

LA SIMULACIÓN COMO MÉTODO DE LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN  
ESCENARIOS CRÍTICOS

NATALIA GARZÓN POSADA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: SALUD

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EDUCACIÓN

BOGOTÁ, D.C.

2019

LA SIMULACIÓN COMO MÉTODO DE LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN  
ESCENARIOS CRÍTICOS

NATALIA GARZÓN POSADA

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Bioética

Tutor

BORIS JULIÁN PINTO

Tutor metodológico

María Yaneth Pinilla

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: SALUD

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EDUCACIÓN

BOGOTÁ, D.C.

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

Firma del tutor

---

---

Firma de Jurado

---

---

Firma de Jurado

---

---

Bogotá, D.C, junio de 2019

## Contenido

|   |    |
|---|----|
| Agradecimiento y Dedicatoria .....  | 5  |
| Resumen.....  | 7  |
| Introducción.....   | 8  |
| Bioética, Medicina Crítica y Simulación clínica.....  | 9  |
| Medicina crítica.....   | 10 |
| Simulación Clínica.....   | 11 |
| Dilemas bioéticos y conflictos de valores.....  | 13 |
| Propuesta de curso sobre la resolución de conflictos de valores desde la bioética en<br>escenarios simulados..... | 16 |
| Conclusiones.....   | 23 |
| Referencias.....  | 24 |

A mi familia y mis profesores.

“La muerte no es un fracaso de la Medicina, sino un límite irrebasable de la misma”

Tomado de (Lorda & Lopez, P.E, 2014)

## Resumen

Los avances tecnológicos y las nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas han mejorado muchos procesos de aprendizaje, pero también han tecnificado la formación médica, basándose en la evaluación de habilidades cognitivas, haciendo común que el aprendizaje se haya reducido en muchos escenarios al seguimiento de algoritmos, lo que ha contribuido a la deshumanización de la profesión, debilitando las habilidades de comunicación y dejando de lado la relación médico – paciente (Ziv, A., Wolpe, P., Small, S., et al., 2003). En 2002 el Instituto de Educación Médica Internacional estableció unos requisitos esenciales globales mínimos, con unos objetivos educativos que se agruparon en siete dominios, siendo el primero de ellos el denominado Valores, Actitudes, Conductas y Ética profesionales; desde entonces, las facultades de medicina de todo el mundo se han preocupado por incorporar en sus planes de estudios la educación bioética (Wojtczak, 2006, p.149). En nuestro medio es común el uso de la simulación médica como medio de enseñanza, práctica y evaluación de habilidades técnicas, en ambientes controlados y sin someter a riesgos a pacientes reales. Sugiero que esta metodología educativa puede ser útil en la formación bioética de los estudiantes y en la mejora de las herramientas de comunicación, logrando un mejor desempeño de estos en su práctica clínica habitual, generando así tomas de decisión que llevarán a los mejores desenlaces posibles en los pacientes reales y sus familias. Propongo la creación de un curso sobre la resolución de conflictos de valores desde la bioética en escenarios simulados y ejemplifico dos estaciones al final del texto.

Palabras clave:

Simulación; Educación: Bioética; Paciente simulado; Medicina crítica

## Introducción

Debido a que la medicina pertenece a una comunidad global, es decir, a que su conocimiento, investigación y educación debe traspasar fronteras y a que según el país y la institución puede haber mucha divergencia en la formación del profesional, el Instituto de Educación Médica Internacional estableció en 2002 unos requisitos esenciales globales mínimos, con unos objetivos educativos que se agruparon en siete dominios, el primero es el de valores, actitudes, conductas y ética profesionales, los otros dominios incluyen: fundamentos científicos de la medicina, habilidades clínicas, habilidades comunicativas, salud poblacional y sistemas de salud, gestión de la información y pensamiento crítico e investigación. Desde entonces, las facultades de medicina de todo el mundo se han preocupado por incorporar en sus planes de estudios la educación bioética (Wojtczak, 2006). Sin embargo, no hay literatura que soporte un currículo basado en la evidencia para satisfacer esta necesidad (Alfandre, D., Schumann, J., 2007)

Existen diferentes estrategias pedagógicas por medio de las cuales se practica la enseñanza de la bioética, como por ejemplo, la clase magistral, el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje significativo, talleres, lecturas, sin embargo, algunos autores sugieren que esto no es suficiente y posterior a dichas estrategias, se debería llevar a la práctica este conocimiento usando situaciones de simulación como oportunidades de aprendizaje, considerando que esto podría permitirle a los estudiantes hacer un análisis más detallado del conflicto bioético en vez de dar una respuesta exacta para una situación específica (Tritrakarn, Berg, Kasuya, et al., 2014, p.262).

Desde los años sesenta, la tendencia en la formación médica en diferentes áreas ha consistido en disminuir las clases magistrales y llevar a los estudiantes a prácticas de simulación, siendo esta una herramienta tecnológica de entrenamiento y retroalimentación con la que los estudiantes realizan tareas prácticas y procesos en ambientes controlados y seguros que recrean circunstancias reales, bajo la observación de tutores o facilitadores (Amaya, 2008).



