

ARTÍCULO

**Protocolo para la presentación y análisis de casos clínicos
ante los Comités de Ética Asistencial¹**

**Protocol for the presentation and analysis of clinical cases
in health care ethics committees¹**

CRUZ NETZA CARDOSO *

* Cruz Netza Cardoso. Observatorio Mexicano de Bioética. México. bioeticanc@gmail.com

¹ Nota de la autora: se hace la acotación que en México a los comités de ética asistencial se les denomina Comités hospitalarios de Bioética, esto fue determinado por las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos de la Secretaría de Salud y Asistencia, y así ratificada por la Comisión Nacional de Bioética, órgano regulador de estas instancias en todas las Instituciones Sanitarias de este país, <http://www.cnb-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/comunicados.html>. En este trabajo se utilizará la denominación establecida por la UNESCO para evitar confusiones en el lenguaje internacional.

Índice

- Introducción
- Análisis conceptual
- Método para la presentación y análisis de casos
- Tipos de acciones derivadas del análisis bioético
- Formato para presentación de casos
- Conclusiones

Resumen

La presentación de casos clínicos aún representa un problema, no existe un formato universal que logre englobar todos los aspectos necesarios, existen siete protocolos que intentan poner en relieve los aspectos que deben incluirse cuando un caso ha de ser analizado, pero ninguno de ellos desglosa los aspectos metodológicos que han de tomarse en cuenta, esto conlleva a una laguna de método que oriente de mejor forma cómo ha de presentarse un caso clínico. En este trabajo se recopila la experiencia que ha surgido de la práctica cotidiana y se presenta un protocolo cuyo principal objetivo es subsanar las lagunas de método que aún se observan en la presentación de casos clínicos ante los comités de ética asistencial.

Palabras clave: casos clínicos; comités de ética asistencial; protocolo de presentación y análisis.

Abstract

The presentation of clinical cases still represents a problem, as there is not a universal format that comprehends every necessary aspect; there are seven protocols that try to place into perspective which aspects must be included whenever a case must be analyzed, however none of them breaks down the methodological aspects that must be considered, this entails to a blank space regarding a method that aids into the best way to address a clinical case. The experience obtained from the day to day practice is presented in this paper, along with a protocol whose main goal is to deal with the methodological blanks that still can be observed in the presentation of clinical cases presented to the medical ethics committee.

Key words: clinical cases; medical ethics committee; presentation protocol; analysis.

Introducción

En el año 2005 fueron publicadas por la UNESCO las guías para la creación y funcionamiento de los Comités de Bioética.² En estos documentos encontramos amplia información y recomendaciones de cómo han de conformarse dichos organismos, incluso en la guía número dos, en el apéndice III se presenta un formato de consulta de casos,³ donde se establecen las nueve pautas que es conveniente observar para poder analizar un caso:

1. Determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso.
2. Identificar las perspectivas de los principales interesados.
3. Formular cuestiones y dilemas bioéticos.
4. Enumerar los posibles beneficios a corto y largo plazo y los posibles riesgos para el paciente.
5. Esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno.
6. Establecer un plan de implantación.
7. Vigilar el efecto del plan sobre el paciente y revisarlo en caso necesario.
8. Evaluar los procedimientos de revisión del caso.
9. Establecer un archivo de revisiones de casos para consulta futura.

No podemos negar que estos lineamientos son muy completos, que en muchos sentidos dan orden y conjuntan lo ya expresado por otros autores.⁴

Sin embargo, a la luz de la experiencia⁵, vamos a tratar de puntualizar con más detalle los elementos que consideramos debe contener un protocolo que tenga como objetivo la presentación y análisis de casos clínicos ante el comité de ética asistencial, así como delinear los pasos que pretenden servir de guía para ambas situaciones y con ellos intentar establecer un método que

2 División de Ética de la Ciencia y la Tecnología. Creación de Comités de bioética (Guía No. 1), y Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas (Guía No. 2). UNESCO, París 2005.

