



FORMACIÓN CONTINUADA Y AUTOEVALUACIÓN

Revisión de conocimientos sobre bioética en la atención al paciente crítico (respuestas al test del vol. 22-n.º 1)

Review of the knowledge on bioethics in attention to the critical patient, building safety in intensive care (test answer vol. 22-n.1)

C. Zazpe Oyarzun

Diplomada Universitaria en Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Navarra, Pamplona, Certificación de Enfermería en la Atención del Paciente Crítico (CEEC)

1. Respuesta C

Se utiliza el término *eutanasia* para denominar aquellas acciones que por sí mismas o en la intención del que las realiza, tienen como objetivo la muerte de la persona para suprimirle el dolor, evitarle sufrimientos o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere. Se habla de *distanasias* al extremo opuesto, usar al máximo los recursos terapéuticos de que se disponen, aun cuando ya no tenga sentido el hacerlo para el bien del paciente, al que no proporcionan beneficio o para el que son una carga, sin esperanza razonable de recuperación; se llama también «encarnizamiento terapéutico». Con el nombre de *ortotanasia* se ha querido designar la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable en fase terminal. Se entiende por *eutanasia pasiva* cuando se causa la muerte por la omisión de los medios necesarios y razonables para sostener la vida (por ejemplo, la hidratación) con el fin de provocar la muerte.

2. Respuesta E

La eutanasia se caracteriza por adelantar intencionadamente la muerte, en un paciente con enfermedad incurable y con sufrimientos insoportables, solicitada libre y reite-

radamente, y realizada con garantías médico-legales en aquellos países donde la legislación lo permita.

3. Respuesta D

La decisión de restringir o cancelar las medidas terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, evitando caer en la obstinación terapéutica, se denomina limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) o limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Actualmente se prefiere la primera denominación, ya que, en dicha situación, el esfuerzo terapéutico continúa con el objetivo de garantizar el bienestar del paciente, como son los cuidados básicos, la analgesia y sedación para conseguir la ausencia de dolor físico o psíquico al final de la vida. Por otro lado, la eutanasia pasiva implica omitir o suprimir el uso de recursos proporcionados en el caso de situaciones irreversiblemente encaminadas al final de la vida.

4. Respuesta B

La característica que se atribuye a un tratamiento médico que se considera inútil, porque el objetivo de aportar beneficios al paciente tiene altas probabilidades de fracasar, se denomina *futilidad*. Por otro lado, el término *equidad* se refiere a la disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece; y el término *iatrogenia* se relaciona con toda alteración del estado del paciente producida por el médico.

Correo electrónico: fjamores@retena.com

5. Respuesta D

Según la Guía del *Hastings Center* de EE. UU., se entiende por medida de soporte vital cualquier intervención, procedimental o farmacológica, realizada en un paciente con el objetivo de retrasar su proceso de morir, con independencia de que dicha intervención se efectúe en relación con la patología de base o con el proceso biológico causal o no. Dicha guía incluye como medida de soporte vital, entre otras, la reanimación cardiopulmonar, la conexión a respirador, la hemodiálisis, la administración de antibióticos en determinadas circunstancias, el uso de hemoderivados y la nutrición e hidratación enteral o parenteral. Por el contrario, la decisión de restringir o cancelar las medidas terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, evitando caer en la obstinación terapéutica, se denomina limitación del tratamiento de soporte vital. Por otro lado, las directrices previas o documento de voluntades anticipadas o testamento vital, preservan el derecho del paciente a expresar su propia opinión en situaciones de incapacidad.

6. Respuesta A

Según Albert Royes (2005), la Guía del *Hastings Center* de EE. UU. incluye entre las medidas de soporte vital, la reanimación cardiopulmonar, la conexión a respirador, la hemodiálisis, la administración de antibióticos en determinadas circunstancias, el uso de hemoderivados y la nutrición e hidratación enteral o parenteral. La higiene corporal y cambios posturales, aun siendo cuidados básicos y necesarios para los pacientes, no son medidas de soporte vital.

7. Respuesta E

El documento de voluntades anticipadas, también llamado Directrices previas o Testamento vital, preservan el derecho del paciente a expresar su propia opinión en situaciones de incapacidad. Su objetivo principal es asegurar que cuando el paciente haya perdido la capacidad de participar en la toma de decisiones, la atención sanitaria sea conforme a las preferencias que expresó previamente. Sus objetivos secundarios son la mejora del proceso de toma de decisiones sanitarias, optimizar el bienestar del paciente y aliviar las cargas para sus seres queridos.