El aprendizaje simulado, los avances tecnológicos, las nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, han mejorado muchos procesos de aprendizaje, pero también han tecnificado la formación médica, enfatizando la evaluación de habilidades cognitivas, haciendo común que el aprendizaje se haya reducido en muchos escenarios al seguimiento de algoritmos, lo que ha contribuido a la deshumanización de la profesión, debilitando las habilidades de comunicación y dejando de lado la relación médico – paciente (Ziv, Wolpe, Small, et al., 2003). Es por esto que desde mi experiencia como médica especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, y docente que ha trabajado en simulación clínica, considero que es necesario integrar la formación bioética en la enseñanza a través de la simulación, la cual, por una lado, haría correspondencia con los mínimos esenciales, y además, es fundamental a la hora de tomar decisiones que puedan poner en conflicto al profesional, especialmente en urgencias y en las unidades de cuidados intensivos (UCI), ya que es allí donde se presentan más frecuentemente casos que requieren la toma de decisiones complejas y en muy corto tiempo.

Por esto me planteo la siguiente pregunta: ¿Cómo se pueden incorporar elementos desde la bioética que aporten a la enseñanza basada en simulación para la resolución de conflictos de valores en medicina crítica?

Al finalizar el ensayo plantearé una propuesta de un curso, con un ejemplo en 2 estaciones prácticas, sobre la resolución de conflictos de valores desde la bioética en escenarios simulados, con un caso ficticio con paciente estandarizado.

### **Bioética, Medicina Crítica y Simulación clínica**

La capacitación médica debe, en algún momento, utilizar pacientes vivos para perfeccionar las habilidades de los profesionales de la salud. Pero también existe la obligación de proporcionar un tratamiento óptimo y garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. El equilibrio de estas dos necesidades representa una tensión bioética fundamental en la relación médico - paciente (Ziv, Wolpe, Small, et al., 2003).

El Instituto de Educación Médica Internacional (IEMI) fundado en 1999, tiene la labor de desarrollar los requisitos básicos que deben cumplir los médicos de todo el mundo y de investigar sobre educación, para garantizar la calidad de la misma (The Institute for International Medical Education, 2019). IEMI estableció en 2002 unos requisitos mínimos, donde encontramos claramente la educación bioética en el primer dominio, lo que se ha considerado un gran logro en la formación médica (Wojtczack, 2006).

Parte del interés en la simulación surgió de la idea de formar médicos “virtuosos” en lugar de médicos dotados exclusivamente de habilidades técnicas, en un entorno seguro para los pacientes, y puesto a que han encontrado relación consistente y significativa entre el nivel del razonamiento moral de los profesionales de la salud y su práctica clínica, además del hecho de que muchos médicos han manifestado que no se sienten preparados para enfrentar los conflictos éticos que se presentan en su práctica clínica (Esquerda, Pifarré, Roig, H, et al., 2019; Lorda, Lopez, 2014; Asao, Lewis, Harrison, et al., 2017).

Así pues, las escuelas de medicina han rediseñado sus planes de estudio y reconsiderado la naturaleza de la educación médica. Esta transformación incluye un mayor énfasis en la bioética, la atención centrada en el paciente y la incorporación de los frutos de la revolución médico-tecnológica y está confirmado que el uso adecuado de la tecnología de simulación tiene el potencial de mejorar la capacitación humanística en medicina (Ziv, Wolpe, Small, et al., 2003. P. 786).

### **Medicina crítica**

La medicina crítica es una de las especialidades médicas más jóvenes, nació hacia 1950 dando respuesta a la necesidad de brindar atención y soporte ventilatorio a las víctimas de la epidemia de poliomielitis en Estados Unidos (Ferrada, Buitrago, 2009). Durante aquella época y hasta la actualidad se siguen presentando en el cuidado intensivo situaciones de difícil manejo y alta complejidad, como infecciones, inestabilidad hemodinámica, síndrome de dificultad respiratoria, entre otros. Diego Gracia afirma que en la actualidad “los cuidados intensivos han

alcanzado su mayoría de edad”, o que nos hace enfrentar nuevos retos (como se citó en Rincón y Garzon, 2015).

En general, los residentes de especialidades médicas aprenden a abordar y manejar muy bien enfermedades como la insuficiencia cardíaca aguda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el infarto agudo de miocardio, la falla ventilatoria, los diferentes tipos de choque (cardiogénico, obstructivo, distributivo e hipovolémico), y tienen entrenamiento para definir si un paciente necesita soporte ventilatorio, aseguramiento de la vía aérea, cricotiroidotomía y/o reanimación cardio-cerebro-pulmonar (Bustos, 2011).

Así mismo, a los estudiantes de medicina de último año se les exige formación en soporte vital básico y avanzado para poder ejercer como médicos en Colombia. Sin embargo, se deja de lado (en los casos clínicos de simulación, ya que si existen clases y talleres teóricos) la perspectiva bioética, la cual incluye los procesos de comunicación con los familiares, la resolución de conflictos de valores y los aspectos normativos de la atención en salud.

