

Los Comités Asistenciales de Ética: ¿necesarios o prescindibles?

J.M. CAMPOS ROMERO^a Y J.F. SOLSONA DURÁN^b

^aUCI Hospital General de Segovia. España. ^bUCI Hospital del Mar. Barcelona. España.

*Haré uso del régimen de vida
para ayuda del enfermo, según mi
capacidad y recto entender: del
daño y de la injusticia le preservaré*

Juramento hipocrático

Este verso del juramento hipocrático, escrito hace ya 25 siglos, sintetiza cómo han tomado los médicos las decisiones ante los problemas que afectaban a sus pacientes hasta muy recientemente¹. Los médicos se echaban sobre los hombros la tremenda responsabilidad de decidir lo que era mejor para sus pacientes según su recto entender, sin participación del enfermo, sin otra ayuda que la de su buena voluntad, su honestidad y el criterio del mayor beneficio del paciente. Nunca ha resultado fácil esta labor, pero cuando los valores morales de las sociedades pretéritas eran uniformes y, por así decirlo, “oficiales” (generalmente de base religiosa), el riesgo de que sus decisiones violentaran los valores del paciente era escaso. A esta forma de relación médico-paciente se la ha conocido tradicionalmente por “paternalismo médico”, y su fundamento estaba en el concepto del enfermo como individuo transitoriamente incapacitado para tomar decisiones justas, como enseñaba la ética naturalista.

Pero la sociedad del siglo XXI ya no es la sociedad moralmente homogénea de hace tan sólo 25 años, ahora formamos parte de una sociedad en la que los ciudadanos, y por supuesto el ciudadano-en-

fermo también, pueden elegir sus proyectos vitales con total libertad, así como sus valores personales, que pueden diferir de forma importante de los de su médico. Entre estos valores, quizás el que está arraigando más es el de la autonomía personal. Actualmente tomar decisiones según nos enseñaba el juramento hipocrático, en aquellas situaciones que comportan opciones morales diversas, conlleva el riesgo de chocar con el mundo de los valores del paciente. Y no sólo pueden existir discrepancias entre el médico y el enfermo, sino que entre los diversos componentes sanitarios de un equipo asistencial pueden existir diversas opiniones ante un determinado problema.

En una publicación referida a nuestro medio², en la que se preguntaba a un grupo de médicos intensivistas, de urgencias, enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y estudiantes de medicina sobre cual sería la actitud que adoptarían en un paciente en estado vegetativo permanente postraumático, el 7,3% de los médicos de intensivistas contestó que soporte total, el 49,3% tratamiento conservador y el 43,4% sólo aplicarían medidas paliativas. La elección de soporte total llegaba al 15,5% entre las enfermeras de UCI y al 16,6% entre las enfermeras de urgencias.

Y más recientemente, en un trabajo observacional llevado a cabo en las UCI de Norteamérica³, se muestra que los criterios que utilizan los médicos para retirar la ventilación mecánica en los pacientes a los que se considera que tienen alto riesgo de muerte, no son como cabría suponer los derivados de algún índice de gravedad como el SOFA, o la edad, sino que son el uso de drogas inotrópicas y sobre todo la percepción del médico de que el enfermo preferiría no usar medidas de soporte vital, de que tiene escasas posibilidades de sobrevivir y de que

Correspondencia: Dr. J.M. Campos Romero.
UCI Hospital General de Segovia.
Carretera de Ávila s/n. 40002 Segovia. España.
Correo electrónico: jcamposromero@hotmail.com

Manuscrito aceptado el 28-IV-2004.

muy probablemente va a quedar con alteraciones en sus funciones cognitivas. Es decir, que aun teniendo procedimientos predictivos, como son los índices de gravedad, seguimos anteponiendo en la toma de decisiones ante situaciones límites nuestros criterios de qué es lo mejor para el enfermo según nuestra escala de valores, sin explorar suficientemente cuáles eran las preferencias del paciente.

Y no creemos que se actúe así por comodidad de los médicos, sino que en estas situaciones la mayoría de los profesionales se sienten carentes de recursos para abordar el problema de una manera diferente a como se ha venido haciendo durante siglos.

Es por ello que ya no podemos estar solos con nuestra buena voluntad y nuestro sentido beneficiador en las situaciones conflictivas; necesitamos por un lado aprender unos mínimos conocimientos de bioética y por otro disponer de la ayuda de grupos externos al binomio médico-paciente, que nos asesoren en las situaciones especialmente conflictivas.

Con este objetivo nacieron los Comités Asistenciales de Ética (CAE), primero en EE.UU. y más recientemente en Europa y también en España. Los CAE están formados por médicos, enfermeras, personal no sanitario, miembros de la comunidad y juristas, que de forma voluntaria estudian los casos problema, y tras un procedimiento deliberativo aportan su opinión de cómo se puede llegar a la mejor de las posibles soluciones, además de participar en la formación en bioética del personal del hospital.