8. Respuesta A

Entre las ventajas que aporta el Documento de Voluntades Anticipadas destacan: aumenta el conocimiento de la propia enfermedad al haber sido adecuadamente informado antes de la toma de decisiones; mejora la calidad de la relación médico-paciente ya que se decide junto al médico qué es lo que el paciente quiere y hasta dónde llegar; permite conocer los valores éticos del paciente, lo que facilita la interpretación de sus deseos expresados respecto a los momentos finales. Asimismo facilita la toma de decisiones terapéuticas con la planificación anticipada de los cuidados, adelantándose a lo que pueda ocurrir; refuerza las buenas prácticas clínicas y evita que se realicen tratamientos no deseados; disminuye el riesgo de tomar decisiones

erróneas; alivia el estrés, así como la carga de la familia y de los profesionales, y por último, aporta seguridad ética y jurídica a los profesionales sanitarios.

9. Respuesta B

La Bioética es la disciplina que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general y de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos. La *Bioética clínica* es la parte de la bioética que se ocupa de los problemas éticos de la aplicación de la ciencia y la tecnología médica a las personas, sanas y enfermas. Por otro lado, la capacidad de la persona para tomar decisiones libremente y gestionar aspectos de la propia vida y muerte se denomina *Autonomía*; se conoce como *Competencia*, la aptitud de un paciente para comprender la situación a la que se enfrenta y las alternativas posibles de actuación con las consecuencias previsibles de cada una de ellas, para así poder tomar decisiones consecuentes con su escala de valores y de acuerdo a su edad o situación cognitiva; y por último, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente capaz y adecuadamente informado, para que tenga lugar una actuación sanitaria que afecte a su salud se denomina *Consentimiento Informado*.

10. Respuesta D

El estudio SUPPORT –estudio para comprender el pronóstico y las preferencias según los resultados y riesgos del tratamiento– es el estudio clínico más amplio que se ha realizado acerca de aspectos relacionados con el final de la vida. Se publicó en 1995 tras 4 años de estudio de 9.105 pacientes. Aunque sus resultados no fueron concluyentes, SUPPORT estableció la hipótesis de que con una mayor comunicación y comprensión del pronóstico de la situación del paciente y de sus preferencias en cuanto al tratamiento, se podría mejorar en la toma de decisiones en el final de la vida y reducir la frecuencia del soporte ventilatorio, el dolor y la prolongación del proceso de morir.

11. Respuesta E

Ethicus es un estudio publicado en 2003, realizado prospectivamente, que incluyó a 3.086 pacientes de 37 UCI de 17 países europeos, e investigó las prácticas relacionadas con el final de la vida. Entre los resultados obtenidos destacan: la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en las Unidades de Cuidados Intensivos europeas una práctica común, realizada con una frecuencia muy variable según los países; la LTSV se relacionaba con factores como la edad del paciente, diagnóstico y días de estancia en la UCI, factores geográficos y religiosos del equipo médico y del paciente, etc.; las decisiones del paciente solo se conocían en el 20% de los casos en los que se realizó LTSV; y por último, la participación de las enfermeras/os en la toma de decisiones al final de la vida variaba ostensiblemente según los países.

12. Respuesta E

Entre los principios y valores éticos de la enfermera/o en relación con el paciente y su familia destacan: actitud vocacional, es la tendencia natural a ejercer una determinada profesión; responsabilidad profesional, se refiere a la exigencia de responder de la salud y bienestar del paciente; integridad moral, lo que implica la adhesión a las normas morales, es la confianza de aquel que obra con carácter y buena fe; compasión, la capacidad que tiene el profesional de sentir y comprender el sufrimiento y la desgracia de otra persona; y finalmente, la empatía que permite entender las emociones del paciente y saber gestionarlas de manera efectiva, dando respuesta a sus necesidades.

13. Respuesta C

La capacidad que deben tener los profesionales sanitarios de sentir y comprender el sufrimiento y la desgracia de otra persona se denomina *compasión*. La *actitud vocacional* es la tendencia natural a ejercer una determinada profesión; la *responsabilidad profesional* es la exigencia de responder de la salud y bienestar del paciente, y la *integridad moral* implica la adhesión a las normas morales, es la confianza de aquel que obra con carácter y buena fe.

14. Respuesta E

El *Institute of Medicine*, en 1997, señaló como características de un buen morir el evitar el estrés y el sufrimiento del paciente, que la muerte fuera acorde con sus preferencias y deseos, y que estuviera acorde con los estándares clínicos y culturales.