En la actualidad, en el ejercicio médico el profesional se encuentra con frecuencia a la toma de decisiones difíciles, considerando los desarrollos tecnológicos y nuevos conocimientos científicos que permiten prolongar la vida del enfermo. Si bien estos dilemas y conflictos se pueden presentar en muchos escenarios, como pisos generales de hospitalización, urgencias, extrahospitalariamente, me centraré en el ámbito de la UCI, ya que es mi campo de experiencia.

### **Simulación clínica**

La Sociedad de Simulación en Cuidado de la Salud la define como la imitación o representación de un acto o sistema por otro y tiene cuatro objetivos específicos: educación, evaluación, investigación e integración del sistema de salud (Tritrakarn, Berg, Kasuya, et al., 2014, p. 263).

Los precedentes de la práctica de simulación datan de la industria de la aviación, y gran parte de su éxito en el campo de las ciencias clínicas se debe a que, en escenarios controlados y seguros, se pueden desarrollar y/o evidenciar más fácilmente las destrezas técnicas de los

agentes involucrados en el caso, tanto de forma individual, como grupal (en los casos que involucren el trabajo en equipo). Existe una gran variedad en las prácticas de simulación; de baja tecnología como modelos anatómicos o maniquís; paciente estandarizado o simulado; simuladores informáticos; simuladores de alta fidelidad como dispositivos de realidad virtual; simuladores realistas de pacientes (Ziv, Wolpe, Small, et al., 2003).

La simulación es una importante herramienta de enseñanza en el adulto, dado que la capacitación y la evaluación estandarizada, no representa ningún riesgo para el paciente real y se puede utilizar para enseñar ética profesional, habilidades de comunicación y aspectos legales, si bien no se ha empleado con tanta frecuencia para la enseñanza en los procesos en toma de decisiones en conflictos bioéticos (Tritrakarn, Berg, Kasuya, et al., 2014).

La educación en simulación médica puede promover las destrezas en comunicación y fortalecer la relación médico-paciente, la cual constituye uno de los pilares del acto médico (Wang, Zhao, & Sun, 2015). Según Ziv (2003), en los escenarios en donde ocurre la muerte inesperada del paciente (como un maniquí complejo que habla), o en los que falla una reanimación, las “muertes” de tales pacientes simulados pueden generar sentimientos de pérdida y responsabilidad casi reales en los estudiantes. Y los médicos en entrenamiento pueden ser capacitados y evaluados en la forma de comunicación e información a los actores que realizan el rol de los familiares de los pacientes. Según este mismo autor, la ventaja de la simulación en estos casos es que permite a los participantes practicar las habilidades a su propio ritmo en repetidas oportunidades hasta obtener mejores niveles de competencia.

Otra de las grandes ventajas de la simulación comparada con los escenarios reales, es que en estos últimos el supervisor de la práctica siempre debe evitar o eliminar los errores para proteger al paciente, mientras que en un entorno simulado se puede permitir que los errores progresen para enseñar al alumno las implicaciones del error, la retroalimentación en video fortalece el impacto de estas oportunidades de aprendizaje y puede proporcionar fuertes incentivos para modificar el comportamiento. Aprender de los errores es un componente clave para mejorar la experiencia y sirve para organizar el comportamiento futuro (Ziv, Wolpe, Small, et al., 2003, p. 785).

Gligorov y colaboradores (2015, p.25) explican la utilidad de la simulación con paciente estandarizado (es decir, un actor con un parlamento claro, en un entorno realista) en el fomento de habilidades en bioética clínica como son: la evaluación de la capacidad de los estudiantes de medicina y residentes para enfrentar problemas éticos, la identificación de dilemas, la enseñanza de habilidades de comunicación requeridas para la revelación de malas noticias, el reconocimiento de brechas en la capacidad de los médicos para llevar a cabo discusiones sobre el final de la vida con los pacientes, y para la implementación del proceso de consentimiento informado, explica además, que es necesario practicar con paciente estandarizado las argumentaciones en situaciones éticas difíciles, como por ejemplo, las del final de vida, para minimizar cualquier daño psicológico a los pacientes que podría ser el resultado de una mala comunicación o información errónea acerca de las opciones.

La simulación estandarizada del paciente implica el uso de personas capacitadas para representar los roles de los pacientes, miembros de la familia u otros para permitir que los estudiantes practiquen habilidades de examen físico, habilidades de historia, habilidades de comunicación y otros ejercicios. El paciente estandarizado (PE) es una persona que ha sido entrenada para simular las características de un paciente real, este puede responder las preguntas del estudiante según la información o libreto que ha recibido previamente sobre su historia y examen físico, y puede ser sometido a un examen físico limitado y ayuda a los estudiantes a desarrollar sus habilidades de comunicación y clínicas y a trabajar en situaciones emocionales difíciles en un entorno seguro (Johns hopkins medicine, 2019). Es importante diferenciar esto del juego de roles, ya que en este último no existe un libreto, sino que el sujeto actúa según su voluntad (Barrows, 1993).

