

Equilibrio ético para toma de decisiones asistenciales en pacientes críticos

Ethical balance for healthcare decision-making in critical patients

Lic. Caridad Torres García^I; Lic. Maritza Peinado Moreno^I; Lic. Romeo Gómez Aguado^{II}; Lic. Taimara Ramírez Acosta^{II}

^ILicenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.

^{II}Licenciado en Enfermería. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.

RESUMEN

Los pacientes graves son enfermos en los cuales se presentan dificultades para la obtención del consentimiento informado. Por un lado tienen tendencia a sufrir muchos procedimientos invasores, incluso de soporte vital, y por otro la naturaleza de su enfermedad o su tratamiento los limita de participar en el proceso de consentimiento en ocasiones, a fin de caracterizar el comportamiento del proceso de toma de decisiones asistenciales en el paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y de intervención, en el cual se estudiaron dos cohortes consecutivas de pacientes (280 cada una). Se registraron todas las decisiones asistenciales y procedimientos realizados en el primer periodo y la toma de decisiones alegórica al consentimiento informado e implicado. En un segundo período de intervención, con técnicas estratégicas especializadas, se solicitó a pacientes (que tuviesen puntaje inferior a 50 puntos en la escala de Karnofsky), a familiares y allegados su consentimiento informado y se volvió a registrar el número de procedimientos y de consentimientos informados individuales obtenidos. Siempre que pudo ser posible, se le consultó el procedimiento a realizar al paciente y las acciones médicas y de enfermería. Cuando esto no fue posible, se tomó el criterio del familiar o allegado competente. En tercera instancia, se tomó el criterio del consenso absoluto de todo el equipo asistencial de trabajo, el consentimiento implicado. Se obtuvo un tránsito en el protagonismo de las decisiones asistenciales en el paciente crítico, donde inicialmente primaba casi absolutamente el consentimiento implicado para pasar al consentimiento informado de pacientes y familiares. Además se incrementó en la medida de lo posible la participación de los pacientes graves y familiares al proceso asistencial. Las enfermedades cardiovasculares agudas fueron las situaciones clínicas que permitieron más autonomía en el consentimiento informado, y la falla múltiple de órganos donde el consentimiento implicado predominó.

Palabras clave: proceso de toma de decisiones asistenciales, consentimiento informado, consentimiento implicado.

ABSTRACT

Serious patients are ill people in which there are difficulties to obtain the informed consent. On the one hand they have a trend to underwent many invasive procedures, even of vital support, and by the other hand, the origin of its disease or its treatment limit them to participate sometimes in the consent process to characterize the behavior of healthcare decision-making in critical patient in Intensive Care Unit, thus we conducted a prospective, longitudinal and interventional study to study two consecutive cohorts of patients (280 each). All healthcare assistances and procedures carried out during the first period and the decision-making related to informed and implicated consent. During a second intervention period using specialized techniques we requested to patients (with a score under 50 points in Karnofsky scale), family and relatives the informed consent and the procedures number and of individual informed consent was registered again obtained. As much as we can the procedure to be performed was asked patient about the procedure and the medical and nursing actions. When it was not possible, we considered the family or competent relatives criterion. In third case, we took the absolute consensus criterion of all the working healthcare staff, the implicated consent. A transit in leading role of healthcare decisions in critical patient was obtained where initially the implicated consent was a almost absolute priority to pass to the informed consent of patients and relatives. Also, as much as it was possible the participation of critical patients and relatives in healthcare process was increased. Acute cardiovascular diseases were the clinical situations allowed more autonomy in informed consent and the failure of multiple organs where the implicated consent was predominant.