15. Respuesta E

La sedación ante el estrés y el sufrimiento intratable de la muerte se denomina sedación total, paliativa, terminal o controlada. Se diferencia de la sedación habitual de la UCI en que el objetivo de la primera es reducir los síntomas del paciente que no pueden ser adecuadamente controlados por intervenciones específicas para los síntomas.

16. Respuesta A

La Organización Mundial de la Salud definió, en 2004, los cuidados paliativos como los cuidados destinados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, cuando afrontan los problemas asociados a una enfermedad amenazadora para la vida a través de la prevención del sufrimiento. Para ello es necesaria la identificación precoz, la evaluación, y el tratamiento cuidadoso de todos los problemas que afectan al paciente, sean de tipo somático, emocional, ético social o espiritual.

17. Respuesta D

La definición de enfermedad terminal la consensuaron entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo del Poder Judicial el 1 de octubre de 1998 en Madrid. Se definió como la

enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible, que afecta a la autonomía y calidad de vida del paciente con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

18. Respuesta C

El principio de no-maleficencia hace referencia a que no se debe realizar ninguna acción que provoque un perjuicio al paciente, ya sea diagnóstica o terapéutica. Por el contrario, el tratar a todos por igual, sin discriminación alguna y con la misma consideración y respeto, evitando el daño a terceros y promoviendo el bien social, se refiere al principio de justicia, y el buscar el mayor beneficio para cada paciente en particular consiguiendo el equilibrio entre riesgos y beneficios, incluyendo la prevención de la enfermedad, se refiere al principio de beneficencia.

19. Respuesta C

Cuando se respeta el derecho del paciente de ser libre de decidir acerca de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se quiere someter, con la responsabilidad que esto conlleva y previa información por el médico responsable, se refiere al principio de autonomía. Por otro lado, el principio de justicia es el que trata a todos por igual, sin discriminación alguna y con la misma consideración y respeto, evitando el daño a terceros y promoviendo el bien social. El buscar el mayor beneficio para cada paciente en particular consiguiendo el equilibrio entre riesgos y beneficios, incluyendo la prevención de la enfermedad, se refiere al principio de beneficencia. Por último, el principio de no-maleficencia hace referencia a que no se debe realizar ninguna acción que provoque un perjuicio al paciente, ya sea diagnóstica o terapéutica.

20. Respuesta C

La tanatología es la disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, tratando de resolver las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la religión y el derecho fundamentalmente. Una característica importante de la tanatología como rama de la medicina consiste en facilitar al enfermo terminal todos los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción, y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de este. La biología es la ciencia que trata de los seres vivos. La tanatopraxia es el conjunto de prácticas que se realizan sobre un cadáver tanto para su higienización, conservación, embalsamamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético del cadáver, como para el soporte de su presentación. La anatomía patológica es la especialidad médica que se encarga del estudio de las lesiones, alteraciones celulares, tejidos, órganos, de sus consecuencias estructurales y funcionales y su repercusión en el organismo.

21. Respuesta E

La American Association of Colleges of Nursing (AACN) en 1997 enumeró las 15 competencias necesarias para que la enfermería pueda dar una alta calidad de cuidado durante el final de la vida para el paciente y su familia. Entre otras, destacan: promover el confort del paciente como componente del cuidado integral; conseguir una adecuada comunicación con el paciente y familia sobre aspectos del final de la vida; demostrar respeto por los deseos del paciente; evaluar el impacto de los tratamientos médicos o tecnológicos sobre los objetivos del paciente, etc.

22. Respuesta A

En una Unidad de Cuidados Intensivos, los cuidados paliativos nunca tienen como objetivo acelerar o posponer la muerte, sino que inciden en varios campos de actuación como son: aliviar el dolor y otros síntomas estresantes; reafirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal; integrar aspectos psicosociales y espirituales en el cuidado del paciente; ofrecer sistemas de apoyo para ayudar al paciente a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte. Del mismo modo, ofrecen sistemas de apoyo para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad y a su propia aflicción e intentan mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.

23. Respuesta B

Clarke y sus colaboradores (2003) identificaron 7 áreas de actuación de los cuidados al final de la vida en la UCI, describiendo 53 indicadores de calidad y más de 100 conductas o intervenciones como sugerencias para los cuidadores. Estas áreas de actuación incluyen: toma de decisiones centrada en el paciente y la familia (13 indicadores y 16 intervenciones); comunicación entre el equipo y el paciente/familia (10 indicadores y 28 intervenciones); continuidad del cuidado (3 indicadores y 8 intervenciones); apoyo emocional al paciente y familia (8 indicadores y 29 intervenciones); manejo de los síntomas y cuidados para el confort (10 indicadores y 23 intervenciones); apoyo espiritual al paciente y familia (3 indicadores y 5 intervenciones); y finalmente, apoyo emocional y organizativo para el equipo asistencial (6 indicadores/7 intervenciones).

