

EL MÉDICO INTENSIVISTA ANTE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE: UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE ALGUNOS CASOS CLÍNICOS

THE INTENSIVE-CARE PHYSICIAN IN THE FACE OF PATIENT AUTONOMY:

AN APPROACH BASED ON SEVERAL CLINICAL CASES

O MÉDICO INTENSIVISTA ANTE A AUTONOMIA DO PACIENTE:

UMA APROXIMAÇÃO A PARTIR DE ALGUNS CASOS CLÍNICOS

Alejandra Juliarena¹, Sebastián Cosenza², Pablo Pratesi³, Rafael Pineda⁴

RESUMEN

En este artículo se presentan y analizan tres casos clínicos con el objetivo de clarificar los alcances y límites del principio de autonomía del paciente y la responsabilidad del médico a la hora de tomar decisiones terapéuticas en los pacientes internados en terapia intensiva. Se concluye que el consentimiento informado no le ahorra al médico la obligación de discernir qué es lo mejor en cada caso para cada paciente. El equipo médico debe respetar la autonomía del paciente siempre que la decisión de este no sea contraria a la ética.

PALABRAS CLAVE: autonomía personal, consentimiento informado, relaciones médico-paciente, eutanasia, suicidio asistido, negativa al tratamiento. (Fuente: Decs, Bireme).

ABSTRACT

Three clinical cases are introduced and analyzed in this article to clarifying the scope and limits of the principle of patient autonomy and the physician's responsibility when it comes to making therapeutic decisions regarding patients who are involved in intensive therapy. The conclusion is that informed consent does not relieve the physician of the obligation to discern what is best in each case for each patient. The medical team must respect the patient's autonomy, provided the patient's decision is not unethical.

KEY WORDS: *Personal autonomy, informed consent, physician-patient relations, euthanasia, assisted suicide, refusal to treat. (Source: Decs, Bireme).*

RESUMO

Neste artigo, apresentam-se e se analisam três casos clínicos com o objetivo de esclarecer os alcances e limites do princípio de autonomia do paciente e da responsabilidade do médico na hora de tomar decisões terapêuticas nos pacientes internados em terapia intensiva. Conclui-se que o consentimento informado não exime o médico da obrigação de discernir o que é o melhor em cada caso para cada paciente. A equipe médica deve respeitar a autonomia do paciente sempre que a decisão deste não for contrária à ética.

PALAVRAS-CHAVE: autonomia pessoal, consentimento livre e esclarecido, relações médico-paciente, eutanásia, suicídio assistido, recusa do médico a tratar (Fonte: Decs, Bireme).

¹ Hospital Universitario Austral Pilar, Argentina. ajuliare@cas.austral.edu.ar

² Hospital Universitario Austral Pilar, Argentina. scosenza@cas.austral.edu.ar

³ Hospital Universitario Austral Pilar, Argentina. pbratesi@cas.austral.edu.ar

⁴ Hospital Universitario Austral Pilar, Argentina. rpineda@cas.austral.edu.ar

FECHA DE RECEPCIÓN: 2012-05-04

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2012-06-02

INTRODUCCIÓN

El desarrollo científico-técnico de la medicina actual ha generado una enorme batería de recursos disponibles para el diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades. Esto ha creado dificultades a la hora de discernir qué recursos son los apropiados para cada paciente. En ocasiones se ha pretendido corregir el dilema bioético a través del consentimiento informado. Presentamos esta serie de casos para discutir los alcances del principio de autonomía del paciente y la responsabilidad del médico a la hora de tomar esas decisiones.

OBJETIVO

El objetivo de la presentación es analizar los alcances prácticos y los límites del derecho a la autonomía del paciente en terapia intensiva, y la responsabilidad del médico en la elección e implementación de los métodos diagnósticos y terapéuticos.

MÉTODO

Estudio descriptivo, serie de tres pacientes admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Austral.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 80 años, con antecedentes de EPOC severo, divertículos, una cirugía previa luego de la cual presentó dificultades con el destete del respirador (*weaning*). Ingresa a la guardia por dolor abdominal y *shock* distributivo (láctico 7, requerimiento de vasopresores). Los

cirujanos deciden intervención quirúrgica por sospecha de perforación abdominal. El paciente se niega a la cirugía por temor a no poder ser destetado del respirador luego de la misma.

