



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.

HUMANIDADES EN SALUD

CRITERIOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INGRESO A LA TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRIA EN CIENCIAS

PRESENTA:

SANDRA LUZ LIZÁRRAGA LÓPEZ

Tutor principal:

DRA. MYRIAM M. ALTAMIRANO BUSTAMANTE
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MEXICO, D. F.

ENERO DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Contenido	Página
Resumen estructurado	3
Introducción	4
Contextualización de la bioética en la terapia intensiva	5
Medicina transfuncional, su fundamentación	6
Los pacientes pediátricos con cáncer y su ingreso a las unidades de terapia intensiva.	7
Identificación de dilemas y deliberación ética.	10
Identificación de valores hacia el trabajo.	13
Justificación	15
Planteamiento del problema	16
Objetivos	17
Hipótesis	18
Material y métodos	18
Etapas del proyecto	19
I. Intervención educativa	19
II. Identificación y clasificación de dilemas	20
III. Ejercicio de deliberación ética con el método integral e identificación de valores en los médicos.	22
IV. Clasificación de valores hacia el trabajo en el personal médico.	22
Aspectos éticos	24
Factibilidad	25
Análisis metodológico	26
Resultados	27
Discusión	37
Conclusiones	40
Cronograma de actividades	41
Referencias bibliográficas	42
Anexos	46
Apéndice	61

CRITERIOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INGRESO A LA TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

Introducción En las unidades de terapia intensiva se tiene una actitud crítica y reflexiva en las decisiones tomadas en el paciente pediátrico con cáncer, el deliberar hasta qué punto es transformable la gravedad y hasta qué punto el actuar médico puede influir en la reversibilidad, son algunos dilemas éticos devenidos por uso de los avances tecnológicos que influyen en la sobrevivencia de estos pacientes y la bioética nos ayuda a explicarlos. En la actualidad la medicina basada en evidencias y medicina basada en valores, inciden en el proceso de las decisiones clínicas del personal de salud; la construcción de puentes entre ambas constituye la medicina transfuncional, con la cual se tiene una visión integral, que enfatiza el profesionalismo y el humanismo; incrementa la calidad en la atención del niño con cáncer y la optimización de recursos sanitarios. **Objetivos** Desarrollar criterios transdisciplinarios de ingreso a la terapia intensiva de pacientes pediátricos con cáncer. Identificar dilemas éticos a través del método integral, así como valores del personal médico en la práctica clínica y hacia el trabajo. **Metodología:** se realizó con un enfoque mixto: observacional, descriptivo, análisis cualitativo y cuantitativo **Resultados:** Los dilemas fueron referentes a la relación médico paciente, utilidad terapéutica, limitación del esfuerzo terapéutico, calidad de vida y final de la vida. Los valores identificados en cada deliberación ética: no discriminación, respeto, autonomía, justicia, compasión. En cuanto a los valores hacia el trabajo la benevolencia (auto-trascender) y apertura al cambio son los que tiene mayor preferencia y percepción por los médicos **Conclusión:** Constituye un acercamiento a los valores que influyen en la identificación de dilemas y en el discernimiento ético, el análisis de cada paciente debe ser integral e individual para conjuntar los criterios de acuerdo a las diferentes disciplinas tomar la mejor decisión para el paciente.

Palabras claves: *ética, bioética, dilemas, método integral, medicina transfuncional, criterios transdisciplinarios, pacientes pediátricos con cáncer, medicina crítica*

CRITERIOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INGRESO A LA TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

Introducción.

La bioética es un movimiento reciente, el término bioética viene determinado por las dos palabras griegas que entran en su composición, *bios*, vida y *ethos*, costumbre. Etimológicamente, el término sirve para designar las costumbres que tienen que ver con la vida o el cuidado de la vida. En un sentido más científico, la raíz *bios*, vendría a designar las ciencias de la vida, y la raíz *ethos*, la ciencia de las costumbres, la ética. De este modo, la bioética sería parte de la ética que analiza los problemas planteados por las ciencias de la vida.¹

El optar por una de las tantas definiciones de bioética que han surgido con el paso del tiempo es difícil, para los fines de este trabajo consideraremos la siguiente debido a que la bioética es considerada como una disciplina que ayuda a reflexionar sobre situaciones de incertidumbre a través de una metodología de estudio entre los valores y el fenómeno biológico. Así se deduce de la definición de bioética en la *Enciclopedia de Bioética: "estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales"*.²

De acuerdo a lo anterior, los antecedentes para esta investigación, se dividen en cinco secciones: la primera, discurre en como la bioética se encuentra en estrecha relación con la práctica clínica que se lleva a cabo dentro de las unidades de terapia intensiva. La segunda, explica la fundamentación de la medicina transfuncional y su relación con la ética clínica. La tercera, corresponde a la atención integral de los pacientes pediátricos con cáncer y los criterios de ingreso a las unidades de terapia intensiva. En la cuarta, indico la importancia de la identificación de dilemas éticos, su clasificación; y por último, la de identificar los

valores hacia el trabajo, enfocados al quehacer de los médicos que laboran en las unidades de terapia intensiva pediátrica.

Contextualización de la bioética en la terapia intensiva.

Dentro del concepto de unidades de terapia intensiva (UTI), se consideran a aquellos sectores hospitalarios de asistencia médica con una vigilancia estrecha para enfermos graves que presentan un alto riesgo de perder la vida, y que son candidatos de algún tipo de soporte temporal de sus funciones vitales; cubriendo con ello todas las posibilidades terapéuticas, sin abandonar el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base, que ha originado el fallo del organismo.^{3,4}

En las unidades de terapia intensiva pediátrica se debe de tener una actitud crítica y reflexiva en las decisiones que tomemos sobre cada paciente hospitalizado y nos apoyamos en la bioética para explicar, una variedad de dilemas sobre todo cuando nos enfrentamos a situaciones límite como la muerte, el sufrimiento, el deterioro progresivo de una enfermedad. En los pacientes pediátricos con cáncer además, se pueden considerar otros dilemas, tales como: si se debe de realizar reanimación cardio pulmonar (RCP) en un paciente en etapas avanzadas del cáncer; continuar o limitar el tratamiento; incluir a pacientes a protocolos de investigación; el egresar de la terapia intensiva a pacientes que no tienen respuesta al tratamiento integral o considerar el reingreso de los niños con disfunción orgánica múltiple con mínima posibilidad de sobrevida a pesar de que su pronóstico oncológico sea muy bueno; aunado a esto se encuentra la utilización de los avances en la tecnología y la ciencia para el apoyo vital a estos pacientes y con ello, la prolongación de la vida o el aplazamiento de la muerte. El reflexionar hasta qué punto es transformable la gravedad y hasta qué punto el actuar médico puede influir en la reversibilidad y en el desenlace de un paciente en la terapia intensiva, hoy son algunos problemas bioéticos devenidos por uso de los avances tecnológicos que influyen en la sobrevida de estos pacientes.⁵

Los fines de la medicina crítica son: salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento, evitar daños que puedan producirse en las unidades de cuidados intensivos, restituir el estado de salud, es decir, la recuperación total del enfermo, pero en ocasiones no se logra o se realiza parcialmente.

En junio de 1998, se firmó la Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos en el congreso mundial de medicina y cuidados intensivos donde los derechos del paciente ingresado constituyen la columna vertebral del documento,⁵ que reconoce tener una actitud sobre las cuestiones bioéticas relacionadas con el cuidado de la vida con un trato respetuoso y digno, de los pacientes ingresados en dichas unidades.⁵

Medicina transfuncional, su fundamentación y su relación con la ética clínica.

En la actualidad, el cuidado a la salud, está definido por términos como son medicina basada en evidencia, medicina centrada en el paciente o práctica médica basada en valores.⁶ Ambos sistemas inciden directamente en el proceso de las decisiones clínicas durante la práctica diaria del personal de salud.⁷ Si bien existe un predominio en las investigaciones basadas en evidencia médica, la tendencia en los últimos años es a enfatizar el componente humanista de la medicina.⁸ Un análisis cuidadoso de ambos paradigmas pone en relieve que se enfocan en diferentes aspectos de la práctica médica; la medicina basada en evidencia emergió en los años 90 con una visión positivista del área biomédica y se centra en la enfermedad. Mientras que la medicina basada en valores se centra en el paciente, tiene una perspectiva bio-psicosocial, combina los valores éticos de la profesión médica con los intereses de los pacientes.^{2,4} El fortalecimiento del binomio medicina basada en evidencias y medicina basada en valores y la construcción de puentes entre ambas es uno de los desafíos de las ciencias biomédicas del milenio y es lo que constituye la medicina Transfuncional.^{9,10}

La ética clínica es la piedra angular en la que descansan las nuevas tecnologías de la medicina que van desde la genética, la biología de la reproducción, el trasplante de órganos hasta los métodos de reanimación y mantenimiento de la vida.^{11, 12}

En la práctica clínica actual, la ciencia médica se ha fusionado con el área social en la medida en que han evolucionado la biomedicina, la bioestadística y la sociología médica. En la actualidad, se insiste en visualizar al paciente como un todo social porque es importante para el diagnóstico, tratamiento y análisis de las enfermedades que presente.¹³

La aplicación práctica de la medicina transfuncional es esencial para establecer una relación médico-paciente estrecha y exitosa para cumplir el fin de la medicina¹⁴; esto se logra a través de el fortalecimiento del binomio medicina basada en evidencia y medicina basada en valores y la cual requiere –de manera esencial- de la formación de equipos transfuncionales conformado por médicos especialistas, experto en bioética, filósofos, economistas, antropólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermería entre otros.

Los pacientes pediátricos con cáncer y su ingreso a las unidades de terapia intensiva.

El tratamiento del cáncer ha cambiado en las últimas décadas con la introducción de nuevos protocolos de tratamiento intensivo aunado con la terapia de soporte; esto ha mejorado el pronóstico y la sobrevida, pero también ha incrementado el número de enfermedades o complicaciones asociadas. Estos pacientes en ocasiones son considerados con pronóstico de sobrevida pobre, especialmente si las complicaciones que ocurren amenazan la vida, se describen como pacientes “no recuperables” y se puede limitar el ingreso a las unidades de terapia intensiva; este tipo de dilemas que se presentan en la práctica clínica

cotidiana hace que recurramos a la ética clínica para la resolución de dicho dilema.

En México, en el Título Tercero Bis, De la Protección Social en Salud, en el Capítulo I Disposiciones Generales, señala en el:

Artículo 77 bis 1.- *Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.*

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título

También, la Ley General de Salud, atribuye a las asociaciones profesionales a velar por la ética de sus agremiados: en su Capítulo III, Prestadores de Servicios de Salud, dice en el:

Artículo 49.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

También el legislador, incide en la conducta del profesional de la salud en el ejercicio de su profesión, en el Capítulo IV, Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad, en el que dice

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Con lo anterior, se garantiza que los pacientes pediátricos con cáncer, a pesar de su enfermedad de base, tienen derecho a recibir atención médica en una UTI, recibiendo un trato digno durante su estancia.

Si consideramos que en los países industrializados, las enfermedades neoplásicas en niños menores de 15 años son alrededor de 0.5%; y en México, el cáncer en la etapa pediátrica pasó de ser de lugar 13 como causa de muerte (1971) al segundo lugar entre la población de 1 a 14 años en el año 2000;^{15,16, 17}

no podemos obviar la realidad de que actualmente, han incrementado las solicitudes de ingresar pacientes con esta patología a las UTI y la evaluación inicial de un paciente pediátrico con cáncer es difícil de ejecutar para establecer el criterio de irreversibilidad, por lo que se han realizado sistemas de evaluación para establecer el pronóstico, sobre todo en el paciente oncológico con antecedente de trasplante de médula ósea, algunos de estos sistemas son: la escala para evaluar el riesgo de mortalidad en el paciente pediátrico oncológico (O-PRISM), el sistema para evaluar la intervención terapéutica (TISS); así como la identificación del número de fallas orgánicas que presenta el paciente. Estos sistemas son medios de cuantificar objetivamente la situación clínica de paciente y predecir su pronóstico.^{18,19, 20, 21, 22, 23, 24}

La aplicación de escalas pronósticas para la sobrevida de los pacientes, implican o infieren una evolución final en ocasiones letal por el compromiso de las funciones de órganos vitales; la identificación de estos factores predictivos permiten estratificar pacientes por grupos de riesgo, sobre la base de la mortalidad, las secuelas y la discapacidad que dejan y el grado de recuperación del estado de salud. Estos sistemas de escalas pronósticas se emplean en las unidades de terapia intensiva para el seguimiento a los pacientes hospitalizados, permitiendo establecer con rigor científico, la magnitud de la gravedad y establecer pronósticos desde el ingreso y durante su estancia, para evaluar el curso de la enfermedad.

