

II Congreso de la REDBIOETICA UNESCO  
V Jornadas Provinciales de Bioética- Área de Bioética- Ministerio de Salud de Córdoba  
I Reunión abierta de Cátedras UNESCO de Bioética

-12, 13 y 14 de Noviembre de 2008-

PRESENTACION DE TEMA LIBRE

## **El caso J.A.G.**

COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOETICA  
Hospital Municipal de Urgencias-  
Córdoba- Argentina

Autores:

Adrián ANUCH \*

Patricia CORDOBA \*\*

Patricia GARCIA \*\*\*

Gloria LONGONI \*\*

Hugo QUIROZ \*\*\*\*

Soledad RIPOLL \*\*\*\*\*

Gabriela RIVERO \*\*\*\*\*

José VIÑOLA \*\*

\* Medico Siquiatra \*\* Lic. en enfermería \*\*\* Profesora de Historia- miembro de la  
comunidad \*\*\*\* Enfermero \*\*\*\*\* Lic. en Trabajo Social \*\*\*\*\* Lic. en Kinesiología

El Sr. J.A.G. ingresa al Hospital de Urgencias el día 6 de febrero de 2008 luego de sufrir un accidente vial (peatón versus moto) presentando las siguientes lesiones: fractura supratrocanterea de fémur derecho, traumatismo de cráneo, trauma de tórax (neumotórax, contusión pulmonar,) trauma abdominal con lesión renal y de uretra. Es asistido en el shock room y luego de su estabilización clínica es derivado al Sector A de internación.

Presenta complicaciones en su estado respiratorio y es trasladado a Terapia Intensiva donde permanece hasta el día 12.

Al resolverse su cuadro general y quedando pendiente la intervención quirúrgica de su fractura de fémur, se lo ubica en el Sector C donde se encuentra en la actualidad.

Se reconstruye su historia de vida a partir de su propio relato y del aporte de vecinos en relación a su identidad y descripción de su historia social.

J.A.G. vive en calle Fragueiro y Castelar (Estación de Ferrocarril Belgrano) es oriundo de Pilar (provincia de Buenos Aires) no contando con familia de referencia en Córdoba.

No tiene actividad laboral encuadrada legalmente, vive de redes de apoyo y transferencias externas informales permaneciendo en esta situación desde hace aproximadamente diez años.

Había nacido el 10 de Agosto de 1949; sus padres se llamaban José González y María Barrionuevo, refirió tener tres hermanas que vivían en Capital Federal y haber trabajado en el ferrocarril lo que nos da indicios de que en algún momento tuvo inserción en el sistema formal económico/laboral.

La información obtenida esta condicionada a su grado de desorientación temporo espacial, alternada con periodos de lucidez, alteraciones en la memoria a corto y largo plazo, ausencia de conciencia de enfermedad y expectativas no viables en relación a su recuperación (falta de criterio de realidad)

El *diagnostico social* obtenido es el siguiente: persona indigente, situación de calle, desocupado crónico dependiendo exclusivamente de redes de apoyo para subsistir, etilista en estadio avanzado del problema, alta vulnerabilidad

Durante la primera etapa de su internación presenta distintos focos de infección de los cuales evoluciona torpida pero favorablemente tratados con la correspondiente antibioticoterapia. Aparecen además signos de privación alcohólica, lo cual cede con tratamiento.

Se realizó la intervención quirúrgica indicada y comenzó con rehabilitación motora al día siguiente.

Comenzó a presentar signos de espasticidad. Se le realiza nueva tomografía de cerebro presentando alteraciones que hacen que se suspenda la medicación antipsicótica y se instale tratamiento específico; se intensifican maniobras kinesicas-respiratorias y motoras- asociando en periodos de trabajo analgésicos tipo opioides y antiinflamatorios.

La ausencia de contención luego del alta hospitalaria fue un componente de su situación que se considero por lo que se solicita a Servicio Social gestione un lugar de derivación.

El día 12 de mayo es trasladado al Hogar Padre Lamónaca, reingresando el día 23 de ese mes con exposición del material de osteosíntesis a nivel de la cadera derecha, con secreción muco purulenta y deformidad a nivel de la cadera en flexión total y rotación interna.

Dado el estado general del paciente y la posición viciosa del miembro afectado que impide sentarlo e higienizarlo el servicio de traumatología "estudia la posibilidad de indicar la desarticulación de dicho miembro a nivel de la cadera para su mejor manejo clínico y humano considerando que la alternativa de corregir esa posición viciosa y curar su infección es remota y pone en riesgo la vida del paciente" según consta en informe médico emitido por el Servicio de Traumatología el 2 de julio.

El jefe de este servicio plantea esta posibilidad al paciente quien expresa su desacuerdo sosteniendo que él espera "salir caminando del hospital".

Ante la dificultad del paciente para tomar tal decisión y la ausencia de familiares directos, se solicita la judicialización del caso elevándose el mismo a la Asesoría Letrada de la Municipalidad a fin de que la justicia designe un representante para que oriente las decisiones a tomar en relación a este paciente

El Comité Hospitalario de Bioética Clínica recibe el día 23 de Julio del corriente año un memorándum solicitando se informe en relación a una serie de puntos de estricta

incumbencia médica. Esto es respondido a pedido de la Dirección del Hospital, por el Jefe de Traumatología.