### **Dilemas bioéticos y conflictos de valores**

El punto coyuntural que presento aquí es el hecho de que los médicos en escenarios críticos deben enfrentar situaciones límite (Gracia, 2008, pág. 23), en donde es necesario integrar en ocasiones, en cuestión de segundos o máximo algunos minutos, sus conocimientos teóricos y prácticos para hacer una toma de decisión sobre el futuro de la vida (o muerte) de un paciente, y además de esto explicarle a la familia el por qué de dicha conducta.

Como dice la doctora Rincón, 2008: “tales decisiones poseen importantes implicaciones éticas, pues tras pasado cierto límite, la beneficencia que se busca puede transformarse en maleficencia al someter al paciente a un largo, doloroso y costoso proceso de morir”. Algunos de los ejemplos que podemos mencionar incluyen: Hasta cuándo prolongar la reanimación cardio-cerebro-pulmonar; el retiro del soporte vital avanzado; las órdenes de no reanimación; directivas anticipadas; la futilidad médica; extubación paliativa; limitación (o adecuación) del esfuerzo terapéutico; implementación de cuidados paliativos en cuidados intensivos; la atención de pacientes en medicina crítica en el contexto de la salud intercultural. Y en torno a las habilidades de comunicación: Cómo dar malas noticias; Retroalimentación con el equipo multidisciplinario al final de una reanimación.

La bioética cubre un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético, suscitadas por la intervención biomédica y biotecnológica en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas (García, 2015, pág. 248).

Tradicionalmente el método principialista es por excelencia, el más usado en las escuelas de medicina y con el que los estudiantes se sienten más cómodos a la hora de justificar la mejor toma de decisión. Los cuatro principios son: Respeto a la autonomía; No maleficencia; Beneficencia y Justicia. Estos principios son derivados de juicios ponderados de la moral común y de la tradición médica, y se tratan de guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos y que ayudan explícitamente en el desarrollo de reglas y líneas de acción más detalladas. Los principios no son absolutos, sino siempre *prima facie*, es decir, deben cumplirse obligatoriamente, salvo si entran en conflicto con una obligación mayor (Bechaump, Childress, 1998 p.34). A continuación, explico brevemente la definición de cada uno de los principios.

**El Respeto a la Autonomía.** Los autores definen autonomía personal como la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impida hacer una elección. Analizan las acciones autónomas en función de sus agentes, los cuales actuarán: intencionadamente, con conocimiento, en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto. Aquí el conflicto surge cuando la autoridad no ha sido

debidamente delegada o aceptada. Este principio implica permitir que las personas actúen autónomamente, y sólo tiene valor prima facie.

Un punto importante es considerar la competencia, la cual los autores sugieren debe ser considerada de forma específica en lugar de global, en otras palabras, se debe establecer si un sujeto posee el grado de autonomía necesario para la toma de una decisión según el contexto particular de la misma, ya que el grado de exigencia puede variar en cada situación.

**No Maleficencia.** Este principio implica abstenerse intencionadamente de hacer daño (como injusticia, violación o agravio), y da lugar a una serie de reglas morales como son: No matarás; No causarás dolor o harás sufrir a otros; No incapacitarás a otros; No ofenderás; No privarás a los demás de los bienes de la vida. Aquellas conductas que no cumplan el criterio del cuidado debido establecido por el derecho o por la moral son definidas como Negligencia mayor (Bechaump, Childress, 1998 p. 184).

**Beneficencia.** Se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. La diferencia principal entre la beneficencia y la no maleficencia, es que las reglas de No Maleficencia son obligatorias sin excepción, mientras que las de Beneficencia no se pueden exigir a todos. Algunos ejemplos de beneficencia obligatoria son: Proteger y defender los derechos de otros; Prevenir que suceda algún daño a otros; Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros; Ayudar a personas con discapacidades; Rescatar a las personas en peligro mayor (Bechaump, Childress, 1998, p. 248).

**Justicia.** Todas las personas deben ser tratadas con la misma consideración y respeto, y que distribuyamos de forma equitativa los recursos y las cargas en materia sanitaria para evitar la discriminación. Definen la Justicia como trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas. Y la Justicia Distributiva como la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. Mencionan que el principio de justicia formal, atribuido a Aristóteles, afirma que “los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratado desigualmente” y que para poder asegurarse que estamos actuando según la justicia distributiva necesitamos contar con criterios materiales, cada uno de los cuales identifica

una obligación *prima facie*, los criterios son: A cada persona una parte igual; A cada persona de acuerdo con la necesidad; A cada persona de acuerdo con el esfuerzo; A cada persona de acuerdo con la contribución; A cada persona de acuerdo con el mérito; A cada persona de acuerdo con los intercambios de libre mercado.