Key words: Healthcare taking decisions process, informed consent, implicated consent.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes graves son enfermos en los cuales se presentan dificultades para la obtención del consentimiento informado. Por un lado tienen tendencia a sufrir muchos procedimientos invasores, incluso de soporte vital, y por otro la naturaleza de su enfermedad o su tratamiento los limita de participar en el proceso de consentimiento en ocasiones. Además, el curso de la enfermedad puede ser rápido e impredecible, dando lugar a que en ocasiones no se tenga tiempo de localizar a un familiar. En múltiples ocasiones el consentimiento de las decisiones asistenciales del paciente crítico ocurre a expensas del consenso del grupo básico asistencial de paciente grave y es lo que es conocido como "el consentimiento implicado", el cual asume que la mayoría de las personas estarán de acuerdo con el tratamiento, pero su aplicación excesiva ocasiona una limitación potencial del principio de autonomía.¹⁻³

El mayor cambio que se ha producido en el patrón de las relaciones entre médico y paciente radica en un factor positivo y otro negativo. El factor positivo es la asunción por parte del paciente de unos determinados derechos que hasta ahora no se le había reconocido.²⁻⁴

El paciente tiene derechos, y los derechos básicos no pueden ser derogados, como máximo los derechos cívicos pueden ser suspendidos (es el caso de delincuentes en prisión), y nunca de forma absoluta. Pero insisto, los derechos básicos, no pueden ser ignorados. El individuo hará con ese derecho lo que quiera. Lo puede ejercer o no. Puede delegarlo. Pero ese es su privilegio. El de él. No hace falta recordar ahora que el derecho a la vida y como consecuencia a la salud y su conservación, es uno de esos derechos básicos.^{2,3,5-7}

El factor negativo afecta al médico, al profesional sanitario, que ha pasado de una posición casi mágica, sacerdotal, a una posición participativa en la que ejerce su capacidad y saber con la aquiescencia del paciente y nunca pese a él. Ese factor negativo se traduce en la desaparición de aquello de "*yo sé lo que es mejor para el paciente...*". Porque es posible que el médico, la enfermera sepa lo que es mejor, pero el paciente tiene derecho a aceptarlo o no, cuando dispone de los suficientes elementos de análisis, la capacidad para realizar este análisis y la posibilidad de actuar consecuentemente. A esto, en terminología se le llama competencia.^{3,5,6}

Pero centrémonos ahora en dos hechos que no pueden olvidarse, fundamentalmente si estamos frente a un paciente en situación crítica. Existe la percepción de que muchos enfermos, en especial los más graves, aunque conscientes y con una capacidad mental aparentemente conservada, presentan dificultades para resolver tareas mentales complejas y tomar decisiones clínicas informadas. Sin embargo, se ha demostrado que aquellos con puntuación inferior a 50 en la escala de Karnofky muestran un desenvolvimiento bastante adecuado en cuanto al concepto de auto responsabilidad de su salud. Por otro lado, los familiares de los pacientes críticos se encuentran sometidos a un estrés emocional intenso y son a menudo los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente acerca de la instauración, mantenimiento o suspensión de las medidas de soporte vital. Se sabe que distintos trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, dificultan la capacidad de los seres humanos para afrontar situaciones difíciles y actuar adecuadamente. Estas alteraciones y sus consecuencias han sido estudiadas en los familiares y allegados de los pacientes críticos, y podrían tener una gran importancia respecto a su capacidad para participar en la toma de decisiones que se les supone y exige los pacientes en situación crítica suelen estarlo de manera rápida, aguda, habitualmente no esperada, y por lo tanto difícilmente habrán establecido los recursos y mecanismos mentales para hacer frente a esa situación de potencial compromiso vital de su familiar.^{2,4,7-9}

Motivados por este dilema ético y tan poco abordado en nuestras unidades de cuidados intensivos nos decidimos a realizar este trabajo con el propósito de describir el comportamiento del proceso de toma de decisiones asistenciales en el paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, definir el protagonismo de la toma de decisiones asistenciales en el paciente crítico, describir los procedimientos asistenciales más frecuentes y el nivel de participación de los diferentes grupos en esta, en los diferentes períodos y relacionar las situaciones clínicas básicas con el nivel de participación de los diferentes grupos en la misma.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y de intervención con el fin de identificar el comportamiento de la toma de decisiones asistenciales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital "Abel Santamaría", desde Marzo 2006 hasta Enero 2007.