3 Idem 75.

4 Hago alusión a los lineamientos establecidos en el protocolo de Bochum (1987), análisis ético médico de Diego Gracia, el protocolo de Edmund Pellegrino, el de David C. Thomas, el análisis ético- médico de Stuart F. Spicker (1991), citados en Mabel, M., Ruíz, D. Universidad del País Vasco (UPV-EHU).Dpto. Especialidades Médico Quirúrgicas. Área Medicina Legal y Forense. Curso: Bioética. OCW. Enero 2009, https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c5yDVOxpXqEJ:ocw.ehu.es/ciencias-de-la-salud/bioetica/content/ud2_metodo_ocw_09.pdf. Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Editorial Eudema, Madrid 1991.

5 La autora es miembro de cuatro comités de ética asistencial en las siguientes Instituciones: Hospital Infantil de Tlaxcala, Hospital General del Sur, Puebla, Hospital General del Norte Puebla, Hospital del Niño Poblano Puebla, y un Comité de Bioética Universitario (Universidad de las Américas Puebla).

permita una mejor presentación y análisis: Se establecieron estos elementos en base a los aspectos médicos-éticos y legales.

Análisis conceptual: problema dilema - conflicto

Aunque no es raro que se tomen como sinónimos, estas concepciones tienen sus diferencias, que a nivel operativo implican matices en la toma de decisiones;

Problema

Proposición dirigida a averiguar el modo de obtener un resultado cuando ciertos datos son conocidos. Hay dos tipos: problema determinado: aquel que sólo puede tener una solución o más de una pero en número fijo. Indeterminado: aquel que puede tener un número indefinido de soluciones^{6,7}.es un presupuesto donde se conoce una o más soluciones desde que se presenta, por ejemplo: frente a una apendicitis, la solución es apendicectomía; deshidratación, la solución es hidratar. Cuando el problema se hace presente, existen incluso de antemano posibles soluciones. Aquí es un asunto lineal. Aunque puede haber varias soluciones, sigue siendo un problema.

Dilema

La situación se complejiza, ya no es lineal como en el problema, aquí hay dos elementos que se contraponen, existe un conflicto de intereses, una confrontación de dos valores, se plantea una disyuntiva. El dilema también puede producirse por la inconsistencia de un sistema. Este es el elemento que preponderantemente obliga a presentar los casos ante el comité; su mejor distintivo es la interrogante: ¿qué debemos hacer?

Como nos establece Eduardo Rivera, un dilema es una cuestión que ya no basta con los conocimientos científicos o técnicos para resolverlo, pues en éste son cuestiones valorativas las que están en juego.⁸ Ejemplo:

El paciente no quiere que se le aplique quimioterapia, la familia sí. Independientemente de las motivaciones que se oculten en estas situaciones, el paciente apela a su derecho de autoafirmación,

⁶ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Primera Edición. Tomo II. Madrid 1992. ESPASA., p. 1670.

⁷ Con frecuencia, el problema indeterminado se confunde con dilema, pero hay que considerar que las varias soluciones siguen un patrón lineal, ejemplo determinar el número de estrellas en un galaxia, habrá múltiples soluciones físico- matemáticas para poder determinar el número exacto, pero sigue siendo un problema físico matemático, es decir no hay valores morales involucrados y esto es lo que marca la diferencia con un dilema. Nota de la autora.

⁸ Rivera, López E. *Ética y trasplantes de órganos*. Editorial Fondo de Cultura Económica. UNAM. México 2001, p.18.

la familia apela a su deseo de que su familiar sobreviva todo lo posible. El valor de la autonomía vs el valor de la vida.

