y el indeseado, la privación, parcial o total, de la conciencia. En los casos de pacientes con enfermedades terminales, la muerte no puede considerarse el efecto indeseado, porque el paciente fallecerá de cualquier manera ya sea como consecuencia de la evolución de su enfermedad o de sus complicaciones.(2)

La práctica asistencial con el desarrollo tecnológico alcanzado por las ciencias aplicada a la medicina si bien facilita el diagnóstico y el tratamiento también expone a las personas a situaciones desfavorables relacionadas con la despersonalización y el poco humanismo de la atención en salud a las personas en todo el mundo. En este sentido los profesionales y técnicos de la salud se enfrentan a la posibilidad de incurrir en errores durante su gestión, lo que constituye un reto ya que deben prevenirse las situaciones desfavorables relacionadas con la responsabilidad social de los practicantes ante las negligencias, la despersonalización, el poco humanismo u otras acciones que perjudiquen al paciente durante su atención.(3)

Se afirma que estamos en presencia de un dilema ético cuando el profesional en el ejercicio de sus funciones se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posibles y válidas, e incluyen principios y valores éticos.

Este artículo pretende reflexionar sobre algunos dilemas o errores éticos más frecuentes en la práctica clínica hospitalaria.



## DESARROLLO

Paciente MSD de sexo masculino de 76 años de edad con antecedentes de Hipertensión Arterial, fumador y diabetes mellitus para lo cual cumple un adecuado tratamiento médico. Acude a consulta por presentar falta de aire que aumenta con los cambios de posición y se alivia al encontrarse en decúbito lateral derecho.

A su llegada a los servicios de salud es examinado encontrándose retracción del hemitorax derecho, ausencia de vibraciones vocales en ese hemitorax, así como abolición del murmullo vesicular.

Tensión Arterial: 140/80 mmHg

Frecuencia Cardíaca: 82 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria: 23 respiraciones por minuto

Son indicados complementarios de urgencia:

Hemograma Completo: Hemoglobina 110 g/L

Hematócrito 32 %

Eritrosedimentación 23 mm por minuto

Rayos X de tórax: Encontrándose radiopacidad hasta nivel del 1/3 medio pulmonar derecho, sin broncograma aéreo, así como borramiento del ángulo costodiafragmático.

El paciente es ingresado con diagnóstico de Síndrome pleural de interposición líquida por derrame pleural para estudio. Se decide evacuar dicho derrame encontrándose en el estudio citológico del líquido aumento de la celularidad del mismo. Es interconsultado por servicio de Oncología donde se indican un nuevo Rayos X de tórax y marcadores tumorales.

Rayos X de tórax: Borramiento del ángulo costodiafragmático derecho sin evidencia de lesión pulmonar.



Factor de Crecimiento Epidérmico (específico para cáncer de pulmón): 4 veces por encima de su valor normal.

Luego de ver dichos exámenes el doctor decide comenzar de inmediato terapia quimioterapéutica con Cisplastino.

Luego de iniciada la terapia el paciente comenzó con caída de la diuresis por lo que son indicados exámenes de laboratorio constatándose aumento de los azoados indicadores de un Fracaso Renal Agudo por nefrotóxicos.

Es interconsultado con servicio de Nefrología los cuales le explican al paciente sobre su enfermedad y sobre la necesidad de realizar tratamiento hemodialítico de urgencia y sobre la necesidad de que el mismo de su consentimiento informado.