Identificación de dilemas y deliberación ética.

Un dilema, se presenta cuando dos cursos de acción parecen - después de un examen riguroso - igualmente buenos, o, igualmente malos pero inevitables, en el sentido que se está obligado a elegir alguno de los dos.^{25,26}

La ética clínica trata los problemas sobre la atención al paciente y se requiere implementar una cultura de la misma desde los estudios universitarios

hasta los hospitales, en donde el personal relacionado con el área de la salud adquiera y ejerza los valores que les permitan reconocer estos dilemas éticos, que los lleven a realizar el discernimiento de los mismos, para tomar la mejor decisión en base a esta deliberación crítica y crear un modelo en la atención médico- paciente.^{27, 28, 29}

El fomentar esta reflexión sistematizada de los dilemas éticos de la práctica clínica y de tal manera infundir en el médico y en el personal de salud, una sabiduría práctica y la habilidad de apreciar valores, para desarrollar virtudes que optimicen la relación médico-paciente y el cuidado del enfermo.^{30,31,32} Kahn, señala la importancia de que el médico revise ampliamente los valores de la relación médico-paciente.^{33, 34}

Sharon Jeanne Smith y Anne J. Davis agrupan los dilemas en cinco categorías distintas. La primera se refiere a un conflicto que se da entre dos principios éticos propios de una persona y que al momento de tratar al paciente se contraponen. En el segundo, encontramos dos posibles acciones, de las cuales cada una tiene ventajas y desventajas, lo cual hace que tomar una decisión se convierta en un dilema. El tercer grupo, es un conflicto entre una petición respecto a una acción y la necesidad de reflexionar en una situación, para la cual la información ética con la que se cuenta resulta insuficiente. En el cuarto grupo, podemos encontrar un dilema cuando tenemos un conflicto entre dos alternativas que son igualmente insatisfactorias. Y por último se puede encontrar un dilema cuando existe un conflicto entre los principios éticos propios del personal de salud y sus obligaciones laborales.³⁵

Para la identificación de dilemas éticos utilizaremos el proceso inductivo, basado en la teoría ética de análisis según la clasificación de Josep Lozano^{36,37} basada en tres enfoques principales: el aretológico o de las virtudes, deontológico y utilitarista.

La ética de la virtud, ocupó un lugar central en la propuesta filosófica de Aristóteles. Identificaba dos tipos de virtudes, las morales y las intelectuales; las primeras relacionadas con los sentimientos y las acciones y las segundas obtenidas mediante la instrucción para perfeccionar el conocimiento y la verdad. Y según Aristóteles, una acción es buena si permite que las personas se hagan virtuosas, y esto está muy relacionado con la vocación de la persona la cual tiene que realizar a plenitud. Aristóteles menciona cuatro virtudes que son esenciales para todo ser humano y estas son, templanza, fortaleza, justicia y prudencia.³⁸

La teoría deontológica, sostiene que los conceptos de deber, de obligación son independientes del concepto del bien. Tiene su principal representante en Kant, quien argumenta que las consecuencias no hacen a una acción correcta o incorrecta, el tipo de acción de que se trata; está sustentada en la razón. Para Kant, cada persona es su propia autoridad moral, su auto legislación. Aquí el bien se determina por el deber para un bien común, para la sociedad a la que pertenezco y cumpla una función. Para Kant, toda acción moral o ética se da si se realiza de una manera desinteresada, racional y no coaccionada; sustentada en normas y principios de libertad.³⁸

El utilitarismo en la toma de decisiones en dilemas éticos, es la posición más elemental e innata, ya que el actuar del médico, la mayoría de las veces, se basa en la percepción sensible del bien, es decir, que es bueno si puedo observar y medir las consecuencias de esa decisión que se está realizando, sobre todo cuando pensamos que éstas pueden causar daño o sufrimiento. El principio básico es el de la utilidad, es el que establece que mi proceder se realizará cuando obtenga el máximo beneficio posible para el mayor número de personas con el menor perjuicio posible. Uno de sus representantes es Stuart Mill quien propone que el bien es la felicidad y lo correcto aquello que promueve el bien.^{38,39}

Identificación de valores hacia el trabajo.

Laín Entralgo, distingue en el comportamiento médico seis dimensiones a las que corresponden otras tantas virtudes, la cual se especifica de la siguiente manera⁴⁰:

Dimensión	Virtud correspondiente
Médica (buscar el bien)	<i>Benevolencia</i>
Espiritual (comunicación)	<i>Veracidad</i>
Volitiva (toma de decisiones)	<i>Respeto</i>
Afectiva (sentimientos)	<i>Amistad</i>
Social (relación médico-paciente)	<i>Justicia</i>
Religiosa (actúa como sacerdote)	<i>Religiosidad</i>

La importancia de los valores, de acuerdo a Shalom Schwartz están relacionados con las prioridades individuales, la estructura social, en las cuales se considera la edad, el género, la educación y la ocupación.⁴¹

Para fines de este trabajo nos basaremos en la Escala de Valores (EVAT) que fue desarrollada en el 2000 para medir valores en el contexto del trabajo, la cual está sustentada en la Teoría de Schwartz (1992), fue modificada para población mexicana por Arciniega y González; este cuestionario operacionaliza los cuatro valores de orden superior de la Teoría de Schwartz a través de dieciséis ítems focalizados en escenarios laborales, en este caso en la unidad de terapia intensiva pediátrica.⁴²

Los cuatro valores de orden superior son: autoengrandecimiento (SE: self-enhancement), autotranscendencia (ST: self-transcendence), apertura al cambio (OC:openness to change) y conservación (CO: conservation). Este instrumento valora las siguientes dimensiones: una dimensión bipolar que se refiere a objetivos motivacionales opuestos: uno, para aumentar el interés personal (OC), incluso a expensas de los demás y el otro, para trascender de las preocupaciones egoístas y promover el bienestar de los demás (CO). Las otras dos dimensiones

tiene dos objetivos diferentes: una referida a la medida en que se motivan los individuos a seguir sus propios intereses intelectuales y emocionales (ST) y la otra centrada en preservar *el status quo* y la estabilidad en las relaciones con las personas e instituciones (SE). Figura 1

Figura 1. Estructura dinámica de los valores realizada por Arciniega y colaboradores.

Arciniega y cols., retomaron la propuesta de Schwartz porque ofrece una visión dinámica entre las dimensiones; explican que la teoría propuesta por Schwartz plantea que “cada valor expresa un conjunto motivacional”, lo cual permite llegar a una estructura dinámica de clasificación muy exhaustiva al abarcar todas las tipologías que puedan existir. Arciniega y cols., presentan una tabla con la descripción específica de cada tipología:

Tipología	Descripción
Autoridad:	Estatuto social y prestigio, control y dominio sobre las personas y recursos.
Logro:	Éxito personal demostrando ser competente a través de los estándares sociales.
Hedonismo:	Placer y sensación grata para uno mismo.
Estimulación:	Estimulación, innovación y reto.
Auto dirección:	Elección independiente de actos y pensamientos, creación.
Universalismo:	Comprensión, tolerancia, apreciación, y protección del bienestar de toda la gente y de la naturaleza.
Benevolencia:	Preservación y engrandecimiento del bienestar de la gente con la que se está frecuentemente en contacto.
Tradicición:	Respeto, compromiso y aceptación de las costumbres e ideas que la tradición cultural o la religión proveen.
Conformidad:	Restricción de las acciones, inclinaciones e impulsos, que pudieran molestar o perjudicar a otros y cumplir reglas sociales o normas.
Seguridad:	Seguridad, armonía y estabilidad social en las distintas relaciones y consigo mismo.

Justificación

La medicina transfuncional requiere del fortalecimiento del binomio medicina basada en evidencias-medicina basada en valores además de la integración de grupos transfuncionales. Lo anterior para lograr una visión integral de la medicina que enfatice el profesionalismo, el humanismo y la clínica. La medicina transfuncional que se centra en la interacción paciente-enfermedad, en su persona y en las preocupaciones de los familiares, en los axiología de la medicina como

son los valores epistémicos, éticos, sociales, económicos, culturales entre otros está en sus primeras fases en México y en el mundo.

Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la calidad en la atención médica de los pacientes pediátricos con enfermedad oncológica, proponemos considerar la aplicación de los criterios transdisciplinarios en su atención en las diferentes fases de su enfermedad, sobre todo cuando es necesario ser ingresados a una terapia intensiva.

La atención médica posee una esencial dimensión axiológica transfuncional (valores epistémicos, éticos, antropológicos, económicos, sociales, entre otros) que le trasmite un sentido y fundamento a la profesión del médico y de todo el personal de salud.

En las UTI el personal de salud se enfrenta a situaciones de decisión que parecen tener dos alternativas igualmente válidas pero que al tener que elegir una, (cada persona desde su bagaje personal y entorno, realiza la identificación, análisis y toma de decisiones éticas), en la mayoría de las ocasiones, de manera automática y de acuerdo a los usos y costumbres, que en muchos casos están distantes del apego a los principios ya sean epistémicos, éticos, antropológicos, sociales, económicos. Es por ello que consideramos fundamental implementar un método de deliberación ética como es el método integral y desarrollar criterios transdisciplinarios de ingreso para pacientes con cáncer a las unidades de terapia intensiva ya que son pocos los estudios desarrollados al respecto y sobre todo en nuestro país; de ahí nuestro interés en desarrollarlos para que puedan guiar al personal médico en la toma de decisiones.

Esto redundará en una cultura transfuncional para el personal de salud, promoverá una mejora en la relación médico paciente, así como la optimización de los recursos sanitarios y especialmente en la calidad de la atención a los niños con cáncer.

Planteamiento del problema

Con el transcurrir de los tiempos en las diferentes sociedades y culturas se ha planteado interrogantes como la clasificación entre lo bueno y lo malo, el bien y el mal, sobre lo correcto e incorrecto, los valores, lo que se hace y se deja de hacer, de cómo vivimos, el establecimiento de normas; esto implica a la ética, y contempla un conjunto de principios y cualidades morales que guían y regulan las acciones de un individuo o de un grupo profesional.

Es por ello que consideramos que es imprescindible realizar este estudio que pretende contestar las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son los dilemas en la práctica clínica más frecuentes a los que se enfrenta el personal de salud de una UTI ante un niño con cáncer?
2. ¿Cuáles serían los criterios transdisciplinarios de ingreso de un paciente con cáncer a las UTI pediátricas?
3. ¿Cuál será el impacto del desarrollo e implementación de un instrumento con estos criterios para ingresar pacientes con cáncer en las UTI pediátricas?

Objetivos.

Objetivo general:

Desarrollar criterios transdisciplinarios de ingreso para los pacientes pediátricos con cáncer a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Instituto Nacional de Pediatría (INP).

Objetivos específicos:

- Identificar los dilemas éticos más frecuentes que se presentan en la práctica clínica en una unidad de terapia intensiva pediátrica en pacientes con cáncer.
- Implementar el método integral de deliberación para el análisis de dilemas éticos presentados en los pacientes pediátricos con cáncer, en la unidad de terapia intensiva del INP.
- Identificar los valores hacia el trabajo en el personal médico que labora en la unidad de terapia intensiva del INP.

- Diseñar un cuestionario con criterios transdisciplinarios para la admisión de los pacientes pediátricos con cáncer a la UTI del INP.

Hipótesis de Trabajo

Hipótesis primaria

El uso de los criterios transdisciplinarios de admisión de los pacientes pediátricos con cáncer a la UTI del INP optimiza la calidad de atención de estos pacientes.

Material y métodos

Clasificación del estudio: Es un estudio prospectivo, transversal.