En el dilema el punto más álgido consiste en elegir entre las opciones que se tiene, hay que tomar decisiones, y de ahí derivar acciones concretas que permitan resolver el caso clínico de la mejor forma posible. La disyuntiva que presenta el dilema puede abordarse mediante las siguientes estrategias,⁹ que si bien no ofrecen respuestas absolutas, pueden ser guías útiles al momento de deliberar:

a) *Soluciones trágicas (sacrificio extremo)*: algo sumamente valioso va a tener que ser sacrificado, es la ponderación del todo o nada. Ejemplos: Se pone la diálisis o muere, se somete a cirugía o muere, se transfunde o muere. El sacrificio puede ser tan extremo que el paciente elija morir como mejor solución, pues la otra opción le parece inaceptable para su concepción de vida.

b) *Sacrificio minimizado*: elegir el mal menor, también hay un sacrificio, aunque la sensación de pérdida es menor; ambas opciones representan cosas buenas y cosas no deseables, o riesgos, pero los beneficios suelen ser mayores, lo que se elija va a representar un bien para el paciente. Ejemplos: elegir entre cirugía coronaria o colocación de *stent*, elegir entre diálisis peritoneal o hemodiálisis, elegir entre quimioterapia o radioterapia.

c) *Superación o eliminación*: este es el ideal, ya sea porque se logró el consenso entre las partes en conflicto o porque el paciente resolvió su propio dilema. Una vez que se logra el consenso (lo cual es la mejor solución), la toma de decisiones fluye en ese sentido y todo lo demás tendrá como punto de orientación la elección que se haya realizado. Ejemplo: la familia quiere que se ponga diálisis pero el paciente, no acepta, finalmente se logra que el paciente acepte el tratamiento, o viceversa finalmente la familia acepta respetar los deseos del paciente. La superación o eliminación del dilema no necesariamente es en sentido positivo, simplemente significa que ya se logró el consenso, ya sea en un sentido o en otro.

Cuando las situaciones dilemáticas, no logran resolverse por la vía del diálogo y deliberación, fácilmente surge el conflicto, en el cual no es raro que el profesional de la salud se vea involucrado en forma directa o indirecta.

Conflicto

El conflicto significa enfrentamiento, pelea.¹⁰ Aquí ya las partes involucradas se sienten agredidas y el diálogo se torna difícil, en muchas ocasiones inexistente.

El conflicto no necesariamente se entabla únicamente entre dos, puede ser en el mismo paciente, al sentirse o ser verdaderamente incapaz de tomar decisiones y con ello crear un ambiente de mayor incertidumbre a su alrededor, lo cual puede manifestarse en formas muy diversas y contingentes por quienes le rodean, incluyendo a los profesionales de la salud, puede ir desde la

⁹ Laringuet, G. *Dilemas y conflictos trágicos*. Editorial PALESTRA-TEMIS. Bogotá. 2008, pp. 106-111.

¹⁰ *Op.cit.* Real Academia Española, p. 539.

comprensión hasta la hostilidad, también puede darse entre tres o más agentes, como el paciente, el médico y la familia.

Causas frecuentes que provocan que una situación derive en conflicto:

- ◆ Falta de información, o por mala interpretación de dicha información.
- ◆ Paternalismo autocrata del Profesional de la Salud, en especial los Médicos que insisten en que su criterio es el adecuado, ignorando las decisiones del paciente y/o familia.
- ◆ Priorizar, por parte de los Profesionales de la Salud, las decisiones de la familia ignorando los deseos del paciente.
- ◆ Fractura familiar donde un sector apoya las decisiones del paciente y otro sector no.
- ◆ Contraposición de criterios médicos, donde la solución implica acciones totalmente contrapuestas.

Del conflicto es de donde suelen derivarse la mayoría de las denuncias o demandas hacia las Instituciones sanitarias y hacia los profesionales de la salud.

Pendiente resbaladiza

Este concepto tiene múltiples interpretaciones, algunas incluso quedan sólo en metáforas.¹¹⁻¹² En este trabajo se está utilizando para advertir sobre los posibles riesgos que la mecanización de los procesos representa.