Caso 2

Paciente de 50 años que llega a la guardia por quemadura facial severa más inhalación de humo. Se plantea intubación precoz. El paciente se niega.

Caso 3

Paciente con enfermedad neuromuscular en estudio (simil *miastenia gravis*) con insuficiencia ventilatoria y requerimientos de ventilación mecánica no invasiva intermitente. Se niega a la intubación y ventilación mecánica electivas. Progresa con insuficiencia ventilatoria y deterioro hemodinámico, se intuba y comienza la asistencia respiratoria mecánica (ARM) previo consentimiento del enfermo.

DESARROLLO CONCEPTUAL

El primer responsable de la salud es el propio paciente (1, 2). El médico, con su ciencia, asume el papel de colaborador. Por tanto, antes de una acción médica es necesario el consentimiento del paciente. Para que este pueda dar su consentimiento sobre un método de diagnóstico o tratamiento en forma válida es necesario que sea capaz y que pueda ejercitar su libertad (2). La capacidad incluye la información verdadera sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad. El paciente tiene derecho a recibir información concreta y continuada, verbal y escrita de todo lo relacionado con su proceso (2). El médico tiene

SI LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ES BUENA, EL PACIENTE MANTENDRÁ UNA ACTITUD DE CONFIANZA ANTE LA OPINIÓN DEL MÉDICO Y ESTARÁ INCLINADO A ACEPTAR SUS SUGERENCIAS. EL PACIENTE ESTARÁ, A SU VEZ, MÁS CAPACITADO PARA DISCERNIR QUÉ PROCEDIMIENTOS PUEDE ACEPTAR Y CUALES SERÁN DEMASIADO GRAVOSOS PARA ÉL.

el deber de facilitarle dicha información en un lenguaje que este pueda comprender. La libertad incluye la información pertinente y la falta de toda coacción (2).

Es evidente que la calidad (profundidad, extensión, integración, etc.) de los conocimientos del paciente no puede igualar a los del profesional competente por lo que el médico está más capacitado para discernir cuál es, desde el punto de vista médico, el mejor método diagnóstico, el mejor tratamiento y su oportunidad. Si la relación terapéutica es buena, el paciente mantendrá una actitud de confianza ante la opinión del médico y estará inclinado a aceptar sus sugerencias. El paciente estará, a su vez, más capacitado para discernir qué procedimientos puede aceptar y cuales serán demasiado gravosos para él. El médico debe ser capaz de respetar las razones subjetivas para aceptar, rechazar o elegir un determinado tratamiento (3).

Con respecto a los procedimientos de rutina, generalmente se puede presumir la información y mantener implícito el consentimiento. Para los procedimientos de alto riesgo, en cambio, es necesario asegurarse que el conocimiento del paciente sea la expresión de una aceptación consciente del procedimiento.

Si el médico tiene dudas acerca de lo que puede ser más conveniente, debe hacer partícipe al paciente de sus dudas y darle a conocer el rango de opciones que puede escoger.

Ante una actitud de rechazo del tratamiento el médico debe analizar la calidad de la relación con el paciente y esforzarse por comprender las razones de su negativa. Si existe una alternativa terapéutica más o menos equivalente, en líneas generales se deben secundar los deseos del paciente. Si es un acto médico importante para el paciente, el profesional debe esforzarse por hacerle comprender cuáles son las consecuencias de su rechazo. Manipular el consenso o dar información equivocada equivaldría a violar el bien del paciente como persona y así traicionar el sentido de la profesión médica.

Ante una urgencia existe el privilegio terapéutico para procedimientos debidamente comprobados (2).

ANÁLISIS DE LOS CASOS

Caso 1

- La indicación quirúrgica era dudosa, el riesgo de la cirugía era alto por la condición clínica del paciente (*shock* distributivo con signos de mala perfusión periférica).
- Había una alternativa menos riesgosa, aunque quizá menos efectiva, que el paciente aceptaba (antibióticos).
- La negativa del paciente se debía al temor de verse confinado a la ARM de por vida. El temor era razonable por el antecedente del paciente y su situación clínica.

DISCERNIMIENTO ÉTICO

1. ¿Acepta la negativa del paciente equivalía a un suicidio asistido?

Suicidio asistido: el médico colabora con una acción del paciente que tiene como fin acabar con la vida del mismo. Es voluntad de este no vivir más (por el motivo que sea, en principio una enfermedad muy grave para el mismo), y solicita ayuda al médico para conseguir la muerte.