Son precisamente su composición multidisciplinar y su sistema de análisis de los casos, las claves de sus posibilidades de ayudar a los clínicos en la toma de decisiones. El estudio del problema, no sólo por "técnicos en hechos" como somos los médicos sino también por personas expertas en bioética o en leyes o simplemente por personas que expresen el punto de vista común de los ciudadanos, enriquece el debate y ayuda a la búsqueda de soluciones. Si a esto unimos que el procedimiento habitual de toma de decisiones en los CAE es el deliberativo, entendiendo como tal el proceso racional que permite analizar las razones y aportar argumentos para que aquellas soluciones que se tomen sean prudentes, nos encontramos con que en teoría los CAE deben servir de ayuda a los médicos en la resolución de sus dudas éticas⁴.

No pretende el CAE suplantar la responsabilidad de los médicos en la toma de decisiones, ya que solamente aconseja, sino servir de ayuda y además de referente en caso de que el conflicto llegase a instancias judiciales, sobre todo en los casos más problemáticos como pueden ser los de limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Así pues, y en nuestra opinión, creemos que los jueces raramente se van a poner en contra de las decisiones tomadas tras consultar al CAE.

Pero después de más de 10 años de funcionamiento de los CAE en España, y cuando la mayor parte de los hospitales disponen de ellos, a los que llevamos participando en los Comités desde sus ini-

cios nos queda la duda razonable si de verdad los CAE pueden influir con sus consejos en la evolución de los pacientes, ya que no existe prácticamente ningún trabajo al respecto⁵, o bien son grupos teorizantes con escasa o nula repercusión en la práctica diaria, y por lo tanto, prescindibles en los hospitales.

Aparece ahora una publicación en la revista JAMA⁶ y un editorial⁷ en el que se estudia qué trascendencia tiene para el enfermo, que su caso sea o no estudiado por el CAE. El trabajo se lleva a cabo con enfermos ingresados en la UCI de 7 hospitales norteamericanos, es aleatorizado y controlado sobre el efecto que la consulta al CAE tiene sobre los tratamientos de soporte vital y estancia hospitalaria en los pacientes que finalmente fallecen. Aunque en el trabajo se dejó al criterio de cada centro participante cuándo se consideraba que el caso necesitaba la consulta al Comité, lo que puede dar un cierto sesgo a los resultados, no invalida para nada algunas de las conclusiones que se extraen del mismo. La primera es que el 87% de los médicos, enfermeras, pacientes o familiares consideraron que el consejo del CAE les resultó útil en la toma de decisiones, en situaciones en las que no existía un acuerdo entre el equipo asistencial y el enfermo o su familia, o cuando los desacuerdos eran dentro del mismo equipo asistencial. Además, en los pacientes incluidos en el grupo con consejo ético, los días de soporte vital, estancia en la UCI y estancia hospitalaria total se redujeron de forma significativa con respecto al grupo control, sin que existiera entre los dos grupos diferencia en cuanto a la mortalidad. Podemos deducir pues, que en el grupo con consejo ético se abandonaron antes los tratamientos fútiles, entendiendo como tales aquellas intervenciones terapéuticas con escasas probabilidades de beneficio⁸.

Parece pues que la ayuda que el CAE puede ofrecer tanto al equipo sanitario como a los enfermos o sus familiares es digna de tener en cuenta y sobre todo en nuestra especialidad, donde la alta tecnificación y las posibilidades de soporte vital, cada vez más efectivas, hacen que se nos planteen con más frecuencia dilemas éticos^{9,10} en cuanto a nuestro proceder, en situaciones que nos desbordan en muchas ocasiones por la complejidad moral de la decisión. En esos casos contar con la ayuda y el consejo del CAE contribuirá a nuestra tranquilidad y muy probablemente a que la decisión que al final adoptemos goce de una de las mayores cualidades, la de ser prudente por haber sido adoptada tras la deliberación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Santa Fe de Bogotá: Editorial EL Búho Ltda, 1998.
2. Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, Sanmartín Monzo JL, Martínez Fresneda M. Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de los profesionales de cuidados críticos, emergencias y estudiantes. Rev Clin Esp 2001;201:371-7.

3. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 2003;349:1123-32.
4. Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999.
5. Fox E, Arnold RM. Evaluating outcomes in ethics consultation research. *J Clin Ethics* 1996;7:127-38.
6. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effects of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:1166-72.
7. Lo B. Answers and questions about ethics consultations. *JAMA* 2003;290:1208-10.
8. Schneiderman LJ, Jecker NS. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112:949-54.
9. Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre problemas éticos en medicina intensiva. *Med Intensiva* 2003;27:169-70.
10. Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, et al. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI. *Med Intensiva* 2002;26:253-4.