Una vez teniendo la comprensión de los principios básicos de la ética médica hay que navegar por los dilemas éticos que surgen en la medicina crítica, y lo haremos con el modelo de razonamiento moral (Rhodes-Alfandre, 2007), el cual le permite al estudiante reconocer problemas éticos en la práctica clínica y comprender cómo se pueden aplicar los principios para guiar la misma. Se trata de un modelo fácil de usar que implica inicialmente recoger todos los datos relevantes que pueden ayudar a responder la pregunta en cuestión, posteriormente identificar todos los principios que están en conflicto en el caso, formular una pregunta que refleje el dilema, decidir los principios que deben tener prioridad en ese escenario, evaluar la decisión por medio del consenso de otros médicos y finalmente planear los pasos a ejecutar.

### **Propuesta de curso sobre la resolución de conflictos de valores desde la bioética en escenarios simulados**

#### **Preparación del Curso**

- Finalidad del curso: Integrar los conocimientos teóricos adquiridos previamente sobre la bioética clínica en la práctica de simulación con paciente estandarizado, en situaciones de conflicto de valores para optimizar las habilidades del estudiante en la toma de la mejor decisión.
- Objetivos de aprendizaje:
  - Identificar el problema bioético
  - Conocer definición de esfuerzo terapéutico, futilidad.
  - Analizar el caso según el modelo de razonamiento moral clínico de Rhodes-Alfandre y establecer el curso de acción más apropiado.
  - Conocer el marco legal colombiano
- A quién está dirigido el curso: Estudiantes de medicina, residentes de especialidades médicas, médicos generales.



- Requisitos: Tener bases previas sobre la definición y objetivos de la bioética y sobre el método principialista.
- Diseño del entrenamiento: Presencial
- Instructor del curso: Médico con conocimiento en bioética y experiencia en simulación clínica.
- Relación instructor-estudiantes: 1 – 3
- Número de estaciones: dos
- Contenido del curso:
  - Caso de adecuación del esfuerzo terapéutico
  - Habilidades de comunicación: Cómo dar malas noticias
- Requisitos del aula: laboratorio de simulación, que se asemeje lo más posible al contexto del caso. Ejemplo: en caso de UCI, que cuente con camilla, visoscopio, carro de paro, herramientas para intubación, canalización, administración de medicamentos.
- Otros requisitos: Paciente estandarizado. Persona que se desarrollará como actor que sigue un libreto.
- Duración del caso: 15 minutos, 10 minutos de Debriefing.

### **Ejemplo Caso 1. Adecuación del esfuerzo terapéutico**

María es una mujer de 65 años de edad, con antecedente de enfermedad renal crónica sin requerimiento de terapia de reemplazo renal, con cuadro de 4 meses de dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho asociado a sensación de masa, hiporexia, astenia, adinamia, con evidencia en estudios ambulatorios imagenológicos de lesión focal en lóbulo hepático derecho altamente sospechosa de malignidad (¿hepatocarcinoma?), con metástasis a pulmón, a quien se realizó biopsia no conclusiva, por lo que se practicó nueva biopsia cuyo reporte se encuentra pendiente.

Ingresa remitida de consulta externa de oncología, por cuadro de diez días aproximadamente, de progresión de los síntomas, mayor hiporexia, somnolencia, exacerbación del dolor abdominal a pesar de manejo opioide en domicilio por horario. Al examen físico en malas condiciones generales, caquética, cifras tensionales limítrofes. Se calcula índice de Charlson de 9 puntos y Karnofsky de 40 puntos.

Durante la hospitalización, la paciente presenta mayor somnolencia, hipotensión arterial, elevación de azoados creatinina 2.6 mg/dl (habitual de 1.5 mg/dl), deterioro del estado de consciencia, con hipercaliemia leve asociada de 5.89 mEq/l, no respuesta a líquidos endovenosos, gases arteriales con acidosis metabólica e hiperlactatemia, por lo que solicitan concepto de nefrología quienes inicialmente plantean manejo médico para lesión renal aguda sin embargo la paciente no presenta respuesta, por lo que se hace una reunión de equipo multidisciplinario para definir el manejo.

### **Estación 1.**

Pesonajes: 1. Médico tratante: estudiante 1 2. Nefrólogo: estudiante 2 3. Intensivista: instructor

Preguntas a resolver:

- a. ¿Cuál sería la conducta más indicada en este caso?
- b. ¿Autoriza el ingreso a la unidad de cuidados intensivos?

Permitir el análisis del caso por parte de los estudiantes. Escuchar sus preocupaciones y consideraciones para la situación actual.

El instructor debe hacer el papel del médico tratante:

- Médico intensivista (MI): Considero que ante la falta de resultados de histología y lo reciente del diagnóstico, la paciente se beneficia de terapia dialítica y soporte vasopresor con noradrenalina para mantenimiento de cifras tensionales medias.

Por lo cual se solicita el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, se realiza paso de cateter venoso central yugular izquierdo y cateter mahurkar yugular derecho y se inician los manejos planteados.

- MI: Han pasado cuatro días desde el ingreso de la paciente María a cuidado intensivo. Hoy hemos recibido el reporte de patología de biopsia de hígado que confirma hepatocarcinoma. Considero que dado el mal pronóstico del tumor debemos suspender de inmediato todas terapias instauradas pues estamos prolongando la vida de la paciente sin ningún sentido, no tiene opciones de recuperación.