¿Este paciente se quiere morir? No. La voluntad del paciente no era morir sino no ser invadido. El motivo para no aceptar la intervención era la posibilidad cierta de quedar para siempre confinado a un respirador, cosa que para él era inaceptable. Esta decisión conllevaba el riesgo de la muerte, la cual aceptada pero no era buscada. Por otra parte, la cirugía no estaba exenta de ese riesgo.

2. ¿Acepta la negativa del paciente equivalía a eutanasia?

Eutanasia: intervención u omisión que por su naturaleza o intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor (4).

¿El médico busca la muerte del paciente? Se respeta su autonomía no porque se concluya que es mejor que el paciente no viva más (según la calidad de vida) sino porque se considera que la intervención que este no acepta es muy grave, tiene mucho riesgo y tiene poca probabilidad de éxito. El juicio es sobre el procedimiento no sobre el paciente.

3. ¿Acepta la negativa del paciente era lo adecuado?

Pensamos que sí, ya que se respetó la autonomía del paciente en una situación cuya indicación médica no era absoluta.

Caso 2

- Era una urgencia y el tratamiento era claramente beneficioso.
- La negativa del paciente estaba motivada por el temor y la falta de conocimiento de los riesgos de la situación.

Discernimiento ético

- Ante una urgencia, el consentimiento puede suponerse implícito máxime si se trata de intervenciones claramente beneficiosas. El médico puede actuar en virtud del privilegio terapéutico. Se puede suponer que en condiciones normales, y si hubiera tiempo de explicárselo, el paciente aceptaría el tratamiento.
- Además, la capacidad del paciente puede suponerse disminuida por la hipoxia y por la falta de conocimiento de la situación en que se encuentra con los riesgos que conlleva.

Pensamos que en este caso fue adecuado instaurar el tratamiento.

Caso 3

- La indicación de ARM era la dificultad del paciente de proteger la vía aérea.

- El paciente se negaba, excepto que estuviera con insuficiencia respiratoria.

Discernimiento ético

- En este caso la indicación de ARM no era absoluta y conllevaba riesgos a corto y largo plazo (neumonía asociada al respirador, ARM de por vida).
- El paciente conocía la situación y los riesgos y no quería esa intervención. Colocarlo en ARM hubiera supuesto una pérdida de confianza del paciente en el equipo tratante ya que él estaba lúcido y rechazaba la intervención claramente. El motivo del paciente no era desear la muerte, sino que no deseaba la intervención que consideraba demasiado onerosa para él.

Pensamos que fue adecuado aceptar la negativa del paciente.

CONCLUSIÓN

El consentimiento informado no puede anular la obligación del médico de empeñar su ciencia y su conciencia al servicio de la vida y de la salud del enfermo (2, 1). El consentimiento no le ahorra al médico la obligación de discernir qué es lo mejor en cada caso para cada paciente. La confianza que la mayor parte de los pacientes depositan en los médicos revela que estos perciben el

intento de los médicos de actuar en su beneficio (2). La aceptación o el rechazo de un método diagnóstico o tratamiento por el paciente es uno de los elementos de juicio para el médico a la hora de tomar estas decisiones. El equipo médico debe respetar la autonomía del paciente siempre que la decisión de este no sea contraria a la ética.

AGRADECIMIENTOS

Al presbítero Jorge Palma, capellán del Hospital Austral, Pilar, Argentina, y a la doctora Victoria Marquevich, jefe de residentes de terapia intensiva, Hospital Austral, Pilar, Argentina.

REFERENCIAS

1. Calipari M. El principio de adecuación ética en el uso de los medios de conservación de la vida: entre el exceso terapéutico y el abandono del paciente. En Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas. Actas de la XIV Asamblea general de la Pontificia Academia para la vida. Madrid: BAC; 2008. pp. 151-169.
2. Ferrer M. Secreto profesional. Veracidad y consentimiento informado. Objeción de conciencia. En Tomas y Garrido G. (ed.). Manual de Bioética. Barcelona: Ariel; 2008. pp. 125-139.
3. Bohórquez F. El diálogo como mediador de la relación médico-paciente [en línea]. Revista ieRed 2004; 1 (1). URL disponible en: <http://revista.iered.org>. [Fecha de consulta: 3 de marzo de 2012].
4. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración *Iura et bona*, 5 de mayo de 1980.