Se estudiaron dos cohortes consecutivas de pacientes (560 en total, 280 en cada uno de los grupos). Se registraron todos los procedimientos realizados durante ese periodo y las veces que se había solicitado el consentimiento informado formal. Se procedió a realizar entrenamiento intensivo de dos meses con el grupo asistencia de la unidad, en cuyo curso se incorporó la concepción de la posición participativa del médico y el personal de enfermería de cuidados intensivos a diferencia de la tradicional y clásica posición en que se obtiene el criterio del paciente y de sus familiares y allegados.

Se confeccionó un formulario con el apoyo del grupo básico asistencial sobre los procedimientos en que se consideraba necesario la obtención de un consentimiento informado formal y se diseñó una hoja única, (el Anexo No. 1) para la obtención del consentimiento previo que incluyó once procedimientos comunes que se puso a disposición de todos los pacientes y en la sala de espera a los familiares. En un segundo periodo de intervención, con técnicas estratégicas especializadas de intervención, se solicitó a pacientes (que tuviesen puntaje inferior a 50 puntos en la escala de Karnofsky), el consentimiento informado para los procederes futuros a realizar en su persona en beneficio de su salud y a los familiares y allegados se les brindó información pormenorizada y amplia de la situación clínica, vertientes terapéuticas, complicaciones y pronóstico; además de que se abordaron elementos del curso natural de la enfermedad en el caso de que no se procediera con las maniobras o vertientes del tratamiento intervencionista. Por otro lado se le facilitó el modelo para que leyera y firmara la hoja de consentimiento previo y se volvió a registrar el número de procedimientos y de consentimientos informados individuales obtenidos.

La estrategia empleada fue la siguiente:

Siempre que pudo ser posible, dada la enfermedad del paciente, su estado de conciencia, su nivel de comprensión de su estado clínico, se le consultó el procedimiento para realizar acciones médicas intervencionistas.

- Cuando esto no fue posible, se tomó el criterio del representante de la familia (que mostrase competencia para las decisiones). En caso de no tener familia, de personas allegadas con estrecho vínculo con el paciente.
- En tercera instancia, y en este orden se tomó el criterio del consenso absoluto de todo el equipo asistencial de trabajo con transparencia absoluta y centrada en el primer principio de la Bioética "no hacer daño".

Además se agruparon las entidades nosológicas en grandes grupos de afecciones y se estratificó en relación al grado de participación en el consentimiento informado por parte del paciente, de sus familiares y allegados o el consentimiento implicado, es decir, el consentimiento del grupo básico de trabajo.

Consideraciones bioéticas

Para la realización de este trabajo se tomó por escrito la voluntariedad de participar en el mismo y de abandonar el estudio en el momento en que así lo desearan. Además, los resultados de la investigación solo se presentarán en eventos científicos o revistas biomédicas de reconocido prestigio.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los resultados se emplearon estadígrafos descriptivos (media porcentual), y para comprender los resultados obtenidos se realizaron inferencias utilizando el test de hipótesis de Proporciones con un nivel de significación de $\alpha < 0.05$. Se aplicó el sistema estadístico SYSTAT, presentando los resultados obtenidos en tablas simples y de contingencias.

Deficiones operacionales concomitantes

Decisiones asistenciales: se entendió todas aquellas conductas a tomar con el paciente en el contexto clínico de las unidades de cuidados intensivos y que incluyen desde su admisión misma en la unidad, los procedimientos diagnósticos y de enfermería, medidas de soporte de la vida, proceder invasivos, estrategias terapéuticas, así como la decisión del egreso de la unidad.