Permitir la discusión del caso por parte de los estudiantes. Escuchar sus propuestas de manejo. Guiar la discusión para:

- Identificar el problema bioético: Beneficencia versus No Maleficencia.
- Conocer los conceptos de los estudiantes sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico y futilidad.
- Analizar el caso según el modelo de razonamiento moral clínico de Rhodes-Alfandre y establecer el curso de acción más apropiado.
- Conocer el marco legal colombiano

Análisis del caso:

- Al inicio del caso se acepta el ingreso de la paciente a la unidad de cuidados intensivos, catalogada en el grupo III-A. Posteriormente al contar con el diagnóstico histopatológico, se considera que se trata de una paciente con un hepatocarcinoma con metástasis pulmonares, con BCLC D (estadio terminal) (Díaz, L.-A., Barrera, F. 2015, p.65), por lo que no es candidata a trasplante hepático, la mediana de supervivencia es inferior a 3 meses, y por lo que debería recibir exclusivamente tratamiento sintomático, por lo que se cambia al grupo III-C. Basados en los criterios recomendados por Zuñiga (2014), se considera que la diálisis no confiere mayor sobrevida ni mejoría de la condición funcional de la paciente en comparación con el tratamiento conservador, por lo que se suspenden. El soporte vasopresor se encontraba a dosis bajas, se decide no aumentar las dosis y según evolución considerar el retiro del mismo, se deja el debido registro en la historia clínica, se garantiza a la paciente medidas de confort. 24 horas después la paciente fallece.

### **Sustento teórico - Limitación (adecuación) del esfuerzo terapéutico**

Según el documento de Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos de la Junta de Andalucía publicado en 2014, en todos los países se practica algún tipo de limitación, sin embargo es difícil conocer el detalle de la misma, dada la variabilidad en el concepto y la forma de proceder de los médicos, debido a la normatividad legal y los contextos culturales y éticos de cada región. Para el Hasting Center es deber de la medicina aplicar todo el poder interventor

de las tecnologías sólo ante lo evitable, ante lo curable. Pero, por el contrario, cuando eso no resulta posible, nuestra obligación es reorientar nuestras actuaciones hacia el tratamiento del dolor, el alivio del sufrimiento, los cuidados sintomáticos y la búsqueda de una muerte tranquila. En los años 90 desarrolló un proyecto en donde aclaró cuáles debían ser los fines de la medicina en la era tecnológica y los dividió en:

1. La prevención de las enfermedades y lesiones, la promoción y la conservación de la salud
2. El alivio del dolor y el sufrimiento
3. La atención y curación de los enfermos curables y el cuidado de los incurables
4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila

Por lo que según estos fines, la limitación del esfuerzo terapéutico está englobada y justificada, y es una medicina de excelente calidad, siempre y cuando se ajuste a los requisitos adecuados. Otra definición consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida (Herreros, B., Palacios, G., Pacho, E., 2012, p. 134).

Existen diferentes formas de aplicación de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico las cuales se pueden clasificar en (Lorda, S., Lopez, P.E. 2014, p. 17-18).

- No ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. Decisión que se debe tomar posterior a una adecuada valoración individualizada y proceso de deliberación con el equipo asistencial y dejar un registro en la historia clínica. Ejemplos:
  - Por situación terminal o irreversible con mal pronóstico a corto plazo.
  - Por no beneficiarse de reingreso en UCI por haber evolucionado en ingresos previos hacia una situación irreversible.
- No instauración
  - A priori. Decidida en el mismo momento de autorizar el ingreso a la unidad.
  - A posteriori. Decidida en el transcurso del ingreso a la unidad en función de la evolución clínica.
- Retirada. Por mala evolución clínica
-

A su vez, en dicha publicación, establecen una clasificación orientativa de los pacientes según el nivel de esfuerzo terapéutico (Lorda, S., Lopez, P.E. 2014, p.46).

- Grupo I: soporte total
- Grupo II: soporte total con orden de No-RCP
- Grupo III: Soporte limitado
  - III-A: medidas invasivas condicionadas
  - III-B: No instauración de medidas invasivas
  - III-C: no instauración de medidas adicionales de ninguna clase
  - III-D: retirada de todas las medidas

En Colombia la ley 1733 de 2014 es la encargada de regular los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de paciente con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida, y reglamentan el derecho de las personas que afrontan estas enfermedad, como la de sus familiar, de recibir un tratamiento integral del dolor, alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

## **Estación 2: Ejemplo de Habilidades de comunicación - ¿Cómo dar malas noticias?**

Personajes: 1. Carolina, Hija de María: Paciente estandarizado; Médico: estudiante 1

- Médico (M): Carolina sabemos que estos días han sido muy difíciles para la señora María, para usted y toda su familia. Seguramente usted ha notado el deterioro que ella ha tenido, y que a pesar de nuestros esfuerzos no hemos logrado que mejore su estado

general, la señora María persiste muy somnolienta, no orina, y necesita medicamentos que le mantengan las cifras de presión arterial.