El CHB estima necesario separar los temas médicos de los de pertinencia bioética para abocarse a estos últimos y asume brindar una respuesta a partir de un análisis bioético de la situación presentada.

Se convoca a una **reunión extraordinaria** a fin de analizar la situación del paciente de la que participaron miembros del CHB y profesionales actuantes hasta el momento (clínico- infectólogo- neurocirujano) quienes aportaron desde su especialidad una propuesta de tratamiento de J.A.G observándose una notable disparidad en los criterios con el que propone Traumatología. .

También se realiza una consulta a la Dra. Alejandra MORAL (Jefa de Medicina Legal) en relación a la normativa vigente en la institución en relación a la decisión de efectuar amputaciones: existe un protocolo presentado por el Departamento de Medicina Legal y avalado por la Dirección en Agosto de 2005 para la justificación de amputación de miembros que incluye la presencia de una *junta medica* conformada por 3 médicos especialistas y el *consentimiento informado del paciente*

En este primer momento el CHB recomendó:

Dada la disparidad de criterios, las carencias del sistema publico para la asistencia integral de este tipo de situaciones y teniendo en cuenta lo mencionado referente al deseo del paciente y las posibilidades de este de ejercer o no su **autonomía**, este Comité sugiere buscar alternativas a la desarticulación del miembro afectado manteniendo una postura prudente de conservación del miembro considerando que la decisión de amputación partía de un solo servicio y que existía un planteo alternativo de neurocirugía.

El modelo de autonomía establece los valores y las creencias del paciente como la principal consideración moral en la determinación de las responsabilidades morales del medico y esta ligada a la autodeterminación como “la capacidad de comprender la situación propia y de perseguir objetivos personales sin estar dominado por coacciones” aludiendo de este modo a la soberanía sobre la propia vida de cada persona.

Esta soberanía individual debe ser protegida en razón de que:

1. puede existir riesgo de desequilibrio de poder entre el individuo y el Estado u otras personas
- 2.- pueden aparecer conflictos entre el concepto que tiene un individuo de sus mejores intereses y lo que tienen los otros (en este caso el equipo médico)

Autonomía significa autogobierno, formación de la propia personalidad mediante el conocimiento y el entendimiento apropiado, no existe control ni interferencias de otras personas ni limitaciones personales que condicionen la libertad de elegir, la creación de una posición moral personal y el asumir la responsabilidad de los actos

Si alguno de esos requisitos está limitado la autonomía se ve reducida.

En consecuencia una decisión es autónoma si procede de los valores y creencias propias de esa persona, si se basa en información y comprensión adecuada y no está impuesta por coacción interna o externa.

Es necesario considerar que el principio de autonomía no es aplicable a todas las personas. Algunas pueden estar incapacitadas al menos en ciertos aspectos y no poseen decisiones controladas.

La aplicación más persistente del modelo de autonomía en medicina se ha hecho con normas que regulan el consentimiento informado.

En personas en condiciones similares a las de nuestro paciente se *recomienda* considerar, en este orden, las siguientes posibilidades:

\* si hubo **directivas autónomas previas** ( se da en personas que en algún momento fueron competentes y ahora- en forma permanente o temporaria- no lo son pero no conocíamos a JAG en esa etapa de su vida)

\* recurrir al **juicio sustitutivo** buscando determinar los deseos y necesidades subjetivos de la persona. Aquí se decide como actuar una vez conocido sus valores, determinar que hubiera elegido esta persona si hubiera podido; supone una relación del sustituto con el paciente lo suficientemente íntima, afectiva e intensa como para que este pueda reflejar su deseo. (tampoco parece adecuarse a este caso ya que no hay quien asuma este rol)).

, singulariza a la situación de cada persona, conoce su historia de vida, sus valores, expectativas y creencias en relación a su propio estado salud-enfermedad.

\* Cuando los pacientes nunca han sido competentes o lo han sido pero no esta clara sus preferencias, lo mas adecuado es utilizar el **criterio de mejor interés**

Según este criterio el sustituto para la toma de decisiones debe determinar cual es el mayor beneficio que el paciente obtendría de cada una de las opciones y restando los riesgos inherentes correspondientes

El sustituto tiene la obligación de maximizar los beneficios realizando un análisis comparativo de las diferentes posibilidades y debe poseer condiciones como:

1- capacidad para realizar juicios razonables;

2- conocimiento e información adecuada;

3- estabilidad emocional;

4- estar comprometido con los intereses del paciente, siempre que no exista conflicto de intereses ni se deje influir por aquellos que podrían no actuar en beneficio del paciente (conflicto que representa la parcialidad)

***Los profesionales de salud tenemos la obligación buscar en cualquiera de las acciones que se ejecuten el mayor saldo de bien sobre mal (beneficencia); de ayudar al paciente y asegurarnos que el sustituto cumpla con sus obligaciones y de ser necesario estimar la búsqueda de una opinión externa***

Esta situación en la que se advierten discrepancias en el tratamiento al que se sometería a partir de ese momento a J.A.G. lleva al Comité de Bioética a estimar oportuno la convocatoria a una junta médica ampliada para todos los profesionales que intervenían en la atención de nuestro paciente a fin de determinar su mejor interés, dada la imposibilidad de ejercer su competencia.