Para ello, de todas las acepciones existentes consideramos que, la más adecuada para los fines que aquí se persiguen, es la estipulada por R. Higgs, quien establece que la pendiente resbaladiza es: "una forma de argumentar en la que una acción, en sí misma posiblemente permisible, puede, sin embargo, conducir a otras acciones similares consideradas indeseables. Este hecho puede deberse a que no existe un modo claro de evitar el deslizamiento de una acción a otras, o bien a que, a pesar de la existencia de líneas divisorias claras, teniendo en cuenta cómo es la naturaleza humana, se traspasarán esas líneas sin darse cuenta o sin prestar la debida atención."^{13 14}

11 La imagen de la "cuña", de "la punta de la cuña" (wedge, the leading, entering or the thin edge of the wedge. Childress, J.F. Wedge argument, slippery slope argument, en Childress, J.F. y Macquarrie, J. A new dictionary of christian ethics, ed. SCM, London 1986, pp.656-657.

12 "La brecha o rotura del dique", "La teoría del dominó", "la punta del iceberg", "Cruzar la línea", "efecto Auschwitz". En Vega, Gutierrez, J. *La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia. Una valoración moral*. Tesis de Doctorado. Universidad Pontificia de la Santa Cruz. Facultad de Teología. Roma 2005, p. 32.

13 Higgs, R. *Slippery slope*, en Boyd, K.M., Higgs, R. y Pinching, A.J. (dirs.), *The new dictionary of medical ethics*, ed. British Medical Journal, London 1997, p. 239.

14 Otra interpretación que ofrece soporte a nuestra argumentación la encontramos en Beauchamp y Childress, quienes establecen que "existen dos versiones del argumento de la pendiente resbaladiza: a) La conceptual y b) La psicológico-sociológica. Según la primera de éstas, la pendiente es resbaladiza porque los conceptos y las distinciones que aparecen en la formulación de las reglas morales y legales son imprecisas y pueden producir

Un factor que en la práctica clínica y en las sesiones de los Comités, puede ser el elemento desencadenante de esta pendiente es la mecanización de los procesos, donde la ejecución de los protocolos, e incluso las actitudes de los miembros de los Comités, caen en esa falta de atención y nos atrevemos a decir en un exceso de burocratización donde ya sólo se observan cuestiones de forma pero no de fondo. La introducción del concepto de pendiente resbaladiza en el ámbito de los Comités de ética asistencial,¹⁵ puede servir de inicio como un foco de alerta, un llamado para evitar que los miembros de los Comités de ética asistencial, caigan en situaciones o actitudes que acaben desvirtuando o alejándolos de los objetivos ya establecidos para este tipo de organismos, ocasionando consciente o involuntariamente más perjuicio que beneficio.

Otros riesgos, son: a) La falta de protocolos, ocasionando que no existan criterios unificados sobre ciertos procesos, b) Actitudes no adecuadas de los profesionales de la salud, derivadas del exceso de trabajo,^{16 17} c) La pérdida del carácter interdisciplinar, siendo el coordinador la voz imperante.

En un intento de evitar el riesgo que representa la pendiente resbaladiza, se propone el siguiente método para la presentación y análisis de los casos clínicos:

Método para la presentación y análisis de casos

1. Hacer la presentación del caso por el comisionado para ello. Debe ser alguien que pertenezca al Comité, pues al menos en México, donde la mayoría de los profesionales de la salud todavía no tienen conocimientos en bioética, es frecuente que los casos o están mal presentados o no son casos propios para ser analizados por el Comité de ética asistencial.

efectos imprevistos. Una norma o la justificación de un determinado acto, considerado aceptable en el aspecto moral acaba justificando actos similares pero inaceptables. La segunda versión (psicológico-sociológica), analiza el impacto que podría tener hacer excepciones a las reglas o modificarlas haciéndolas más flexibles. Por ejemplo, anular algunas de las limitaciones que existen para matar podría desencadenar una reacción social y psicológica, que haría difícil mantener en la práctica las distinciones relevantes." Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principios de ética biomédica. Ed. MASSON. Barcelona 2002 ,pp. 217-218.