Consentimiento implicado: se entendió como el consenso de ideas, criterios y juicios de valor de todo el colectivo asistencial, sustentado en el principio de primero no hacer daño y de beneficencia para el paciente, cuando no hubo posibilidades por razones médicas obvias posibilidad de obtenerlo del paciente y cuando no hubo familiares y/o allegados.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se muestra el protagonismo de las decisiones implementadas apreciando las diferencias entre la primera cohorte y al segunda, donde se observa el aumento desde, 53 consentimientos para un 18,92% pertenecientes a familiares y/o allegados hasta los 244 consentimientos para un 87,14%, de igual grupo en el segundo período, con alta significación estadística $p < 0.001$.

Tabla 1. Protagonismo de las decisiones asistenciales en la unidad de Cuidados Intensivos. Hospital "Abel Santamaría". 2006-2007

Protagonismo de la decisiones Asistenciales	Primer Período		Segundo Período	
	No	%	No.	%
Paciente Grave	17	6,07	65	23,21
Familiares y/o Allegados	36	12,85	179	63,92
Grupo médico de trabajo	227	81,07	36	12,85
Total	280	100	280	100

Fuente: Libro Registro Unidad de Cuidados Intensivos.

En La [tabla 2](#) se puede apreciar el incremento ostensible de los consentimientos informados por parte de los pacientes graves y sus familiares y allegados en el segundo grupo respecto al primero en proceder invasivos tales como: colocación de catéteres centro venosos, administración de hemoderivados, realización de la punción lumbar y vía venosa periférica. Con diferencias estadísticas significativas ($p < 0.001$), en el test de Hipótesis de proporciones. En ambos períodos, la mayoría

de los consentimientos no implicados se obtuvieron de los familiares. Se aprecian una enorme diferencia entre la cantidad de consentimientos implicados en el primer período y el segundo (donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p < 0.001$).

Tabla 2. Procedimientos realizados durante los dos periodos de estudio y su relación con el nivel de decisiones. Hospital "Abel Santamaría" 2006-2007

Procedimiento	Primer período			Segundo período		
	Cp	Cf	Ci	Cp	Cf	Ci
	N= 7 %	N= 29 %	N= 64 %	N= 27 %	N= 62 %	N= 11%
Catéter venoso central	14	24	175	45	163	23
Transfusión	4	5	12	8	13	1
Endoscopia G.I.	1	3	2	2	4	2
Toracocentesis	1	0	1	2	1	0
Punción lumbar	1	0	3	3	0	1
Broncoscopia	1	0	1	2	1	0
Swan-Ganz	0	0	0	0	1	0
Paracentesis	0	2	2	3	2	0
Traqueostomía	0	6	6	0	18	2
Vía venosa periférica	4	87	213	58	204	12
Tubo endotraqueal	1	6	48	4	45	10

Cp⇒ Consentimiento Informado Paciente

Cf⇒ Consentimiento Informado Familiar o allegado

Ci⇒ Consentimiento implicado (aplicado por el grupo médico básico asistencial)

Fuente Libro Registro Unidad de Cuidados Intensivos.

El nivel de participación de los diferentes grupos y su relación con las situaciones clínicas básicas en el segundo período se ilustra en la [tabla 3](#). En esta se aprecia como la mayor autonomía para el paciente estuvo representado en aquellos que padecieron de enfermedades cardiovasculares agudas o crónicas descompensadas (con 86 consentimientos de pacientes para un 65,15 %), así como las renales (con 18 consentimientos de pacientes para un 50,00% dentro de este grupo) y respiratorias agudas que no estuviesen con soporte respiratorio artificial, por otro lado se apreció mayor representación en el consentimiento implicado en aquellas enfermedades que por la complejidad se escapa de la comprensión de pacientes y familiares con cultura general y médica promedio como el síndrome de disfunción múltiple de órganos (con 26 consentimientos implicados para un 92,85%), en cambio otras por la premura de la llegada al hospital como el caso de los accidentados (con 6 consentimientos implicados para un 66,66%). En un rango intermedio, jugaron un papel preponderante el consentimiento liderado por los familiares y allegados, fundamentalmente en las enfermedades neurológicas (con 122 casos para un 64,21%) y las enfermedades respiratorias severas con o sin Insuficiencia respiratoria aguda (con 139 consentimientos) de familiares y allegados para un 84,75 %.