En este periodo el Servicio de Salud Mental informa que “el paciente presenta un deterioro progresivo ya que se encuentra mas desconectado temposoespacialmente; si bien reconoce a diferentes personas y en su discurso puede llegar a impresionar como coherente es un paciente no competente ya que no puede organizar su deseo en pos de un objetivo que le impide tomar decisiones.

Presenta síntomas de hospitalismo desea permanecer en la institución, en la contención, seguridad y cuidados que se le brindan en ella.

Se realiza esta reunión interdisciplinaria inédita en el Hospital de Urgencias.

Luego de debatir ampliamente cada una de las diferentes posturas y con un criterio integrador, se llega a consensuar que el tratamiento inicialmente propuesto por el servicio de traumatología resultaría el de mayor beneficio dado que le posibilitaría recobrar capacidades como la movilidad.

En este segundo momento, conservar el miembro se considera inadecuado dadas las condiciones físicas y psicosociales del paciente que impedirían una rehabilitación acorde a sus posibilidades, en detrimento de su calidad de vida

El servicio de traumatología sostiene que la desarticulación es la mejor alternativa, el resto de los servicios acuerdan que la amputación posibilitaría un mejor control corporal y desplazamiento más independiente por parte del paciente, derivando en la posibilidad de auto valerse, mediante movilización con muletas.

El dolor del miembro afectado impide las prácticas de rehabilitación del miembro sano; el decúbito obligado favorece la aparición de escaras; los cuidados de enfermería y las medidas de higiene que requeriría son cualicuantitativamente menores

La evolución de su situación de postración puede coadyuvar a una mejor inserción del paciente en su entorno, favoreciendo esto su condición mental y sus habilidades para el autocuidado.

Se ha considerado oportuno que sea el grupo de personas que llevan adelante el sostén, contención y cuidados del paciente, los que puedan ser agentes activos en una decisión de tanta trascendencia a fin de fortalecer una decisión jurídica, fundada no solo en lo legal sino en otros aspectos humanos.

Está claro que esto constituye la subrogación de la competencia del paciente a favor del **principio de beneficencia** fundado en la incapacidad del paciente para comprender y decidir voluntariamente a cerca de la naturaleza y consecuencia de la intervención

En el contexto de la relación medico pacientes siempre nos preguntamos “que significa para el medico buscar el mayor predominio del bien sobre el mal en la asistencia del paciente”.

La medicina tiene un fin moral intrínseco, la búsqueda del bien forma parte de la esencia misma de la relación médico paciente incluyendo las funciones de asistencia y consuelo como base moral de la beneficencia.

Sin embargo, aparece la figura del “paternalismo” como una mezcla de beneficencia y poder que pretende beneficiar a un ser humano y al mismo tiempo se niega a aceptar los deseos, opciones y acciones de esa persona.

La denominación es la característica formal definitoria de las verdaderas “profesiones”, “universalismo” “especificidad funcional” “neutralidad afectiva” y “orientación hacia la colectividad”. (Talcott Parsons)

Es interesante advertir que esta última característica dota a los profesionales de una evidente “superioridad” moral. Quienes ejercen una profesión actúan de modo “altruista”, en tanto que los que desempeñan un oficio lo hacen por motivos “egoístas”. Esto dota a los profesionales de una enorme “autoridad moral”.

*Paternalismo es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y de capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente.*

El perímetro del principio moral de beneficencia. Una beneficencia no paternalista es aquella que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por tanto, en las personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el “consentimiento informado” del paciente.

Cuando el consentimiento informado es imposible, ya por falta de información ya por defecto en la capacidad entonces el imperativo moral de beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del paciente, y por tanto a prestar toda la ayuda posible.

En este momento se ha solicitado el reingreso del paciente al Hogar Padre Lamónaca y se indica traslado al HU para curaciones programadas.

Desde aquella institución se informa que no cuenta con cama disponible de acuerdo a las necesidades de este paciente.

El estado general del paciente es bueno y estaría en condiciones de que se le efectúe el tratamiento propuesto.

Sin embargo, la judicialización representa por un lado la seguridad de la defensa de los intereses del paciente por parte de un tercero ya que el no puede hacerlo por si solo y por otro nos plantea un tiempo indudablemente prolongado para la toma de decisiones para la solución definitiva de J.A.G.

Remitir correspondencia a Gloria Longoni

Cochabamba 1738 B° Pueyrredón- Córdoba. Argentina

[glorialongoni@arnet.com.ar](mailto:glorialongoni@arnet.com.ar)

celular- 54 351 156 968551

te/fax 54 351 4515494