### **Conflictos más frecuentes en la práctica médica hospitalaria**

Ante a una persona enferma, el profesional debe recordar que esa persona no solo tiene problemas físicos o biológicos, sino también problemas psicosociales. Esa persona expresa en cada momento sus emociones, inquietudes, creencias, prejuicios, que en situaciones amenazantes para la vida movilizan la esfera psicológica haciendo que se tomen decisiones que no siempre son favorables para la salud y, lejos de ayudar a resolver el problema, se transforman en fuente de estrés para el paciente y sus familiares. Este estado suele empeorar los síntomas del paciente, agravándolos y propiciando la aparición de complicaciones que constituyen motivo de consulta médica e internamiento en centros de salud. Ante una situación como esta el profesional o técnico de la salud deberá ayudar a devolverle la salud al paciente actuando en su beneficio, salvaguardando el secreto profesional e involucrando al paciente, a la familia y a la sociedad en el cuidado y la atención al paciente. Algunas situaciones conflictivas en los centros hospitalarios se comentan a continuación:

1. Poca participación del paciente en las decisiones médicas durante el proceso de enfermedad.



En este caso las personas sin el conocimiento suficiente de las particularidades de los problemas de salud que la afectan, se someten a la decisión médica y no se cuestionan la necesidad de los exámenes o las pruebas diagnósticas que les indica el especialista, hecho que viola el principio de autonomía del paciente y de sus familiares. La familia solo reacciona cuando los resultados del tratamiento médico son insatisfactorios o fatales para el enfermo, en ese caso la familia formula una queja o reclama ante las autoridades sanitarias o legales para exigir una satisfacción.(4)

El principio de beneficencia o no maleficencia ayuda a comprender que las personas que acuden a los servicios de salud tienen el derecho de decidir autónomamente lo que es más conveniente y oportuno para su bienestar y felicidad, lo que implica que para tomar esa decisión también deben conocer las consecuencias que tiene para su salud y su vida tomar o no una decisión personal. A los miembros del equipo de salud le corresponde brindar la información adecuada de forma consciente y responsable. Se reconoce que es precisamente en este contexto donde empiezan los conflictos entre médico y paciente y los pacientes presentan quejas ético-legales para expresar su inconformidad por no ser tomada en cuenta su opinión en cuanto a la atención en salud que reciben y reclaman su derecho a recibir información. (5)

Un aspecto importante a considerar reside en que el consentimiento informado es un documento diseñado para organizar mejor y priorizar la atención sanitaria y que no se pone en práctica a pesar de que tiene un elevado valor ético-legal. El consentimiento informado faculta o no a los profesionales de la salud para realizarle determinados procedimientos a los pacientes con previa información sobre la enfermedad, los riesgos, los beneficios y las alternativas de tratamientos, y le quita la posibilidad de tomar decisiones consciente, inteligente y responsablemente al enfermo, quien deberá contar con el apoyo del personal de salud hasta consensuar los pasos a seguir y en los cuales la persona enferma se compromete a participar.



2. Dificultades en la comunicación con el paciente, por distorsión o mala interpretación.

En algunas ocasiones dentro de los espacios asistenciales los miembros del equipo de salud, y en presencia de las personas ingresadas en la sala o de sus familiares, realizan disertaciones profesionales sobre varias afecciones que ayudan a tomar decisiones y a definir la conducta a seguir ante determinadas enfermedades; sin embargo, esto da lugar con mucha frecuencia a confusión y caos entre los pacientes bien por el vocabulario que se utiliza bien por la profundidad del análisis.(6)

Otra situación que influye en la relación médico-paciente tiene que ver con la tecnificación de los métodos diagnósticos, el uso excesivo de muchos de ellos, así como la sobrevaloración de las nuevas tecnologías y del equipamiento por parte de los profesionales, ha hecho que se subvalore la aplicación del método clínico, del interrogatorio, del examen físico y el cumplimiento de la historia clínica, todos necesarios para el diagnóstico efectivo y el tratamiento oportuno y correcto de enfermedad del paciente.

El desarrollo tecnológico ha propiciado otras formas de ver y usar las nuevas tecnologías y esto incluye el carácter comercial y mercantil de los servicios que estos equipos pueden brindar, lo cual provoca un cambio en el tipo de relación entre el médico y el paciente, y convierte a las personas enfermas en clientes de los servicios de salud. En este tipo de relación desaparece el carácter afectivo y el fuerte compromiso del médico con los clientes, quienes exigen esmero como parte de la comercialización de la atención médica, lo que trae como consecuencia el incremento del riesgo de errores y el aumento de las demandas legales.