- Carolina (Ca): Si doctor, todos estamos muy tristes. Yo la veo muy mal. ¿usted cree que ella va a mejorar?
- (M): Como habíamos hablado anteriormente teníamos sospechas de que el tumor del hígado fuera maligno, hoy hemos recibido el resultado de la patología que así lo confirma, además está muy avanzado. Esto significa que no esperamos que su condición mejore, esto se hará haciendo peor con el paso del tiempo
- (Ca): Pero hay que hacer todo lo necesario doctor, es mi mamá.
- (M): Hasta el momento hemos tomado todas las medidas necesarias, sin embargo no hay mejoría y el problema principal es que no hay opciones de manejo para el tumor, por la presencia de metástasis ya no es operable y no tampoco hay opciones de quimioterapia.
- (Ca): Pero, ¿le pueden seguir haciendo la diálisis?.
- (M): Los estudios han demostrado que la diálisis no le va a dar mayor tiempo de vida, y tampoco va a mejorar su estado general, por el contrario, continuar con la diálisis si indicaría la necesidad de mantenerla en la unidad de cuidados intensivos, ya que cada vez que la conectan a la máquina sus signos vitales se hacen más débiles y requiere aumentarle las dosis de los medicamentos vasopresores. También puede tener más riesgos de infecciones por la manipulación de los cateteres y la estancia en el hospital.
- (Ca): Entonces la opción es quitarle todo doctor, yo no quiero que ella sufra.
- (M): La mejor opción es que tratemos de ayudarla a que esté más cómoda, garantizándole que no sienta dolor, sed, que esté tranquila y en lo posible acompañada por todos sus familiares en una habitación. ¿Usted qué cree que preferiría la señora María si pudiera elegir?
- (Ca): Ella decía que no quisiera estar “postrada” conectada a muchos tubos.
- (M): Entiendo, basado en lo que hemos hablado la recomendación médica es que no volvamos a hacer la diálisis.
- (Ca): ¿Y también le van a quitar el medicamento para la tensión?
- (M): Podríamos ir viendo qué tanto soporte necesita, puede ser que al suspender la diálisis no lo necesite más. Podríamos dejarlo como está, sin subir la dosis y tratar de

irlo disminuyendo si el cuerpo de María lo permite. O de lo contrario volveríamos a hablar a ver qué otras opciones tenemos.

- (Ca): Si doctor, yo creo que eso es lo que mi mamá habría querido.

Debe dejar clara constancia de la conversación y lo acordado en la historia clínica.

### **Habilidades de comunicación**

En cuanto a las habilidades de comunicación Lorda, López y Piqueras, 2014, en el documento de limitación del esfuerzo terapéutico: recomendaciones para la elaboración de protocolos, proponen como claves para una buena información y comunicación en el proceso de LET tres elementos centrales: 1. Elección del momento y el lugar; garantizar la privacidad. 2. Características del proceso de información; proactiva, información clara y transparente, explicar qué va a hacer, cómo y cuándo, lenguaje comprensible, información adicional por escrito, repetir el mensaje las veces necesarias, coordinar eficazmente la información por parte de todo el personal. 3. Habilidades para una buena comunicación; calidez, empatía, facilitar la expresión de las emociones, permitir la bidireccionalidad, cuidar la comunicación no verbal.

Sobre cómo dar malas noticias se recomienda seguir los protocolos institucionales o en su defecto crearlos, tener una buena relación entre el equipo, el paciente y su familia, y seguir los conceptos de Buckman que son: Dirigirse con la verdad; Emplear el escenario adecuado para cada paciente de acuerdo a su grupo étnico, principios morales, creencias religiosas, entre otras; Enterarse de lo que la familia y el paciente saben de la enfermedad y del proceso de morir; Descifrar qué es lo que quiere el enfermo y la familia; Dar la información necesaria y apropiada para cada grupo; Comprender los sentimientos y necesidades del enfermo y la familia; Discutir y dejar perfectamente claro el plan a seguir (Carrillo, R., Carvajal, R, Villaseñor, P. 2004).

### **Conclusiones**

Con la integración de la enseñanza bioética basada en escenarios de simulación clínica es posible retomar el enfoque centrado en el paciente como persona y en su familia, y permitirle al estudiante consolidar sus conocimientos bioéticos y practicarlos en un entorno seguro y

controlado, sin poner en riesgo a los pacientes. Además, es posible darle al clínico elementos que le permitan incorporar la dimensión de conflictos de valores en la toma de decisiones sobre hechos médicos, bien sea, al pie de la cama del paciente, en reuniones colegiadas del equipo de salud y con la participación de la familia y/o representante legal del paciente, o con el comité de bioética, según el caso.

Se pueden incorporar elementos desde la bioética que aporten a la enseñanza basada en simulación para la resolución de conflictos de valores en medicina crítica, por medio de casos simulados con paciente estandarizado, dicho paciente, en ocasiones puede ser como tal el sujeto enfermo, pero en otras puede ser parte del mismo equipo médico, la familia o el representante legal del paciente, quien dadas sus condiciones no puede ejercer el derecho a su autonomía.