Tabla 3. Distribución de las situaciones clínicas básicas y el nivel de participación de los diferentes representantes del consentimiento. Hospital "Abel Santamaría". 2006-2007

Situaciones clínicas básicas	Cp	% 23	Cf	% 64	Ci	% 13	Total
Enfermedades neurológicas	12	6,31%	122	64,21 %	56	29,47%	190
Enfermedades Respiratorias	31	18,90%	139	84,75%	25	15,24%	164
Enfermedades Cardiovasculares	86	65,15%	27	20,45%	19	14,39%	132
Accidentes	1	11,11%	2	22,22%	6	66,66%	9
Enfermedades Renales	18	50,00%	11	30,55%	7	19,44%	36
Fallo Múltiple órganos	0	0%	2	7,14%	26	92,85 %	28

Cp⇒ Consentimiento Informado Paciente

Cf⇒ Consentimiento Informado Familiar o allegado

Ci⇒ Consentimiento implicado (aplicado por el grupo médico básico asistencial)

Fuente Libro Registro Unidad de Cuidados Intensivos.

DISCUSIÓN

El incremento en las decisiones asistenciales de los familiares y allegados y de los pacientes graves propiamente dichos (que se encuentre en condiciones de integridad mental para decisiones sobre las estrategias terapéuticas sobre su enfermedad), se debió en este estudio a los siguientes factores: cambio de concepción paternalista de los médicos del grupo asistencial de la unidad, con una proyección de trabajo asistencial más participativa, donde el paciente, pueda aportar y opinar una vez que se le han mostrado los elementos lógicos para la toma de decisiones, sin cometer claramente iatrogenia. En su defecto es la familia y/o allegados del paciente y cuando esto no fue posible y en ese orden se aplicó lo que se conoce como el consentimiento implicado, que no fue más que la decisión transparente y sopesada de todo el colectivo asistencial de la unidad, con el principio básico de primero "no hacer daño".^{3,6,8-10}

Por otro lado no existieron en este estudio diferencias significativas en los procedimientos de colocación de catéteres Swan-Ganz, por la baja tasa de colocación de los mismos en ambos periodos.¹⁰⁻¹²

Todo esto implicó un incremento del tiempo de intercambio con pacientes y familiares de la información, así como la incorporación de medios visuales para enriquecer este proceso.¹⁶

Esto se debió básicamente, al perfeccionamiento del proceso de transmisión de la información sobre el paciente grave, además de una nueva conceptualización respecto al proceso de intercambio de puntos de vista respecto al estado de salud del paciente crítico, donde además de aportar las informaciones de una manera lineal, llana, sencilla, clara, explícita e ilustrativa, se sustentase en un soporte actualizado y científico, respaldado en las estadísticas de estudios multicéntricos, respecto a las implicaciones de si se hace algo o a las probabilidades que tienen de ocurrir reacciones nefastas si no se hicieran las mismas y cuales podrían haber sido las implicaciones de cada una de las situaciones clínicas que se presentaron en cuestión.^{11,13-15}

Relacionado con el nivel de participación que tuvieron los pacientes, familiares y /os allegados o sea su consentimiento informado ante la distribución de las diferentes situaciones clínicas básicas estudiadas; su autonomía estuvo representada por: enfermedades cardiovasculares agudas o crónicas descompensadas, renales y respiratorias donde los pacientes pudieron mostrar su consentimiento informado en una amplia participación, sin embargo en afecciones como: disfunción múltiple de órganos y accidentados la autonomía muestra una amplia participación de consentimientos implicados, esto obviamente se debe al deterioro de la esfera cognitiva que genera las enfermedades neurológicas, específicamente la más frecuente en nuestro medio: la enfermedad cerebro vascular en sus diversas formas clínicas, que impide un juicio crítico de la realidad por parte del paciente, por lo que se debe derivar la alta responsabilidad de las decisiones de su salud a sus familiares con responsabilidad legal y de alta honestidad o personas muy allegadas con similares características.¹⁵⁻¹⁸