Las personas que acuden a los servicios de salud esperan que los profesionales de la salud cumplan con un grupo de requisitos y posean cualidades que magnifiquen la imagen del profesional(7) En otro estudio realizado, los pacientes, el personal de enfermería y los médicos decidieron no decir la verdad por determinadas razones, pues lo más importante es informarle al enfermo estrictamente lo que él quiere y debe saber en el



momento oportuno. Aunque los médicos declararon que desearían conocer el diagnóstico si fueran ellos los enfermos.(8)

Por último, la poca o ninguna información después de establecer el diagnóstico médico constituye otro inconveniente que molesta a los pacientes, quienes esperan que les expliquen su problema de salud y la conducta a seguir en lo adelante. En ocasiones los profesionales dan información excesiva cuando el paciente se muestra muy ansioso o está inseguro, y emplean un vocabulario rebuscado y técnico que más que tranquilizar al enfermo le provoca más ansiedad, miedo y preocupación. No faltan las recriminaciones al paciente cuando no cumple disciplinadamente las indicaciones por falta de tacto del médico al comunicar el problema de salud y la gravedad.

La inadecuada comunicación entre el médico y el paciente puede deberse a la poca importancia que le presta el profesional a este acto, al desconocimiento de los efectos positivos para el paciente que tiene esta relación en la esfera psicoafectiva o a los problemas personales del médico que, sin él quererlo, influyen desfavorablemente en esta relación

4. Sobrevaloración de la tecnología diagnóstica sobre el uso del método clínico.

El desarrollo de la telemedicina, la robótica y la informática si bien ha ayudado al hombre a solucionar algunos problemas relacionados con el diagnóstico médico, tratamiento y pronóstico de algunas enfermedades, también se ha alejado de los seres humanos, en particular, del enfermo. La elevada especialización médica de hoy provoca al distanciamiento y la indiferencia, y no tiene en cuenta que la persona enferma necesita experimentar la solidaridad, el cuidado, el afecto, la atención y el reconocimiento aun cuando goce de buena salud. Se cree que cuando los profesionales de la medicina indican una prueba diagnóstica con equipamiento de nueva tecnología no habrá errores de diagnóstico ni de tratamiento, porque se piensa que la tecnología es infalible.(9)



No es correcto que el médico sobrevalore la tecnología en detrimento del método clínico, esta sobrevaloración tecnológica puede apuntar a dificultades en la aplicación del método clínico, inseguridad o desconocimiento del profesional quien en consecuencia indicará de forma indiscriminada un sinnúmero de exámenes y pruebas diagnósticas que redundará en gastos de material de laboratorio y en abuso de la tecnología, elevará el riesgo de rotura de equipos costosos, aumentará el número de turnos para recibir el servicio lo cual acrecienta los costos de la atención sanitaria, la exposición innecesaria de las personas a las radiaciones y a las sustancias químicas con elevadas posibilidades de repeticiones de las pruebas ante falsos positivos o falsos negativos y todo esto creará la insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud.(6)

Hay quienes mencionan el uso indiscriminado de los procedimientos técnicos más avanzados, sin considerar los daños que muchos de ellos pueden ocasionar al paciente. Resaltan la vigencia del método clínico, no así de la tecnología que se vuelve obsoleta y tiene errores.(10) La clínica guiará el diagnóstico(11) mediante exámenes de laboratorio; se espera que el médico durante el examen físico y el interrogatorio desarrolle hipótesis diagnósticas presuntivas del problema de salud que aqueja a la persona y sobre la base de esta información primaria indique los exámenes de laboratorio necesarios y suficientes para corroborar o no la hipótesis.

Ambos métodos, la tecnología y la clínica, son útiles y necesarios, uno debe complementar al otro. El uso apropiado de los dos puede favorecer el diagnóstico temprano y oportuno de la afección lo que ayudaría al enfermo a recibir el tratamiento efectivo, a disminuir la estancia hospitalaria y a reducir el riesgo de complicaciones tal cual exige el principio de beneficencia y no maleficencia; los procedimientos diagnósticos o terapéuticos deben favorecer el bienestar más no el daño o malestar.



## CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud enfrentan hoy un gran desafío en el campo de los intereses económicos que se originan en la sociedad moderna que está bajo la influencia del lucro a pesar del deber que tiene de preservar los valores éticos, morales y deontológicos de Hipócrates como interés principal en el arte de servir a los demás y conseguir el bienestar del paciente.

Si bien los valores y los principios éticos de cada profesional son el resultado de un proceso subjetivo propio o individual de desarrollo de los valores que de alguna manera están en correspondencia con el sistema de valores e intereses generales de la sociedad en su conjunto y que también dependen de las influencias educativas y culturales, las normas y los principios de la sociedad en que vive; los profesionales y los técnicos deben tener en cuenta en sus relaciones con el paciente y sus familiares: el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad física, psicológica y mental.

El comportamiento ético se basa en el sentido de la responsabilidad individual de cada profesional y técnico de la salud hacia cada paciente y en la capacidad de ambos para encontrar la manera correcta y más apropiada de satisfacer las necesidades de salud. El código de ética y los principios de la ética médica son universales y constituyen el lenguaje común en el concierto de todas las naciones para las prácticas de salud independientemente de que cada país tenga sus propias normas, reglamentos y resoluciones que regulan o modelan la conducta profesional, y aunque no garantizan por sí solas la práctica ética de la Medicina, conforman un importante marco referencial.

En la práctica asistencial diaria los profesionales muestran las competencias aprendidas durante el proceso formativo precedente y el grado de vinculación alcanzado en lo asistencial-laboral.

De manera que, un proceso formativo sistemático e integrando la formación docente con los espacios asistenciales favorece el desarrollo de competencias para el enfrentamiento de situaciones de salud reales y donde



el profesional/técnico establezca relaciones profesional-paciente de tipo horizontal, estable, cordial, respetuosa y donde la persona enferma sea vista como sujeto y no como objeto en el proceso, lo que incluye la relación con la familia. Por último, hay que resaltar que la formación de valores profesionales debe ser un proceso consciente, organizado e intencionado donde prime un estilo de comunicación que posibilite el diálogo abierto y sincero que coadyuve a conocer al otro y a respetarlo en aras de la comprensión mutua.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Dilemas bioéticos comunes en la atención hospitalaria; RV Alexander Javier et al. *Rev Cubana de Reumatol* 2018;20(3):e29
2. Cáceres Lavernia HH, Morales Morgado D. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Rev Hum Med.* 2016 [citado 1 de enero de 2018];16(1):175-192.
3. Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, Simmons L. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care; 2006.
4. Martínez Hernández CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2006;32(1).
5. Escobar López MT, Carrera Celis CA. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética.* 2015;15(1).
6. Amaro Cano MC. (2009). *Ética Clínica en Ética Médica y bioética.* La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.



7. Salas Perea R, Salas Mainegra A. Educación Médica Contemporánea. Retos, procesos y metodologías. Universidad de Santander, Bucaramanga; 2014.
8. Guimaré Batista NdÁ, Moraga Guimaré R. Importancia de decir siempre la verdad al paciente. Rev Cubana Enfermer 2006 Jun [citado 2018 Abr 04];22(2).
9. Nitsche A, Atamañuk N, Lujan Talavera M, Favaloro L, Lema L, Giacomi G, et al. Pulmonary Hypertension associated with connective tissue disease in the first Argentine collaborative Registry of pulmonar hypertension. Journal Clinical Rheumatology. 2016;22(3):113.
10. Rillo Arturo G, García Javier J, Vega-Mondragón L. Desilusión de la tecnología médica. Rev Haban Cienc Méd. 2009 [citado 1 de enero de 2018];8(4).
11. Cárdenas Giraudy AG. Ética, Bioética y método clínico en el tratamiento de pacientes pediátricos aquejados de migraña. Rev Cubana Pediatr. 2016 ;88(2).