Variables:

Variable independiente: dilemas éticos.

- Edad.
- Sexo.
- Tipo de cáncer.
- Estadio del cáncer.
- Tiempo de evolución.
- Complicaciones médicas (fallas orgánicas) y/o quirúrgicas.

Variables dependientes:

- Sistematización de discernimiento ético por el método integral para de ingreso a una UTI.
- Aproximación metódica para la identificación y resolución de los dilemas éticos de la práctica clínica en la UTI del INP.

Población objetivo: Personal de médico (residentes y adscritos) de la UTI y pacientes pediátricos con cáncer de 1 mes a 18 años de edad en los cuales haya existido un dilema ético.

Criterios de inclusión:

- a) Personal médico (residente y adscrito) que laboren en la UTI del INP que acepten participar en el estudio para la identificación de los dilemas éticos y la utilización del método integral para la realización de la deliberación ética cuando se presente una valoración clínica para

ingresar a un paciente con cáncer y en la cual exista un dilema; además tienen que haber firmado el consentimiento informado de participación en el proyecto de investigación.

- b) Valoración clínica de los pacientes pediátricos con cáncer candidatos a ingresar a la UTI del INP a los cuales se solicite su ingreso a la UTI a través de una solicitud de interconsulta; se obtendrán datos de su expediente clínico.
- c) Valoración clínica de los pacientes pediátricos con cáncer que se encuentren hospitalizados en la UTI del INP y en los cuales exista un dilema ético al momento de iniciar el proyecto.

Etapas del proyecto

Para alcanzar los objetivos planteados el proyecto se realizó en cuatro etapas, las cuales se describen a continuación y el tiempo para cada etapa está descrito en el cronograma de actividades:

I. Intervención educativa.

II. Identificación y clasificación de dilemas.

III. Ejercicio de deliberación ética con el método integral e identificación de valores en los médicos.

IV. Clasificación de valores hacia el trabajo en el personal médico.

I. Intervención educativa.

En una reunión en el área de terapia intensiva del INP, a los médicos que están realizando la especialidad en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico, se les presentó el proyecto de investigación y se les invitó a participar en dicho proyecto, el cual contó con cuatro etapas, la primera, fue conocer el proyecto, se les explicó la definición de dilema, las cuestiones bioéticas y éticas en los pacientes que se encuentran en una unidad de terapia intensiva; también se les instruyó a cómo llenar el cuestionario semi estructurado cuando se les presentó el dilema ético al asistir a la valoración médica, para ingresar un paciente pediátrico con cáncer a la unidad de terapia intensiva. El cuestionario incluyó en su

estructura la forma de realizar a través del método integral la deliberación ética del dilema en cada uno de sus puntos, lo cual se muestra en la sección siguiente.

Se les solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado si estaban de acuerdo en la participación en el proyecto.

II. Identificación y clasificación de dilemas

En esta sección, explico la forma en que fue identificado en un paciente un probable dilema ético, a través de un cuestionario semi-estructurado, el cual incluye los siguientes puntos:

1. Se analizó el caso del paciente con cáncer al cual se le solicitó una valoración para ingresar a la UTI en forma individual, y en el cual se pensó que existía un dilema ético.
2. Identificación de los hechos:
 - Antecedentes de importancia.
 - Circunstancias o factores internos o externos de influencia
 - Actores principales
 - Actores secundarios
 - Identificando que tipos de problemas éticos existieron
3. Descubriendo o identificando los problemas
 - Jerarquizando los problemas
 - Analizando y aplicando el discernimiento:
 - a) ¿Cuál es el bien que se busca?
 - b) ¿Quién es el destinatario del bien?
 - c) ¿Personaje principal?
 - d) ¿Quiénes son los personajes secundarios?
 - e) ¿Cuáles son las circunstancias?
 - f) Análisis: Utilitarista, Deontológico y Aretológico
 - g) ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

- h) ¿Quién es el responsable de tomarlas?
- i) ¿Qué prefiere el paciente?
- j) ¿Qué prefiere el equipo de salud?

4. Planteamiento:

- a. Soluciones
- b. Conclusiones
- c. Recomendaciones

Además, también se preguntaron los componentes principales de la historia clínica del paciente, estudios de laboratorio y se realizó la captura de los datos que componen el anexo 1, así como, la evaluación de riesgo de mortalidad (Anexo 2. PRISM – O) y un sistema de intervención terapéutica (Anexo 3. TISS) y los órganos que se encuentren en disfunción orgánica (Anexo 4. DOM) en el momento de su valoración.

Una vez que fue llenada la hoja de captura y se identificó el tipo de dilema en el paciente al cual se acudió a valorar, se realizó la deliberación ética del mismo en base al método integral, tanto por el médico residente como por el investigador responsable, debido a que la responsabilidad en la toma de decisión de ingreso a la UTI, corresponde al médico adscrito quien finalmente propone soluciones, conclusiones y recomendaciones a cada paciente.

Analizados cada uno de los dilemas, se procedió a la transcripción del documento en Word, para posteriormente realizar la identificación de los valores del quehacer médico en cada uno de los cuestionarios realizados, con el fin de catalogar los valores del personal médico que realizó el llenado del documento semi-estructurado, de acuerdo a la guía para la codificación de valores (Anexo 5) en la base de datos en el programa Atlas TI.

III. Ejercicio de deliberación ética con el método integral e identificación de valores en los médicos.

Se propone este método para el análisis y deliberación ética de los dilemas encontrados en la práctica clínica en la unidad de terapia intensiva, ya que se considera una ética de máximos, en el que se busca el BIEN, del paciente desde varias perspectivas éticas, donde participa el equipo de salud, el familiar o tutor y el paciente si es factible; debemos considerar que analizaremos casos de pacientes pediátricos, en los cuales su competencia para decidir puede estar afectada ya sea por la edad o el estado de gravedad en los que se encuentran.

Este método integral, se caracteriza por hacer al médico consciente de la forma en que toma sus decisiones (utilitaristas, deontológico y aretológicas) y de los valores y virtudes que están realizándose; es decir, que durante el análisis ejerce su jerarquía de valores, pero debe de tener como eje rector a la persona, convirtiéndose en el agente moral que guía el análisis del dilema.

El médico perfecciona sus habilidades tecno-científicas así como su comportamiento moral.

Los pacientes en los cuales se identificó un dilema ético, fueron analizados con éste método y se puede ver en el apéndice I.

IV. Clasificación de valores hacia el trabajo.

Con la Escala de Valores hacia el Trabajo (EVAT, versión con 16 ítems), se identificaron los valores en el trabajo de los médicos participantes en el proyecto. (Anexo 6).

El cuestionario cuenta con 16 ítems que están organizados de la siguiente manera: 4 ítems evalúan apertura al cambio, 4 orientados a evaluar conservación, 4 a evaluar el factor de auto trascender, y por último 4 que evalúan el factor de auto engrandecimiento. Cuadro 1

Cuadro 1. Factores e ítems del cuestionario EVAT.

Dimensión	Factores	Ítems	Tipología
Primera	<i>APERTURA AL CAMBIO</i>	1,5,9,13	Autodirección, estimulación
		1	Estimulación
		5	Estimulación
		9	Autodirección
		13	Autodirección
	<i>CONSERVACION</i>	2,6,10,14	Conformidad, tradición y seguridad
		2	Tradición
		6	Seguridad
		10	Conformidad
		14	Conformidad
Segunda	<i>AUTO TRASCENDER</i>	4,8,12,16	Universalismo, benevolencia
		4	Benevolencia
		8	Benevolencia
		12	Universalismo
		16	Universalismo
	<i>AUTO ENGRANDECIMIENTO</i>	3,7,11,15	Logro, autoridad.
		3	Autoridad
		7	Logro
		11	Autoridad
		15	Logro

Aspectos éticos

Se considera una investigación sin riesgo en base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, como se especifica en el **Capítulo I, Artículo 17.-**

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

Y omitimos la carta de consentimiento informado por parte de los pacientes, padres o tutores en base al siguiente artículo:

Artículo 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y **tratándose de investigaciones sin riesgo**, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Sustentamos la **confidencialidad** obtenida al analizar el expediente clínico en base a la Resolución por la que se modifica la **NOM-168-SSA1-1998**, del expediente clínico único, los numerales:

5.6. En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a

conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente o a la CONAMED, para arbitraje médico.

Se explicó a los médicos participantes en el proyecto que la información obtenida será estrictamente confidencial y utilizada sólo para fines del presente estudio y ellos si realizaran la firma de un consentimiento informado para la participación en el proyecto.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto:

Este estudio se realiza desde una perspectiva ética integral:

- Desde el punto de vista utilitario al detectar la forma de transmisión del conocimiento ético-tácito puede establecerse un modelo de la práctica clínica mexicana.
- Desde el punto de vista deontológico es nuestro deber ofrecer atención de alta eficiencia y,
- Desde el punto de vista aretológico vigilamos uno de los bienes fundamentales de la persona que es la salud.

Factibilidad.

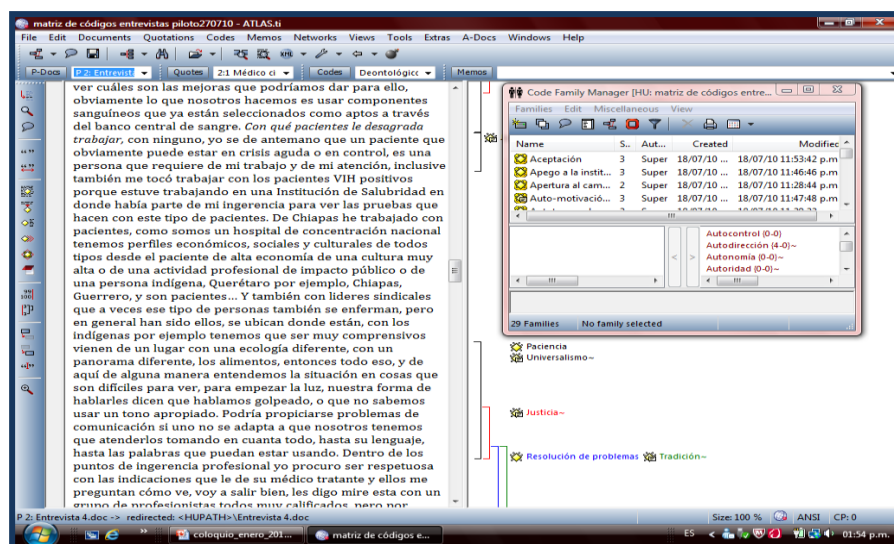
Se cuenta con la autorización por parte del Departamento de terapia intensiva del Instituto Nacional de Pediatría así como de la participación del personal de salud para la identificación y deliberación ética de dilemas en los niños con cáncer.

Análisis metodológico.

El diseño del estudio se realizó con un enfoque mixto: observacional, descriptivo, análisis cualitativo y cuantitativo, de acuerdo a cada una de las etapas.

La población estudio estuvo compuesta por médicos que se encuentran laborando en la unidad de terapia intensiva del INP, los cuales identificaron dilemas éticos al realizar la valoración médica para ingresar a niños con cáncer a la terapia intensiva. Durante la valoración se efectuó el llenado de un cuestionario semi-estructurado (anexo 1). Toda la información fue procesada y analizada en el programa Atlas ti v6.25; donde en el cuerpo de datos textuales de cada uno de los cuestionarios en donde se llevó a cabo la deliberación del dilema ético del paciente, se ejecutó la codificación (Figura 2*) del documento, con el apoyo de la guía para la codificación de los valores en el personal de salud” (anexo 5), que al realizar el análisis cualitativo, nos mostró las relaciones complejas entre los códigos que se encontraban en los cuatro documentos. (Figuras 3, 4, 5); lo cual facilitó la identificación de los tipos de dilemas existentes, el papel del médico en la terapia intensiva, los valores de los mismos así como, los factores relacionados que intervienen en su trabajo cotidiano.

Figura 2*. Imagen de una matriz de codificación de un documento.



*Es un ejemplo de cómo se observa en la base de datos cada una de las codificaciones

Para la identificación de valores hacia el trabajo, se construyó una base de datos utilizando el programa SPSS 19 y se realizó un análisis univariado para las variables cuantitativas, se reportaron medidas tendencia central y se determinó asimetría y Curtosis. Se realizó análisis de escalamiento multidimensional utilizando las preguntas del cuestionario EVAT.