Se concluye que hubo un tránsito en el protagonismo de las decisiones asistenciales en el paciente crítico, donde inicialmente primaba casi absolutamente el consentimiento implicado para pasar al consentimiento informado de pacientes y familiares. Además se derivó del estudio que los procedimientos asistenciales invasivos en los que más participaron los pacientes graves y sus familiares y allegados fueron Colocación de catéteres centro venosos, administración de hemoderivados, realización de la punción lumbar y vía venosa periférica. En ambos períodos, la mayoría de los consentimientos no implicados se obtuvieron de los familiares. Por otro lado, enfermedades cardiovasculares agudas fueron las situaciones clínicas que permitieron más autonomía en el consentimiento informado, encontrándose en el polo opuesto la falla múltiple de órganos donde el consentimiento implicado predominó y un rango intermedio, en que predominó el consentimiento informado rectorado por los familiares que fueron las enfermedades respiratorias severas con insuficiencia respiratoria asociada o no y las enfermedades cerebro vasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado M. La discussió sobre l'eutanàsia. En: Casado M, Sarrible G, editores. La mort en les ciències socials. Barcelona: Editorial Gráficas Signo S.A., 2001 p. 67.
2. Navarro A. Bioética y Ley General de Sanidad. En: Casado M, editor. Materiales de bioética y derecho. Barcelona: Cedecs Editorial S.L., 2002; p. 88-9.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, justice. En: Beauchamp TL, Childress JF, editors. Principles of biomedical ethics (4th ed.). New York: Oxford University Press, 2004; p. 120-394.
4. The SUPPORT principal investigators for the SUPPORT project. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients; the Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and risk of Treatment. JAMA 2003;274: 1591-8.
5. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Ediciones Paidós, 1995.
6. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Ethical principles in intensive care. Ethical guidelines. Intens Crit Care Digest 2003;11:40-1.

7. Royes A. Voluntades anticipadas. Revista Calidad Asistencial 2001;16:424-7.
8. Emanuel EJ. Care for dying patients. Lancet 2003;349: 1714.
9. Muir JA. Elección del paciente y práctica clínica basada en la evidencia. En: Muir JA, editor. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone España, S.L., 2004; p. 227-33.
10. Casado M. La Bioética. En: Casado M, editor. Materiales de bioética y derecho. Casado M. Barcelona: Cedecs Editorial S.L., 2005; p. 42
11. Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. Revista de Calidad Asistencial 2003;11:177-83.
12. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc) 2002;110: 382-90.
13. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 2002;95:385-8.
14. Solsona JF, Abizanda R. Hacia la elaboración de criterios de ingreso en los servicios de medicina intensiva. Med Intensiva 2004;22:72-3.
15. Cabré LI, Costa J, Carrasco G, Molina R. Sistemas de puntuación de gravedad. Mortalidad. Revista de Calidad Asistencial 2001;11:47-53.
16. Abizanda R. Selección frente a elección. Política de ingresos y altas en las unidades de cuidados intensivos. Med Intensiva 2005;15: 322-8.
17. Abizanda R, Miravet V, Heras A, Guasch X, Mecho D. Ética y soporte nutricional. Med Intensiva 2004; 18:460-4.
18. Vincent JL. Communication in the ICU. Intens Care Med 2004 ;23:1093-8.

Recibido: 13 de junio de 2009

Aprobado: 30 de agosto de 2009

Lic . Caridad Torres García. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.
Cuba. E mail: caridad@fc.m.pri.sld.cu