¹⁵ Si bien es verdad, que el mayor uso en bioética, del concepto de pendiente resbaladiza, ha sido en la temática sobre eutanasia, consideramos que insertarlo en este otro ámbito, nos puede abrir líneas de análisis e investigación que, en futuro, redundarán en un mayor beneficio para enriquecer y en un momento dado, si el devenir lo determina, reestructurar la forma en que funcionan los Comités. Nota de la autora.

¹⁶ Gracia, D., Júdez, J. (Editores). *Ética en la práctica clínica*. Fundación de Ciencias de la Salud. Editorial Tricastela. Madrid 2004, pp. 259-260.

¹⁷ En México existen médicos y enfermeras hasta con tres plazas de trabajo durante la semana (habitualmente dos en Instituciones Públicas y su consulta privada), lo que trae como consecuencia cansancio, falta de concentración, mecanización de procesos, etc., con el riesgo de iatrogenias, maltrato hacia los pacientes, o negligencias por estos factores. Nota de la autora.

2. Proporcionar la información que los participantes requieran sobre cada apartado: factores médicos/éticos/legales.
3. Establecer si es un problema, un dilema, o un conflicto.
4. Establecer con la mayor puntualidad posible las implicaciones éticas que el caso tenga, ya sea por falta de observación a la deontología médica, por transgresión a los principios bioéticos, o alguna otra acción o situación que a la luz del análisis se considere que tiene repercusiones éticas.
5. Una vez que todas las dudas sobre la presentación e información se hayan atendido, proceder al análisis del caso.
6. Es importante que las recomendaciones que el Comité emita contemplen las implicaciones en los distintos aspectos a considerar: médicos, éticos y legales.
7. Determinar si es necesaria una segunda sesión para convocar a otro(s) especialista (s).
8. Dar seguimiento al caso por la comisión interna. La cual informará en tiempo previamente establecido por el Comité si las recomendaciones fueron viables o no, y si las soluciones operativas fueron implementadas.
9. Volver a retomar el caso si las recomendaciones no fueron observadas, o si las transgresiones con implicación ética se siguen manifestando.

Tipos de acciones derivadas del análisis bioético

Aunque en forma genérica, el Comité de ética asistencial sólo está facultado para emitir recomendaciones, hay que tomar en cuenta que éstas si tienen un peso para generar acciones más particulares, de ahí la importancia de dar seguimiento a los casos, hasta que éstos se consideren casos resueltos, al ya no estar dependiendo de un seguimiento por parte del Comité de ética asistencia:

1. **Recomendaciones para la intervención de otros comités**, por ejemplo, al Comité de control y calidad. Esto con la finalidad de que sean comités de índole operativo quienes revisen que las acciones a éste nivel estén debidamente encaminadas.
2. **Correctivas**: de las recomendaciones surgen acciones encaminadas a implementar protocolos o reestructurarlos, que por su naturaleza o forma de ejecución estén representando problemas de índole ético o legal.
3. **Normativas**: Solicitar la intervención de otras Instancias como el Ministerio Público o alguna otra Institución gubernamental, ya que se considera que la transgresión ética es sumamente grave, o el caso amerita intervenciones extra sanitarias.

Para un mejor ordenamiento de la información, así como para evitar la dispersión durante el análisis, se propone el siguiente formato:

Formato para presentación de casos

Fecha de presentación en sesión del Comité de Ética asistencial: _____

Número de identificación (expediente o folio): _____

Persona o servicio que solicita la revisión: _____

Motivos por los que se solicita su revisión:

- a) Requieren recomendaciones, para un caso específico.
- b) Requieren asesoría para la restructuración o implementación de protocolos con implicación ética.
- c) Requieren asesoría para la intervención de otras Instancias (Derechos Humanos, Dpto. jurídico, etc.)
- d) Otros (especifique) _____

ELEMENTOS MÉDICOS	
1.	11.
2.	12.
3.	13.
4.	14.
5.	15.
6.	16.
7.	17.
8.	18.
9.	19.
10.	20.