Resultados.

Los resultados se exponen de acuerdo a cada uno de objetivos del proyecto.

Identificación de dilemas y papel del médico.

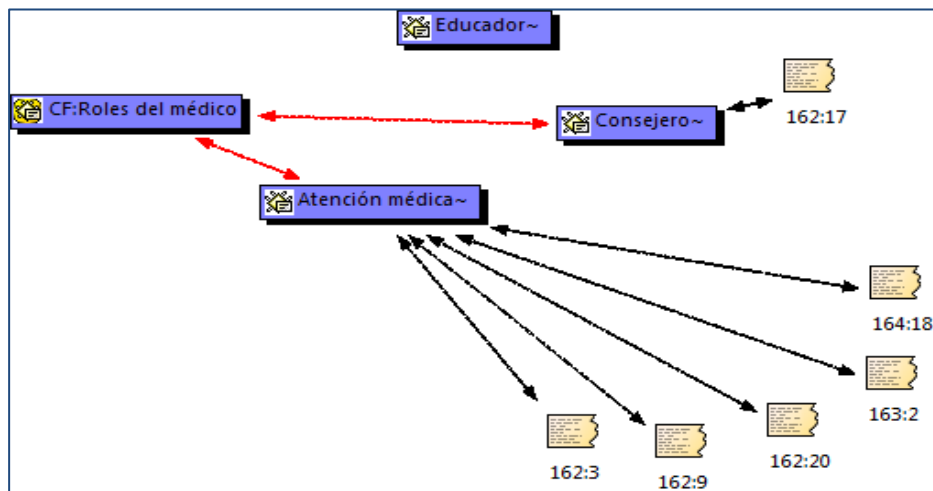
Durante el estudio se identificaron tres pacientes con dilema ético, los cuales correspondieron a las siguientes categorías: relación médico paciente y utilidad terapéutica, limitación del esfuerzo terapéutico, calidad de vida y final de la vida.

CATEGORIA
Relación médico-paciente Utilidad terapéutica
Limitación del esfuerzo terapéutico
Calidad de vida
Final de vida.

En el análisis obtuvimos que la actitud que tienen los médicos en la UTI van encaminados con mayor frecuencia a la atención médica en los cuatro

pacientes, solo en un paciente su papel fue de consejero y que falta profundizar en el papel de educador, ya que no se detectó esta actitud en los médicos participantes durante el discernimiento de estos dilemas. Figura 3

Figura 3. Papel del médico



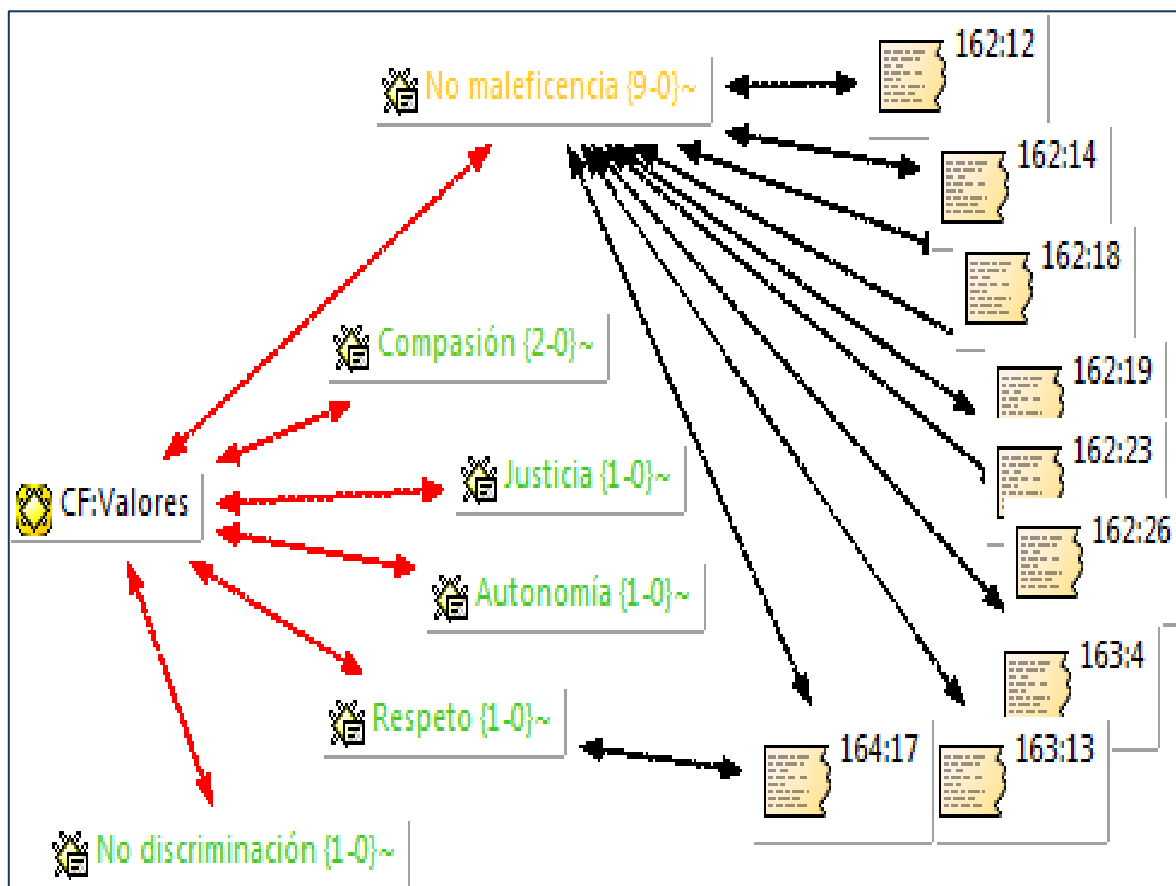
Se identificaron los factores que influyen durante la atención médica (Figura 4), y de estos cuales tienen mayor impacto en el quehacer del médico, observando que el cuidado de la vida, la utilidad del tratamiento, la capacidad de apreciar situaciones de gravedad y consecuencias de los tratamientos establecidos, así como, la identificación del riesgo de muerte inminente, fueron los que más se manifestaron en cada caso analizado.

Figura 4. Factores relacionados que influyen en la atención médica

Se buscó la correlación entre estos mismos factores y se encontró que existe una relación estrecha con el cuidado de la vida, la cual está asociado a la capacidad de apreciar situaciones de gravedad y consecuencias de los actos realizados y de los tratamientos establecidos en cada paciente, así como la identificación del riesgo inminente de muerte es parte de la capacidad que tiene el médico que labora en la unidad de terapia intensiva debido su formación académica; también se encontró asociación con el cuidado de la vida como parte de la utilización de recursos terapéuticos. El impacto de la atención médica está asociado a cumplir con la normatividad.

Los valores que identificamos en cada deliberación ética fueron los siguientes: no discriminación, respeto, autonomía, justicia, compasión, siendo el principio de no maleficencia identificado en todos los casos. Figura 4

Figura 5. Valores encontrados en el personal médico durante en el análisis de la deliberación ética.



Valores hacia el trabajo.

Para la identificación de valores en el trabajo en la unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional de Pediatría, se utilizó el cuestionario de Escala de Valores hacia el Trabajo (EVAT, versión con 16 ítems), participaron médicos pediatras, cuatro de ellos aspirantes a ingresar a la especialidad de medicina

crítica, cinco en el primer año de la especialidad de medicina en el enfermo pediátrico en estado crítico, cuatro en el segundo año, seis de ellos egresados hace once meses y un médico adscrito. El 60% del grupo fueron mujeres y 40% hombres. Cuadro 1

Cuadro 1. Distribución de Frecuencias y porcentajes por género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mujer	12	60,0	60,0	60,0
Válidos hombre	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Para determinar la fiabilidad del cuestionario se trabajó con los resultados de las pruebas aplicadas a la muestra total (20 participantes), y se encontró un alpha de Cronbach para los factores 4. Cuadro 2

Cuadro 2. Confiabilidad de cada uno de los factores.

Factores (orden de valor superior)	Alpha de Cronbach por ítem
Conservación	,459
Apertura al cambio	,505
Auto engrandecimiento	,544
Auto trascendencia	,618

Mostrando coeficientes mayores a 0,5 en tres factores (apertura al cambio, auto engrandecimiento y auto trascendencia); solo el factor de conservación estuvo por debajo de 0,5.

Para el análisis se revisó la distribución de las respuestas a cada uno de los ítems que integran el cuestionario: media, desviación estándar, asimetría y curtosis. Cuadro 3

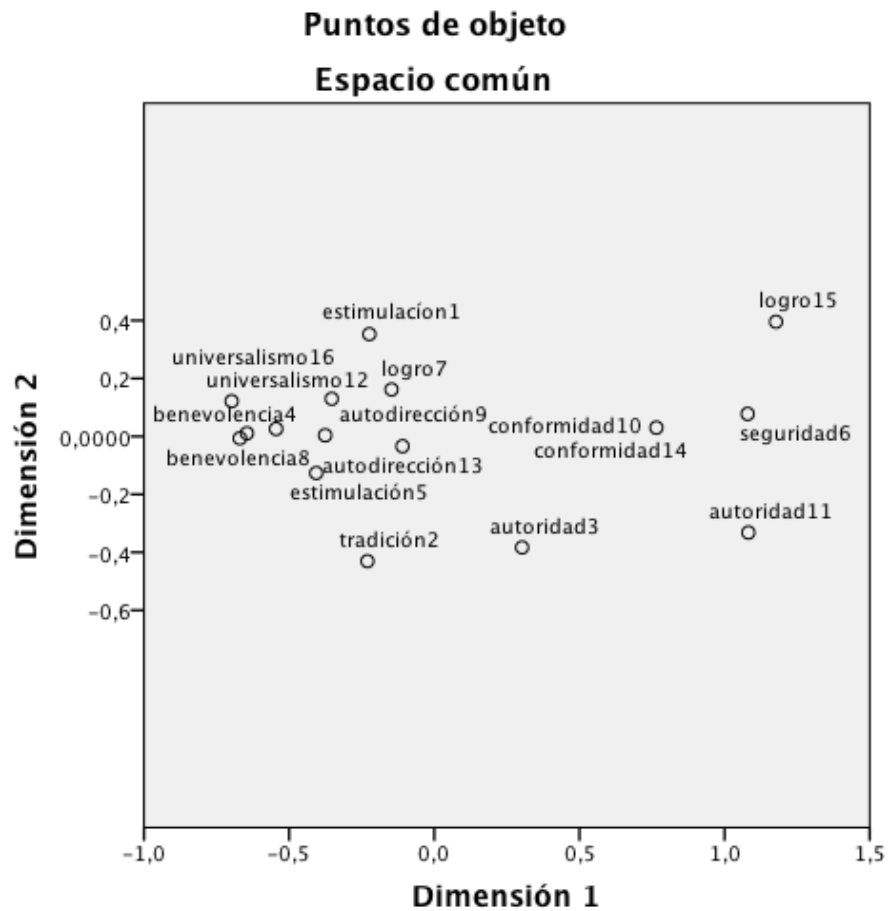
Cuadro 3.
Estadísticos descriptivos de los 16 ítems del cuestionario EVAT

Ítem/Tipología	N	Media	D. E.	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
1/Estimulación	20	5,15	1,268	-,654	,512	-1,065	,992
2/Tradición	20	5,05	1,468	-1,204	,512	1,770	,992
3/Autoridad	20	4,00	1,622	-,247	,512	-,389	,992
4/Benevolencia	20	6,15	,587	-,004	,512	,178	,992
5/Estimulación	20	5,55	1,099	-,273	,512	-1,205	,992
6/Seguridad	20	2,50	1,318	1,380	,512	1,615	,992
7/Logro	20	5,15	1,226	-,886	,512	1,256	,992
8/Benevolencia	20	6,25	,639	-,253	,512	-,439	,992
9/Autodirección	20	5,85	,875	-,732	,512	,402	,992
10/Conformidad	20	4,90	,968	-,557	,512	-,455	,992
11/Autoridad	20	2,45	1,538	,972	,512	,083	,992
12/Universalismo	20	5,35	,988	,283	,512	-,770	,992
13/Autodirección	20	5,40	1,046	-,625	,512	,023	,992
14/Conformidad	20	3,05	1,099	-,372	,512	-,551	,992
15/Logro	20	2,15	1,309	1,572	,512	2,772	,992
16/Universalismo	20	6,20	1,005	-1,133	,512	,359	,992
N válido (según lista)	20						

Aquí identificamos un apuntalamiento en la distribución del ítem 7 y 15 (logro) al igual que el factor de auto engrandecimiento con una curtosis de 1,256 y 2,772 respectivamente. El ítem 6 (seguridad) también presentó distribuciones asimétrica positiva.