La variedad en la que se pueden recrear los escenarios simulados, permite que se puedan representar muchos casos, en donde se enfrenten diferentes conflictos de valores, como en el presentado está beneficencia versus No maleficencia, pero también podríamos poner en conflicto Autonomía versus Justicia, entre otros. Podemos además enfrentar al estudiante a los casos que más frecuentemente se ven en la práctica, o a otros menos frecuentes pero que pudieran tener un valor especial para la formación particular de ese profesional, como por ejemplo, un caso de reanimación neonatal fallida en un residente de pediatría.

Visto desde el punto de vista de los pacientes considero la simulación clínica como una herramienta ideal, ya que como he señalado anteriormente, no expone a los pacientes reales ante un riesgo dado por una mala decisión clínica, o por que ante la falta de experiencia del estudiante, lo pueda someter a algún daño psicológico secundario a una mala comunicación o información errónea.

### **Referencias**

Alfandre, D., Schumann, J. (2007). “But Doctor, You Have to Do Everything!” Managing End-of-Life Ethical Dilemmas in the Hospital. *Seminars in Medical Practice*, 10;30-36



Amaya, A. (2008). Simulación clínica: ¿pretende la educación médica basada en la simulación reemplazar la formación tradicional en medicina y otras ciencias de la salud en cuanto a la experiencia actual con los pacientes? *Universitas Médica*, 49(3):399-405.

Asao, S., Lewis, B, Harrison, J., et al., (2017). Ethics Simulation in Global Health Training (ESIGHT). *MedEdPortal. The Journal of Teaching and Learning Resources*, 13:1-10.

Barrows, H. (1993). An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Academic Medicine*, 68(6):443-451.

Beauchamp T, & Childress J. (1998). *Principios De Ética Biomédica*. Madrid, España: Masson, S.A.

Bustos, Y., Castro, J. (2011). *AIRE, Apoyo Integral Respiratorio en Emergencias* (Vol. 1). Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.

Carrillo, R., Carvajal, R, Villaseñor, P. (2004). La etapa terminal de la vida en la unidad de terapia intensiva. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*,18(6):173-191.

Díaz, L.-A., Barrera, F. (2015). Clasificación Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) de carcinoma hepatocelular. *Gastroenterología latinoamericana*, 26(1):63-68.

Ferrada, R., Buitrago, R. (2009). *Cuidado Intensivo y Trauma* (Vol. 2). Bogotá, Colombia: Distribuna.

Esquerda, M., Pifarré, J, Roig, H, et al., (2019). Evaluando la enseñanza de la bioética: formando «médicos virtuosos» o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Atención Primaria*, 51(2):99-104.

García, J. (2015). Dilemas bioéticos sobre el final de la vida. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2):242-257.

Gligorov, N., Sommer, T.M, Ballato, et al., (2015). Bridging the Gap between Knowledge and Skill: Integrating Standardized Patients into Bioethics Education. *Hastings Center Report*, 45(5):25-30.

Gracia, D. (2008). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela.

Herreros, B., Palacios, G., Pacho, E., (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española*, 212(3):134-40.

Johns Hopkins medicine, 2019. Standarized patient program. Recuperado de [https://www.hopkinsmedicine.org/simulation\\_center/training/standardized\\_patient\\_program/index.html](https://www.hopkinsmedicine.org/simulation_center/training/standardized_patient_program/index.html)

Ley 1733 de 2014. (Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida, 2014). Septiembre 8 de 2014.

Lorda, S., Lopez, P.E. (2014). Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos. *Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales*.

Rhodes, R., Alfandre, D. (2007). A systematic approach to clinical moral reasoning. *Clinical Ethics*, 2: 66-70.

Rincón, M., Carrillo, L.M, Camargo, M.A., et al., (2008). Educación, bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo. *Revista latinoamericana de bioética*, 8(2):114-123.

Rincón, M., Garzon, F. (2015). Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(2):42-51.

The Institute for International Medical Education (IIME), 2019. The IIME. Recuperado de <http://www.iime.org/documents/gmer.htm>.

Tritrakarn, P., Berg, B., Kasuya, R., et al., (2014). Can We Use Simulation to Teach Medical Ethics? *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 73(8):262-264.

Wang, M., Zhao, B., & Sun, X. (2015). Application of Medical Ethics in the Medical Simulation Education. *International Conference on Engineering Management, Engineering Education and Information Technology (EMEEIT 2015)*, 23-26.

Wojtczak, A. (2006). Retos de la formación médica de pregrado. *Educación Médica*, 9(4A)148-158.

Ziv, A., Wolpe, P., Small, S., et al., (2003). Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Academic Medicine*, 78(8):783-788.

Zuñiga-San-Martin, C. (2014). Cuidados de soporte/paliativos en diálisis. ¿ Por qué, cuándo y cómo? *Diálisis y Trasplante*, 20-26.