ELEMENTOS ÉTICOS	ELEMENTOS LEGALES
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS

PSICOLÓGICOS	INFRAESTRUCTURA	LABORALES	OTROS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Este caso se considera un: problema dilema conflicto

DICTAMEN FINAL:

RECOMENDACIONES:

INTEGRANTES DEL COMITÉ PRESENTES DURANTE EL ANÁLISIS:

FECHA PARA REVISIÓN (SEGUIMIENTO): _____

Conclusiones

Los Comités de ética asistencial, cada vez tienen una presencia más determinante en la práctica cotidiana de las Instituciones Sanitarias.

Hoy por hoy, el análisis interdisciplinar de los casos presentados a los comités de ética asistencial, permiten subsanar muchos errores en la asistencia sanitaria en general y en la práctica clínica de los profesionales de salud, en particular. Si bien sigue existiendo el problema de que es una actividad sobrepuesta a muchas otras obligaciones, lo que ocasiona una sobrecarga de trabajo, poco a poco se ha logrado que sus miembros tengan un nivel educativo adecuado en materia de bioética, además del espacio en tiempo para un adecuado ejercicio de sus funciones.

Sistematizar la información y adquirir un método para el análisis no significa esquematizar y acartonar las cosas, por el contrario pretender anteponer un orden mínimo para un mejor análisis, esto no anula la posibilidad de extensas discusiones entre los miembros del Comité, o incluso sesiones académicas para un análisis más extenso por la extraordinaria particularidad del caso o su extensa complejidad. Nuestro primordial objetivo es evitar la dispersión que aún suele observarse y la tendencia a presentar los casos como si fuesen propios de una sesión de revisión clínica en el sentido médico tradicional, así mismo cubrir las lagunas que en protocolos previos se han encontrado al no contemplar todos los aspectos usualmente involucrados en los casos presentados, esto es: los médicos, éticos y legales principalmente.

Esperamos que nuestro aporte, derivado de la práctica cotidiana y asidua en diversos comités de ética asistencial, contribuya en algo a esta noble labor.

La autora agradece a la Dra. Fabiola Villela Cortes, las observaciones al manuscrito.

Bibliografía

- ◆ Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principios de ética biomédica. Ed. MASSON. Barcelona 2002.
- ◆ Childress, J.F. y Macquarrie, J. A new dictionary of christian ethics, ed. SCM, London 1986.
- ◆ Gracia, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Editorial Eudema, Madrid 1991.
- ◆ Gracia, D. Júdez, J. (editores). Ética en la práctica clínica. Fundación de Ciencias de la Salud. Editorial Tricastela. Madrid 2004.
- ◆ Higgs, R. Slippery slope, en K.M. Boyd, R. Higgs y A.J. Pinching (dirs.), The new dictionary of medical ethics, ed. British Medical Journal, London 1997.
- ◆ Laringuet, Guillermo. Dilemas y conflictos trágicos. Editorial PALESTRA-TEMIS. Bogotá 2008.
- ◆ Mabel, M. Ruíz, D. Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Dpto. Especialidades Médico Quirúrgicas. Área Medicina Legal y Forense. Curso: Bioética.OCW.Enero2009,

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c5yDVOxpXqEJ:ocw.ehu.es/ciencias-de-la-salud/bioetica/content/ud2_metodo_ocw_09.pdf

- ◆ Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Tomo I y II. Editorial ESPASA. Madrid 1992.
- ◆ Rivera, López E. Ética y trasplantes de órganos. Editorial Fondo de Cultura Económica. UNAM. México 2001.
- ◆ UNESCO. División de Ética de la Ciencia y la Tecnología. Creación de Comités de bioética (Guía No. 1), y Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas (Guía No. 2). París 2005.
- ◆ Vega, Gutierrez, J. La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia. Una valoración moral. Tesis de Doctorado. Universidad Pontificia de la Santa Cruz. Facultad de Teología. Roma 2005.

Fecha de recepción: 1 de marzo de 2013

Fecha de aceptación: 9 de abril de 2013