Se realizó un escalamiento multidimensional, buscando corroborar como la población de estudio calificaban (puntuaban) en las dimensiones y factores representados en la configuración de un espacio bidimensional. Se generó una matriz de proximidades de los datos de una sola fuente utilizando una configuración inicial por el método simplex tomando como criterios de iteración convergencia del stress 0.0001 stress mínimo 0.0001 e iteraciones máximas 100. Donde observamos las puntuaciones mayores son en el área donde se encuentra el cuadrante de auto-trascender y la de apertura al cambio. Figura 6

Figura 6. Configuración de los 16 ítems derivada de un escalamiento multidimensional (MSD)



Los ítems 4, 8, 12,16 con tipología de universalismo y benevolencia, que se engloban en el valor de orden superior de auto-trascender, tuvieron una

distribución muy consistente en el cuadrante esperado. Los ítems 1, 5, 9, 13, con tipología de autodirección y estimulación que engloba al valor de orden superior de apertura al cambio, se comportó de la siguiente manera: los ítems 5, 9 y 13 se encuentran dentro del cuadrante esperado, es decir, el de apertura al cambio; pero el ítem 1 aparece en el cuadrante de auto-trascendencia, probablemente este ítem se percibe más como un valor de engrandecimiento y de apreciación, del entorno social en el que se desenvuelve.

En lo que respecta a los ítems 3, 7, 11, 15 que corresponden al valor de orden superior de auto-engrandecimiento y tienen como tipología: logro y autoridad; dos de estos ítems (3, 11) se encuentran en el cuadrante esperado. Los ítems 7 y 15 (logro) se encuentran con una distribución atípica, uno en el cuadrante de auto-trascender y el otro en el de conservación, respectivamente. El ítem 7 se percibe más como una persona que expresa valores de universalismo y benevolencia, es decir, que puede ser competente a través de estándares sociales, ambos ítems probablemente estén influenciados por un efecto de deseabilidad social mayor a lo normal.

Los ítems 2, 6, 10 y 14, con tipología de conformidad, tradición y seguridad que conforman el valor de orden superior de conservación, se encuentran en el cuadrante esperado los ítems 6, 10 y 14, solo el ítem 2 se encuentra fuera de este cuadrante y está ubicado en el cuadrante relacionado a apertura al cambio, es una distribución extraña dada la redacción del ítem; probablemente la interpretación que se le da es de lealtad y respeto a la institución así como de aceptación de las costumbres que rigen a la misma.

Una vez que se identificaron los ítems que se presentan en forma consistente en cada uno de los cuadrantes, se realizó un escalamiento multidimensional, para la tipología así como para cada valor de orden superior y encontramos que la benevolencia (auto-trascender) y la tipología estimulación (apertura al cambio) son los que tiene mayor preferencia y percepción por los médicos encuestados, Figura 7 y 8.

Figura 7. Configuración de tipología derivada de un escalamiento multidimensional (MSD)

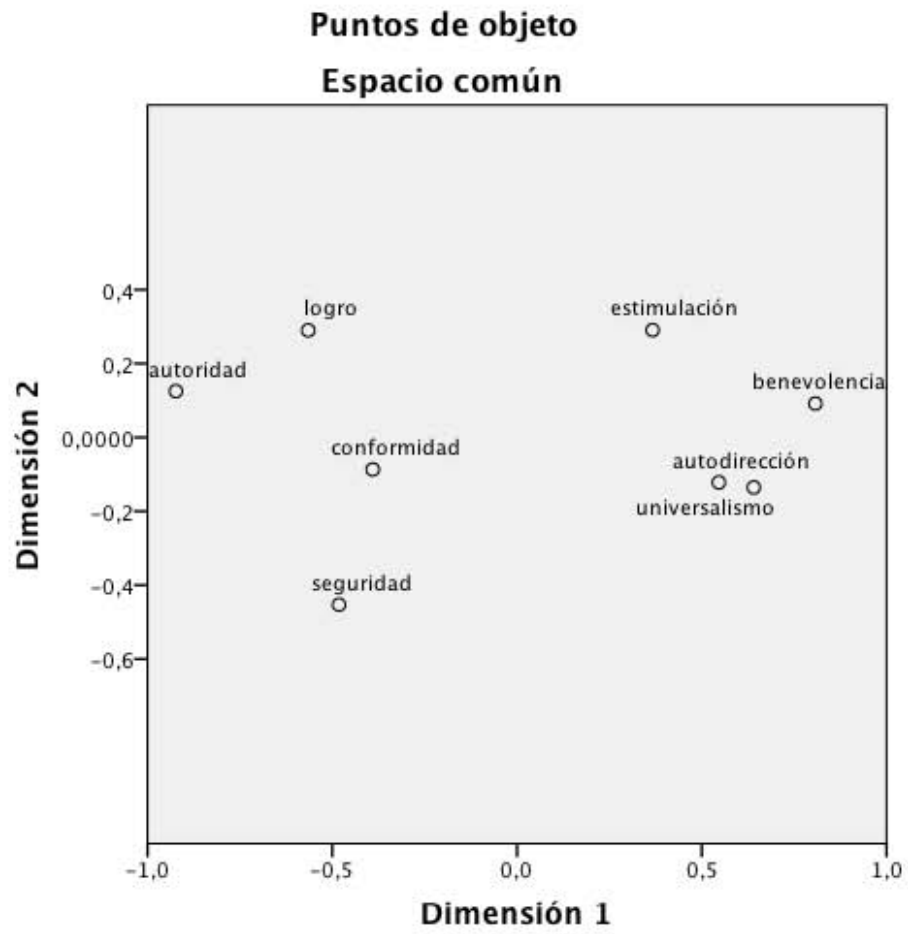
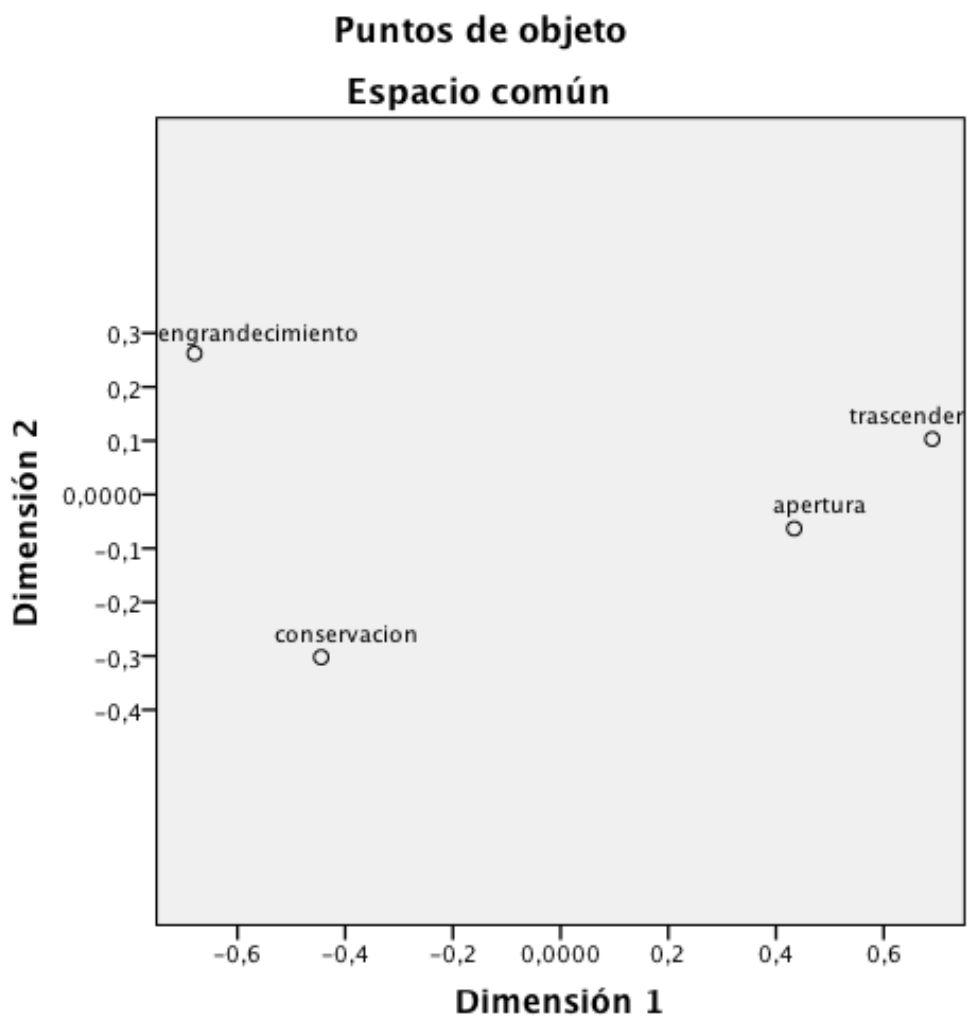


Figura 8. Configuración de los cuatro órdenes de valor superior, derivada de un escalamiento multidimensional (MSD)



También se realizaron comparaciones de los valores hacia el trabajo según el género y no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión.

Los profesionales de la salud, en la actualidad, deben de tener la capacidad para resolver problemas clínicos y tomar decisiones basadas en el saber, el saber hacer y el ser; sustentada la primera en el conocimiento, la segunda en las destrezas adquiridas, y el ser, relacionado con sus valores. Lo cual lleva a la medicina transfuncional, es decir, a la fusión de la medicina basada en evidencias y la medicina basada en valores, esencial para establecer una relación médico-paciente, con una visión integral de la medicina que enfatiza el profesionalismo, la clínica y el humanismo en el quehacer del médico.⁴³

Este estudio mostró los dilemas éticos que se presentaron en los pacientes pediátricos con cáncer que fueron valorados para ingresar a la unidad de terapia intensiva pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría (ver apéndice I). Los dilemas estuvieron relacionados con situaciones al final de la vida, debido a la gravedad con la que ingresaron estos pacientes, así también consideraron en su práctica médica la utilidad de los recursos terapéuticos realizados durante las decisiones que se llevaron a cabo en el paciente, el análisis de discernimiento del dilema llevó a limitar el esfuerzo terapéutico, considerando la calidad de vida y la situación de no recuperación de su enfermedad. Cabe aclarar que uno de los pacientes valorados no ingresó a la terapia intensiva, se habló con los padres del pronóstico y aceptaron continuar el tratamiento mínimo en el piso de hospitalización, se solicitó valoración por cuidados paliativos y los familiares del niño pudieron estar con él hasta el momento del fallecimiento.

En la deliberación de los dilemas correspondientes a la relación médico-paciente, el personal de salud involucrado fueron el personal de enfermería, médicos oncólogos, intensivistas, psicólogos, trabajadoras sociales junto con los padres o familiares, esta categoría fue importante en todo el proceso hospitalización en la terapia intensiva; en virtud de que los padres son los responsables legales y tienen la facultad de aceptar o no las recomendaciones

diagnósticas o terapéuticas.⁴⁰

McCoy examina cuestiones relacionadas con la autonomía, el consentimiento informado, el paternalismo médico, los poderes del Estado y asuntos legales; por lo que es elemental establecer quien tiene la autoridad para determinar los límites y la definición de éstos en la toma de decisiones; de aquí la importancia de realizar con una metodología integral el análisis de la deliberación de los dilemas que se presentan en la práctica médica cotidiana y en donde se incluya los deseos o sentimientos de los niños.⁴⁴

Otro de los resultados que observamos en este estudio son las actividades que tiene el médico en el proceso de atención al paciente pediátrico con cáncer grave, y resalta de manera importante el proceso de atención médica, y en menor frecuencia el de consejero, pero el papel de educador se ha perdido completamente; probablemente esto es debido a la gran demanda en la asistencia médica, poco personal de salud para cubrir esas demandas.