24. Respuesta B

Entre las ayudas percibidas por las enfermeras de Cuidados Intensivos en la atención al paciente al final de la vida destacan: que exista acuerdo en el equipo médico con respecto al enfoque de los cuidados, que la familia acepte que el paciente se está muriendo; que se proporcione a la familia un entorno tranquilo tras el fallecimiento, que la unidad disponga de un lugar privado para la familia; que esta reciba información sobre cómo actuar con un paciente que se está muriendo, así como tener personal auxiliar que ayude a la enfermera en el cuidado al paciente moribundo etc. Por el contrario, el hecho de que el paciente presente dolor difícil de controlar se contempla como uno

de los mayores obstáculos con los que se encuentran los profesionales para la adecuada atención del paciente.

25. Respuesta D

Entre los obstáculos percibidos por las enfermeras de Cuidados Intensivos para conseguir un adecuado cuidado al paciente moribundo destacan: que el paciente tenga dolor difícil de controlar, que se proporcionen cuidados dolorosos al paciente terminal, que los médicos tengan una actitud evasiva y eviten a la familia, que la familia reclame medidas para salvar la vida del paciente contrariamente al deseo del paciente, que los médicos tengan opiniones diferentes acerca del cuidado del paciente y que falte tiempo para proporcionar los cuidados al final de la vida, entre otros. El hecho de que la familia acepte la muerte de su familiar representa una ayuda importante.

Bibliografía. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

- American Association of Colleges of Nursing. Peaceful Death: Recommended Competencies and Curricular Guidelines for End-of-Life Nursing Care. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm>
- Carlet J, Thijs L, Antonelli M, Cassel J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-lifecare in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical care. Intensive Care Med. 2004;30:770–84.
- Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al. Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med. 2003;31:2255–62.
- Connors AF, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJ, Goldman L, Knaus WA, et al. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA. 1995;274:1591–8.
- Consejo estatal de estudiantes de medicina. Comisión de bioética. Disponible en: http://www.ceem.org.es/web/03_05.php
- Del Barrio Linares M, Jimeno San Martín L, López Alfaro P, Ezenarro Muruamendiaraz A, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2007;18:3–14.
- Escalada H. Medicina y Salud: Cuidados Paliativos. Revista zona hospitalaria.com. 2007. Disponible en: http://www.zonahospitalaria.com/noticias/zh_6/cuidados_final_vida.shtml
- Falcó-Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. Enfermería Clínica. 2005;15:287–90.
- Falcó-Pequeroles A. La enfermera frente a la limitación del esfuerzo del tratamiento de soporte vital en las unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos éticos y prácticos a considerar. Enferm Intensiva. 2009;20: 104–9.
- Field MJ, Cassel CK, editores. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care

- at the End of Life, Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 1997. Available from: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=5801&page=R1
- Fundación bioética. Eutanasia. Disponible en: <http://www.bioeticacs.org/?dst=eutanasia>
- Gómez Batiste X. Decisiones al final de la vida: aspectos éticos, asistenciales y jurisdiccionales. En: Decisiones al final de la vida. Normas y textos jurídicos. Madrid. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial; 1999. p. 29–37.
- Gómez Merino M, Santander F, Goikoetxea M, Garikano M, Diez Fortuny L, Tapiz V, et al. Voluntades anticipadas. Consideraciones y recomendaciones. Grupo de Trabajo de Voluntades anticipadas. Osakidetza/SVS. Disponible en: http://www.bizkeliza.org/fileadmin/bizkeliza/web/docs/articulos/voluntades_anticipadas_Paco_Villar.doc (20 agosto 2010)
- Martínez Urionabarrenetxea K. La dignidad del paciente terminal. En: Masiá Clavel J, editor. Ser humano, Persona y Dignidad. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2005. p. 167–97.
- Masiá J. Dignidad humana y situaciones terminales. An Sist Sanit Navar. 2007;30 (Suppl 3):39–55.
- Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calidad Asistencial. 2005;20: 391–5.
- Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al. End of life practices in European Intensive Care Units: the Ethicus Study. JAMA. 2003;290: 790–7.
- Tanatología. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tanatología>
- World Health Organization (2005). WHO definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>