El médico que labora en las unidades de terapia intensiva tiene la capacidad para detectar y apreciar situaciones que ponen en riesgo la vida, tiene que optimizar el uso de recursos y utilizarlos en el momento preciso ya que el uso inadecuado puede tener consecuencia que van en detrimento de la salud del paciente grave.

En el profesionalismo del personal médico se observaron componentes relacionados con actitudes y valores durante la relación médico-paciente, el que con más frecuencia se reflejó fue el de no maleficencia y su relación con el respeto al paciente, también se identificaron los autonomía, compasión, justicia y no discriminación, lo cual es importante debido a que para los médicos, el paciente pediátrico con cáncer tiene las mismas oportunidades de ingresar a una terapia intensiva.^{45, 46}

Desde la perspectiva de Pellegrino, el humanismo médico representa la base intelectual para enfrentarse a los grandes problemas de la *praxis* médica contemporánea; pero el desarrollo de la ciencia médica y la biotecnología así como, su aplicación en la práctica clínica pediátrica exigen el respeto de la dignidad intrínseca por que en el fondo ya no es el estado de salud-enfermedad lo que define las intervenciones terapéuticas, sino los recursos para mantener la vida de un niño, en este caso los pacientes con cáncer, por lo que debemos redescubrir lo fines de la medicina, desarrollando programas que lleven a una reflexión crítica en cada decisión que se toma, así como actitudes éticas y de profesionalismo.

En lo que respecta a los resultados obtenidos en la encuesta para identificar valores hacia el trabajo, podemos comentar que los médicos que contestaron la encuesta se identifican como personas relacionadas con la protección y preservación del bienestar de las personas con las que conviven a diario, lo cual está relacionado con la profesión médica. La benevolencia (auto-trascender) y la tipología estimulación (apertura al cambio) son los valores de orden superior que tienen mayor preferencia y percepción por los médicos encuestados.

Los hallazgos generales de nuestro estudio pueden estar limitados por la influencia social y cultural de cada uno de los participantes, así como por la cantidad de pacientes involucrados en el estudio, por lo que pretendemos que la identificación de dilemas, la deliberación ética por el método integral continúe como un proceso educativo para la enseñanza de la ética y la bioética, para mantener una atención integral en el cuidado de los pacientes pediátricos con cáncer que ingresan a la unidad de terapia intensiva.

Conclusiones.

Esta investigación constituye un primer acercamiento a los valores que influyen en la identificación de dilemas y en el discernimiento ético, concluimos que la realización de criterios transdisciplinarios de ingreso a una unidad de terapia intensiva, los cuales no logramos conjuntar en este estudio, pero que si puede ser factible integrarlos en un documento, si se realiza de una manera sistematizada el análisis en cada paciente; con apoyo de un cuestionario semi-estructurado y posteriormente a través de un grupo transdisciplinario, donde se trabaje conjuntamente con un método específico común reuniendo desde cada una de sus disciplinas conceptos y enfoques para abordar un problema común, que sería el de identificar los puntos más importantes que pueden ser incluidos en el cuestionario y posteriormente proceder a la validación del documento.

Los dilemas éticos a los que se enfrenta el profesional de la salud, en una unidad de terapia intensiva pediátrica, están relacionados con decisiones al final de la vida, con el uso de instrumentos médicos para el soporte de la vida, la administración de nutrición parenteral y en un momento dado realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar; aunado a las condiciones sociales, culturales y económicas; tienen una influencia en la toma de decisiones, por tal motivo se está fomentando la reflexión crítica y sistematizada en el tratamiento de los pacientes en estado crítico; ésta intervención, puede llevar al desarrollo de competencias al personal de salud.

Es necesario impartir la ética tanto en el pregrado como en el posgrado, como un proceso continuo, que se debe de implementar un método para que el actuar y pensar del médico sean en base a discernimientos clínicos y éticos, con sustento científico y filosófico, orientados a un fin claro y preciso, aplicando sus conocimientos científicos y habilidades técnicas al servicio de cada paciente pediátrico buscando no solo el bien terapéutico sino un bien integral, pretendiendo que el médico sea una persona virtuosa, digna de confianza.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Duración del proyecto: 2 años

ETAPAS DEL PROYECTO	1er Semestre	2do Semestre	3er Semestre	4to Semestre
	MARZO A SEPTIEMBRE DE 2011	OCTUBRE DE 2011 A MARZO DE 2012	ABRIL DE 2012 A SEPTIEMBRE DE 2012	OCTUBRE DE 2012 A MARZO DE 2013
PRIMERA Desarrollo de criterios transdisciplinarios	Organización del panel transfuncional de expertos.			
SEGUNDA Trabajo de Campo.	Invitación y capacitación a los médicos participantes Firma del consentimiento informado Capacitación del personal médico participante Implementación de formato para identificar los dilemas éticos (Anexo 1)	Aplicación de los instrumentos (anexos:1,2,3) Identificación de dilemas y discernimiento por el método integral.	Aplicación de los instrumentos (anexos:1,2,3) Identificación de dilemas y discernimiento por el método integral.	Realización de la Encuesta de Valores hacia el Trabajo (EVAT) al personal de salud.
TERCERA Procesamiento de la información	Realización de las bases de datos para la captura de la información. Clasificación de los dilemas	Captura de la información que se vaya obteniendo al ser aprobado el proyecto.	Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos	Discusión y conclusiones del proyecto
CUARTA Publicación				Elaboración de tesis de grado, y de difusión de los resultados

Referencias Bibliográficas

- ¹ Gracia Guillen, Diego. «De la Bioética clínica a la Bioética global: Treinta años de evolucion.» *Acta Bioética* VIII, nº 1 (2002): 27-39.
- ² Reich W, *Encyclopedia of Bioethics*, Schuster, New York 1978; v.1 p. XIX
- ³ García-Herrera A, Importancia de los cuidados y la terapia intensiva en pediatría. *Rev Mex Ped* 1982; 39; 373-375.
- ⁴ Boutros AR, Pediatric intensive care in general hospitals. *Pediatrics Clinics of NA* 1980;27;493-494
- ⁵ Bembibre Taboada Ruben M. Aspectos éticos-bioéticos en la atención del paciente. *Rev Cubana Med* 2003; 42(1):5-11
- ⁶ Bensing J, Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient.Educ.Couns* 2000; 39: 17-25.
- ⁷ Petrova M, Dale J, and Fulford BK, Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 703-709.
- ⁸ Steinberg A, The foundations and the development of modern medical ethics. *J Assist Reprod Genet* 1995; 12: 473-476
- ⁹ Kerridge I, Lowe M, and Henry D, Ethics and evidence based medicine. *BMJ* 1998; 316: 1151-1153
- ¹⁰ Nava Diosdado R, Flores Cisneros Carmen, Méndez Jiménez J y cols (Grupo Transfuncional en Ética Clínica). Valores en medicina: etnografía de sus representaciones en un Hospital de Cardiología en México, Cuicuilco, 2011; 52:115-132
- ¹¹ Jonsen AR, S. M. a. W. W. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, McGraw-Hill, New York, 1998.
- ¹² Jonsen AR, S. M. a. W. W. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, McGraw-Hill, New York, 1998.
- ¹³ Van Dick Puga JM, Enseñanza de la ética en la práctica clínica. En Altamirano-Bustamante M, en: *Ética Clínica*, Ed Corinter, México, 2006, pp 61-89

-
- ¹⁴ Petrova M, Dale J, and Fulford BK, Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 703-709
- ¹⁵ Stiller CA. Epidemiology and genetics of childhood cancer. *Oncogene* 2004; 23:6429-6444.
- ¹⁶ Woodruff TJ, Axelrad DA, Kyle AD, Nweke O, Miller MS, Hurley BJ. Trends in environmentally related childhood illnesses. *Pediatrics* 2004; 113:1133-1140.
- ¹⁷ Juárez-Ocaña S, Mejía-Aranguré JM, Rendón Macías E, Kauffman-Nieves A, Yamamoto-Kimura LT, Fajardo-Gutiérrez A. Tendencia de seis principales causas de mortalidad en niños mexicanos durante el periodo 1971-2000. La transición epidemiológica en los niños. *Gac Med Mex* 2003; 139:325-336.
- ¹⁸ Meert K, Lieh-Lai M, Sarnaik I, et al: The role of intensive care in managing childhood cancer. *Am J Clin Oncol* 1991; 14: 379–382.
- ¹⁹ Van Veen A, Karstens A, van der Hoek ACJ, et al: The prognosis of oncologic patients in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med* 1996; 22: 237–241.
- ²⁰ Pollack MM, Ruttimann UE, Getson PR: Pediatric risk of mortality (PRISM) score. *Crit Care Med* 1988; 16: 1110–1116.
- ²¹ Yeh TS, Pollack MM, Holbrook PR, et al: Assessment of pediatric intensive care Application of the therapeutic intervention scoring system. *Crit Care Med* 1982; 10: 497–500.
- ²² Heying, Ruth MD; Schneider, Dominik T. MD; Körholz, et al: Efficacy and outcome of intensive care in pediatric oncologic patients. *Crit Care Med* 2001; 29(12): 2276-2280.
- ²³ Despond O, Proulx F, Carcillo J, Lacroix J. Pediatric Sepsis and Múltiple Organ Dsfuncion Síndrome. *Curr Op Ped* 2001; 13:247-253.
- ²⁴ Schneider DT, Cho J, Laws HJ, et al: Serial evaluation of the oncological pediatric risk of mortality (O-PRISM) score following allogeneic bone marrow transplantation in children *Bone Marrow Transplantation* 2002; 29, 383–389.
- ²⁵ Calderon D, Proporcionalidad y bienes escasos. *Medicina y ética* 2006; 1:59.
- ²⁶ Altamirano BNF, Bobadilla AA, Altamirano BE, Garduño EJ, Avila OMT, Muñoz HO y Altamirano BMM. ¿Cómo prepararnos para la deliberación ética en la práctica clínica en pediatría? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2010;67:185-192

-
- ²⁷ Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, and Helft PR, Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Acad Med* 2005; 80: 1143-1152
- ²⁸ Gracia D, Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos* 2001; 4: 223-232
- ²⁹ Steinkamp N and Gordijn B, Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Med Health Care Philos* 2003; 6: 235-246
- ³⁰ Pellegrino ED, Toward a reconstruction of medical morality. *Am J Bioeth* 2006; 6: 65-71
- ³¹ Jonsen AR, S. M. a. W. W. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, McGraw-Hill, New York, 1998
- ³² Pellegrino ED, The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos* 2001; 26: 559-579
- ³³ Kahn MW, Etiquette-based medicine, *N.Engl.J.Med* 2008; 358:1988-1989
- ³⁴ De Hoyos A, Nava-Diosdado R, Mendez J, Ricco S, Serrano A, Cisneros C, Macías-Ojeda C, Cisneros H, Bialostozky D, Altamirano-Bustamante N, Altamirano-Bustamante M. Cardiovascular medicine at face value: a qualitative pilot study on clinical axiology, en prensa
- ³⁵ Sharon Jeanne Smith y Anne J. Davis, "Ethical Dilemmas: Conflicts among Rights, Duties, and Obligations", *The American Journal of Nursing*, No. 8, 1980, pp. 1462 – 1466.
- ³⁶ Lozano JM. An approach to organizational ethics. *Ethical Perspect.* 2003;10(1):46-65
- ³⁷ Altamirano Bustamante E y cols: Discernimiento de dilemas éticos en la práctica clínica. En *Ética Clínica una perspectiva transfuncional*. Editado por Altamirano Bustamante M, Garduño Espinosa J, García Peña, MC, Muñoz Hernández O. México: Corinter; 2006: 135-170.
- ³⁸ Luna Florencia. Planteos clásicos y teoría de los principios. En *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*/Arleen Salles y Florencia Luna 1ª. Edición. Buenos Aires; Editorial Fondo de Cultura Económica, 2008; 23-78

-
- ³⁹ Stuart Mill J. El utilitarismo; Madrid, Ed Orbis-Hyspanamérica, 1985, 139
- ⁴⁰ Vidal-Gual JM. Las virtudes en la medicina clínica. Archivos en Medicina Familiar 2006; 1: 41-52
- ⁴¹ Schwartz S, Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical test in 20 countries. *Advances in experimental social psychology*; 1992; 25: 1-23
- ⁴² Arciniegas LM, Gonzalez L, Soares V, Ciulli S and Giannini M. Cross cultural validation of the work values scale EVAT using multi-group confirmatory factor analysis and confirmatory multidimensional scaling. *Spanish Journal of psychology* 2009; 12;(2):767-772
- ⁴³ Schonhaut LB y Carvajal C. Dimensiones y dilemas de la ética en educación en ciencias de la salud. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (2): 196-201
- ⁴⁴ McCoy M. Autonomy, consent, and medical paternalism: legal issues in medical intervention, *J Altern Complement Med*;2008; 14(6):785-92
- ⁴⁵ Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Acad Med.* 1989;64:705–14
- ⁴⁶ Hattab AS. Current trends in teaching ethics of healthcare practices. *Developing World Bioeth.* 2004;4:160–72

Anexos.

Anexo 1. Cuestionario con preguntas semi-estructuradas.

CAPTURA DE DILEMAS Y METODO INTEGRAL DE DELIBERACIÓN ETICA

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

FECHA: DD/MM/AA

NOMBRE: _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

PROCEDENCIA: _____

ESCOLARIDAD: _____

PRIMS-O: _____

TISS: _____

DOM: _____

DIAGNOSTICO DE TERAPIA INTENSIVA: _____

DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO: _____

ESTADIO: _____

PRONOSTICO ONCOLOGICO A SU DIAGNOSTICO INICIAL: _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: _____

DILEMA: _____

1. ¿Cuál ES EL HECHO? Analice los hechos objetivos más importantes, distinguiéndolos de las opiniones

- a. **Antecedentes (mencionados arriba)**
- b. **Circunstancias o factores internos o externos de influencia**
- c. **Actores principales**
- d. **Actores secundarios**

2. **Identificando los dilemas y diferenciarlos de los problemas:**

a) **Tecno-científicos: ¿El abordaje diagnóstico y terapéutico es adecuado, está completo, ha resuelto todos los problemas?**

Si _____ No _____

Porqué _____

b) **Éticos:** ¿Cuál es el bien que se busca y quien es el destinatario de este bien en particular?

c) **Jurídicos:** ¿Es legal lo que hago, está dentro de la normatividad profesional, Institucional, nacional?

3. Jerarquizando los problemas éticos:

- a) Identifique las causas de los problemas éticos
- b) Destaque la interdependencia de los problemas

4. Analizando y aplicando el método de deliberación integral.

TEORIA UTILITARISTA:

¿Cuáles son las consecuencias?

¿Estoy optimizando recursos?

¿Soy eficiente y eficaz?

TEORIA DEONTOLÓGICAS:

¿Estoy cumpliendo con mi deber?

TEORIA ARETOLOGICAS?

¿Me permite autoconstruirme como persona?

¿Persigo obtener más virtudes?

¿Soy más feliz?

5. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

6. ¿Cuáles son las circunstancias?

7. ¿Quién es el responsable de efectuarlas?

8. ¿Cuáles son las preferencias del paciente y de sus familiares?

9. ¿Cuáles son las preferencias del equipo de salud?

10. ¿Qué prefiere el paciente?

11. ¿Quién es responsable de tomar las decisiones?

12. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

SOLUCIONES

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

Anexo. 2
O - PRISM

VARIABLE	< 12 MESES	> 12 MESES	PUNTOS
Presión sanguínea sistólica (mmHg)	130-160	150-200	2
	55-65	65-75	2
	>160	>200	6
	40-54	50-64	6
	< 40	< 50	7
Presión sanguínea diastólica (mmHg)	>110	>110	4
FC (latidos por min)	>160	>150	4
	< 90	< 80	4
FR (respiraciones por min)	61-90	51-70	1
	> 90	> 70	5
	Apnea	Apnea	5
PaO ₂ /FiO ₂	200-300	200-300	2
	< 200	< 200	3
PaCO ₂ (torr)	51-65	51-65	1
	> 65	> 65	5
Escala de Glasgow	< 8	< 8	6
Reacción pupilar	Asimétricas o dilatadas	Asimétricas o dilatadas	4
	Fijas o dilatadas	Fijas o dilatadas	10
PT/PTT	> 1.5 x control	> 1.5 x control	2
Bilirrubinas Totales (mg/dl)	> 1 mes	> 1 mes	
	> 3.5	> 3.5	6
Potasio (mEq/L)	3.0 - 3.5	3.0 - 3.5	1
	6.5 - 7.5	6.5 - 7.5	1
	< 3.0	< 3.0	5
	> 7.5	> 7.5	5
Calcio (mg/dl)	7.0 – 8.0	7.0 – 8.0	2
	12.0 – 15.0	12.0 – 15.0	2
	< 7.0	< 7.0	6
	> 15.0	> 15.0	6
Glucosa (mg/dl)	40 – 60	40 – 60	4
	250 – 400	250 – 400	4
	< 40	< 40	8
	> 400	> 400	8
Bicarbonato (mEq/L)	< 16	< 16	3
	> 32	> 32	3
Sangrado microscópico	si	si	4
GVHD	Grado 2	Grado 2	2
	Grado > 2	Grado > 2	4
PCR (mg/dl)	> 10	> 10	4

Anexo 3. ESCALA DE TISS

Parada cardíaca y/o desfibrilación en las 48 h* previas	4 PUNTOS
Ventilación controlada con o sin PEEP	
Ventilación controlada con relajantes musculares (administración continua o intermitente)	
Balón de taponamiento de varices esofágicas	
Administración de medicamento intraarterial continua (se excluye el lavado de la arteria con solución heparinizada)	
Catéter en arteria pulmonar	
Marcapasos arterial y/o ventricular en activo	
Hemodiálisis en paciente inestable o técnicas de depuración extrarrenal continua	
Diálisis peritoneal	
Hipotermia inducida	
Administración de sangre a presión en forma urgente	
Traje antishock	
Monitorización de presión intracraneana	
Transfusión de plaquetas	
Balón de contrapulsación	
Intervención urgente en las primeras 24 h (incluye pruebas diagnósticas que exigen desplazamiento como TAC, cateterismo, angiografía, etc.	
Lavados gástricos en sangrado agudo	
Endoscopia o broncoscopia urgente	
Perfusión de dos o más fármacos vasocactivos	
Tratamiento de hipertensión pulmonar con óxido nítrico y/o prostaciclina en aerosol	
Administración de surfactante intratraqueal	
ECMO o asistencia ventricular	
Nutrición parenteral central	3 PUNTOS
Marcapasos a demanda	
Drenajes torácicos	
Ventilación mandatoria intermitente o ventilación asistida	
Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)	
Perfusión de K por la vía central (> 60 mEq/L)	
Intubación nasotraqueal u orotraqueal en las 24 h anteriores	
Aspiración intratraqueal en pacientes no intubados	
Balances metabólicos frecuentes, más de una vez al día, con ajustes de entradas de acuerdo al balance	

Analítica frecuente (gasometría, coagulación, etc.) > de 4 veces por turno	
Infusión de hemoderivados (> 20 ml/kg)	
Bolo de medicación no programada	
Perfusión de un fármaco vasocactivo	
Perfusión continua de antiarrítmicos	
Cardioversión (no desfibrilación) para tratamiento de arritmias	
Manta de hipotermia	
Vía arterial	
Digitalización aguda (primeras 48 hrs)	
Medida de gasto cardiaco (por cualquier método)	
Diuresis forzada por sobrecarga de volumen o edema cerebral	
Tratamiento activo de alcalosis metabólica	
Tratamiento activo de acidosis metabólica	
Toracocentesis, pericardiocentesis o paracentesis de urgencia	
Anticoagulación activa (primeras 48 h)	
Sangría	
Tratamiento con más de dos antibióticos	
Tratamiento de convulsiones o encefalopatía metabólica (primeras 48 h)	
Tracción ortopédica compleja	
Posición en prono para tratamiento de SIRA	
Presión venosa central	2 PUNTOS
Dos o más catéteres periféricos	
Hemodiálisis en pacientes estable. Diálisis peritoneal crónica	
Traqueotomía reciente (menos de 48 h)	
Respiración espontánea por tubo endotraqueal o traqueotomía (sin respirador)	
Alimentación enteral	
Reposición de pérdidas excesivas (mayor de lo calculado en el balance diario)	
Quimioterapia parenteral	
Control neurológico horario (al menos durante más de 2 h)	
Cambios múltiples de apósitos	
Infusión de hormona antidiurética	
Catéter silástico	
Administración de medicación (ej. Broncodilatadores) o gases inhalados o en aerosol	
Monitorización continua de ECG	1 PUNTOS
Constantes vitales horarias (al menos durante > de 2 h)	

1 catéter venoso periférico	
Anticoagulación crónica	
Balance hídricos cada 24 h	
Analítica de rutina (< 5 por turno)	
Medicación programada intermitente.	
Cambios rutinarios de apósitos	
Tracción ortopédica no complicada	
Cuidado rutinario de traqueotomía (después de las primeras 48 h)	
Tratamiento de la úlcera de decúbito (no prevención)	
Sondaje vesical	
Oxigenoterapia por cánula nasal o mascarilla	
Antibióticos intravenosos (2 o menos)	
Fisioterapia torácica	
Limpieza, vendajes o desbridamiento de heridas, fístulas o colostomía	
Sonda nasogástrica para descompresión	
Alimentación parenteral periférica	

*h: horas

Anexo 4.

DISFUNCIÓN ORGÁNICA MULTIPLE

SISTEMA CARDIOVASCULAR	MENORES DE 1 AÑO	MAYORES DE 1 AÑO
Presión arterial sistólica	< 40 mm Hg	> 50 mm Hg
Frecuencia cardíaca	< 50 o > 220 latidos por minuto.	< 40 o > 200 latidos por minuto
Paro cardíaco		
PH sérico < 7.2 con PCO ₂ normal		
Uso de vasopresores o agentes inotrópicos (excluyendo dopamina a dosis bajas)		
SISTEMA RESPIRATORIO		
Frecuencia respiratoria	> 90 respiraciones por min.	> 70 respiraciones por min.
PCO ₂ > 75 torr , PO ₂ < 40 torr (en ausencia de cardiopatía congénita cianótica)	> 75 torr , PO ₂ < 40 torr (en ausencia de cardiopatía congénita cianótica)	> 75 torr , PO ₂ < 40 torr (en ausencia de cardiopatía congénita cianótica)
Ventilación mecánica (por más de 24 horas si es postoperatorio)		
PO ₂ /FiO ₂ < 200 (en ausencia de cardiopatía congénita cianógena)	< 200 (en ausencia de cardiopatía congénita cianógena)	< 200 (en ausencia de cardiopatía congénita cianógena)
SISTEMA NEUROLÓGICO		
Glasgow de 5		
Pupilas dilatadas y fijas		
SISTEMA HEMATOLÓGICO		
Hemoglobina menor de 5 g/dl		
Leucocitos < 3000 cel/mm ³		
Plaquetas < 20 000/mm ³		
Evidencia de Coagulopatía con dímeros D positivos (0.5 mg/ml) o tiempo de protrombina (PT) de 20 seg o más tiempo tromboplastina activada (PTT) de 60 seg o más.	dímeros D positivos (0.5 mg/ml) o tiempo de protrombina (PT) de 20 seg o más tiempo tromboplastina activada (PTT) de 60 seg o más.	dímeros D positivos (0.5 mg/ml) o tiempo de protrombina (PT) de 20 seg o más tiempo tromboplastina activada (PTT) de 60 seg o más.

FUNCION RENAL		
Nitrogeno ureico > 100 mg/dl (en ausencia de nefropatía crónica)		
Creatinina sérica > 2 mg/dl (en ausencia de nefropatía crónica)	> 2 mg/dl (en ausencia de nefropatía crónica)	> 2 mg/dl (en ausencia de nefropatía crónica)
Diálisis		
FUNCION HEPÁTICA		
Bilirrubina sérica > 3 mg/dl		
Tiempos de coagulación prolongados		
SISTEMA GASTROINTESTINAL		
Sangrado gastro duodenal con caída de la hemoglobina a 2 g/dl o transfusión sanguínea		
Cirugía gastro duodenal		
Hipotensión con caída en la presión arterial bajo el tercer percentil		
Coefficiente acetoacetato/hidroxitirato		
Relación lactato/piruvato		

Anexo 5.

Guía para la codificación de los valores en los cuestionarios.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Familia I - Grado máximo de estudios: Técnico, Licenciatura, Especialidad, Educación continua, Maestría, Doctorado,
- Familia II – Estudiante: Alumno de licenciatura, alumno de posgrado
- Familia III – Residentes: R1, R2, R3, R4, R5

HISTORIA DE VIDA

- Familia I – Apertura al cambio: Autodirección, Incentivación
- Familia II – Auto-trascender: Universalismo, Benevolencia
- Familia III – Conservación: Conformidad, Seguridad, Tradición
- Familia IV – Florecimiento personal: Logro y Autoridad
- Familia V – Hedonismo

JORNADA DE TRABAJO

- Familia I – Relación laboral: Institucionales, Compañeros, Pacientes, Familiares de los Pacientes, Redes de Apoyo
- Familia II – conflictos: Conflictos institucionales, con compañeros, con pacientes, con familiares, con redes de apoyo

DISCERNIMIENTO ÉTICO

- Familia I – Valores: Autonomía, Justicia, Benevolencia, Confidencialidad, Compasión, Confianza, Respeto, No maleficencia, No discriminación
- Familia II – Impacto de la atención médica: Utilidad terapéutica, Cuidado de la vida, Riesgo de muerte inminente, Capacidad de apreciar situaciones y consecuencias, Cumplir con la norma
- Familia III- Antivalores: Injusticia, inconfidencialidad, indiferencia o apatía, desconfianza, irrespetuoso, maleficencia, discriminación.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

- Familia I - Roles del médico: Atención médica, Educador, Consejero

-
- Familia II – Virtudes en medicina: Integridad, Justicia, Prudencia, Templanza, Humildad profesional, Fortaleza, paciencia.
 - Familia III – Valores de la relación médico-paciente: Búsqueda de conocimiento, Compasión, Confianza, Autocontrol, Humildad profesional
 - Familia IV – Apego a la institución: Asiste a sesiones académicas, Participa en comités éticos, Participa en sesiones clínicas, Sigue la normatividad, Participa en comités académicos
 - Familia V – Auto-motivación: Deseos de aprender, Participa activamente, Termina tareas a tiempo
 - Familia VI- Competencia Profesional: Efectividad en el diagnóstico, tratamiento y en resolución de problemas.
 - Familia VII – Apertura al cambio: Autodirección, estimulación (incentivación).
 - Familia VIII – Auto-trascender: Universalismo, benevolencia.
 - Familia IX– Conservación: Conformidad, seguridad y tradición.
 - Familia X – Florecimiento personal: Logro y autoridad.
 - Familia XI – Hedonismo.

FACTORES QUE GENERAN QUEJAS

- Familia I – Factores que generan quejas: Recursos institucionales, Por trato asistencial, Daños a la salud,
- Familia II – Respuesta a la queja: Oportunidad, Efectividad
- Familia III – Grado de satisfacción: Institucional, Personal de salud

OPINIÓN DE PROCEDIMIENTOS

- Familia I – Aceptación: Aceptación de la Normatividad administrativa, aceptación terapéutica, aceptación personal.
- Familia II – Rechazo: Rechazo normativo, terapéutico, objeción de conciencia.

SITUACIÓN COMPLICADA PARA TOMAR UNA DECISIÓN

- Familia I – Discernimiento: Aretológico, Utilitarista, Deontológico

COMITÉS DE ÉTICA

- Familia I – Participación en un comité de ética clínica: Participación en el comité, conocimiento de la función del comité de ética clínica, conocimiento de la composición del comité de ética clínica, Opinión del comité de ética clínica.
- Familia II – No participación: No participa en el comité, no conoce la función del comité, no conoce la composición del comité
- Familia III – Problemas del funcionamiento: Recursos de la institución, Falta de Capacitación

- FORMACIÓN PROFESIONAL A FUTURO
- Familia I – Institucional: Política, Docencia, Investigación
- Familia II – Capacitación y desarrollo personal académico:
- Familia III – No curricular: Recreativos, Artes y oficios.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA
“CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MEDICOS”

"CRITERIOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES PEDIATRICOS CON CANCER".

México, D.F., 05 de noviembre de 2011

Por este medio yo, Dr. (a): _____, en mi calidad de médico (*residente o adscrito*) y con apoyo en lo previsto en la Ley General de Salud y del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en este acto otorgo al Instituto Nacional de Pediatría, y en especial al Departamento de Terapia Intensiva, mi autorización y aceptación para participar en el proyecto de investigación intitulado "CRITERIOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES PEDIATRICOS CON CANCER".

Se me ha explicado que este proyecto es motivo de tesis de maestría de bioética y su objetivo fundamental es identificar los principales dilemas éticos que se presentan en el momento de aceptar ingresar a un paciente pediátrico con cáncer a la Unidad de Terapia Intensiva.

Estoy enterado de que mi participación incluye realizar las siguientes actividades antes, durante y después del proyecto: 1. Asistir una reunión de inducción y sensibilización sobre la identificación de los dilemas éticos. 2. En el momento de la valoración del paciente pediátrico con cáncer, buscaré intencionadamente e identificaré si existe un dilema ético para decidir el ingreso de cada uno de los pacientes con cáncer a la unidad de terapia intensiva. 3. Llenaré la hoja de captura de datos donde consignaré las características clínicas, los criterios médicos de ingreso a UTI y, el dilema ético que identifique. 4. Cuando identifique un dilema ético llevaré a cabo el análisis y discernimiento ético en base al Método Integral. Además, realizaré la encuesta EVAT, la cual tiene la finalidad de identificar los valores hacia el trabajo, es decir, mi actividad como médico.

Acepto que los datos obtenidos en cada valoración integral realizada a cada paciente sean analizados, discutidos y autorizo sean utilizados para la implementación de un cuestionario y posteriormente para su publicación en revistas científicas internacionales y en textos especializados.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

ATENTAMENTE

Nombre y firma:



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA
"CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA FAMILIARES"

"CRITERIOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INGRESO AL DEPARTAMENTO DE
TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES PEDIATRICOS CON CANCER".

México, D.F., 05 de noviembre de 2011

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES

Este es un estudio que tiene la finalidad de identificar los dilemas éticos en la práctica clínica existentes para ingresar a un paciente pediátrico con cáncer a una unidad de cuidados intensivos.

Si usted acepta participar en el proyecto, se le realizarán una serie de preguntas a usted y a su hijo.

Los datos obtenidos serán totalmente confidenciales, nunca divulgaremos la información que obtengamos con nombres y otra identificación que afecte a usted y a su hijo.

Si usted desea participar firme abajo; si no desea participar puede negarse y recibirá de todas maneras la atención médica requerida. Aunque esté participando usted puede retirarse del estudio cuando lo desee.

Atentamente,
Dra. Sandra Luz Lizárraga López
Teléfono: 10 84 0 900 Ext. 1273, 1225,1289

Fecha: _____
Nombre del Niño: _____
Registro: _____
Nombre del padre o tutor y firma: _____
Dirección y teléfono: _____

Nombre y firma de Testigo: _____

Dirección y teléfono: _____

Nombre y firma de Testigo: _____
Dirección y teléfono: _____

Anexo 6.

CUESTIONARIO EVAT.

¿Qué tanto se parece el empleado descrito a usted?

Introducción En esta sección se le pedirá determinar cuál es el grado de parecido entre varios empleados y usted.

Instrucciones ● Los siguientes enunciados describen brevemente las características de distintos empleados. Su tarea consiste en calificar qué tanto se parece cada uno de ellos a usted empleando para ello la escala que se presenta a continuación y anotando el número que corresponda en la línea en blanco:

1	2	3	4	5	6	7
Es totalmente distinto a mí	Casi no se parece a mí	Se parece muy poco a mí	Se parece algo a mí	Se parece a mí	Se parece mucho a mí	Es idéntico a mí

Enunciado 1 _____ Es un(a) empleado(a) muy activo(a), contagia energía sólo de verle.

Enunciado 2 _____ Respetar las costumbres y tradiciones que se siguen en su trabajo, es muy importante para él (ella).

Enunciado 3 _____ A él (ella), le gusta manejar a la gente, le gusta mandar e influenciar a las personas.

Enunciado 4 _____ Para él (ella), es muy importante el bienestar de las personas que conforman su equipo de trabajo.

Enunciado 5 _____ Él (ella) es un(a) empleado(a) inquieto(a), siempre está buscando nuevas maneras de hacer mejor su trabajo.

Enunciado 6 _____ Siempre se guía por lo que otros hacen, no le gusta hacer cosas que otros no hagan.

Enunciado 7 _____ Él (Ella) busca siempre sobresalir y ser exitoso(a) frente a los demás.

Continúa en la siguiente página

¿Qué tanto se parece el empleado descrito a usted?, Cont...

1	2	3	4	5	6	7
Es totalmente distinto a mí	Casi no se parece a mí	Se parece muy poco a mí	Se parece algo a mí	Se parece a mí	Se parece mucho a mí	Es idéntico a mí

- Enunciado 8** Para él (ella) es muy importante ganarse la confianza de sus compañeros de trabajo, siéndoles leal y honesto(a).
- Enunciado 9** Él (Ella), siempre está preocupado(a) por actualizarse, ya sea leyendo o asistiendo a cursos, con la finalidad de ser un empleado(a) eficiente.
- Enunciado 10** Siempre sigue las reglas y procedimientos en su trabajo, tal y como si fuera un reloj.
- Enunciado 11** Mantener una imagen de superioridad ante los demás, es su principal preocupación.
- Enunciado 12** Él (Ella) siempre lucha por que todos los empleados reciban el mismo trato y oportunidades.
- Enunciado 13** Le gustan los retos en su trabajo, prefiere siempre lo nuevo y desconocido.
- Enunciado 14** Él (Ella) es muy metódico(a); no le gusta intentar nuevas formas de hacer las cosas, prefiere lo que siempre le ha funcionado.
- Enunciado 15** Para él (ella), adquirir y acumular bienes o usar servicios costosos es muy importante.
- Enunciado 16** Para él (ella) la lealtad hacia su empresa y/o equipo de trabajo es muy importante.
-

APENDICE I . CASOS DE PACIENTES CON DILEMAS.

CAPTURA DE DILEMAS

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

FECHA: 10/11/AA

NOMBRE:

 F.P.L.G

REGISTRO: _____

EDAD: 11 años

SEXO: Masculino

PROCEDENCIA: _____

ESCOLARIDAD: primaria

PRIMS: 55

TISS: 82

DIAGNOSTICO DE TERAPIA INTENSIVA: Choque séptico, disfunción multiorgánica, Neumonía viral.

DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO: Leucemia Linfoblástica aguda de alto riesgo por infiltración a testículo y segunda recaída (SNC)

ESTADIO: Terminal

PRONOSTICO ONCOLOGICO A SU DIAGNOSTICO INCIAL: Malo, sobrevida a 5 años del 50%

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Fue diagnosticado en junio del 2007 en hospital privado, tratado de forma inicial por médico hematólogo, llevando dos protocolos de tratamiento (Dana Farber y al presentar recaída a testículo el protocolo del Reino Unido).

Por falta de recursos económicos ingresa al Instituto Nacional de Pediatría (INP) al servicio de Oncología en junio del 2009 e inicia su tercer protocolo de tratamiento mediante San Judas XIIIb sin tener la fase de inducción ya que a su ingreso se encontraba en fase de mantenimiento.

Cursó hasta la semana 14 de 20 de tratamientos y presenta en líquido cefalorraquídeo (LCR) blastos (segunda recaída), por lo que se informa a padre y se inicia su cuarto protocolo mediante BFM 90, llevando la fase de inducción nuevamente.

Se informa a familiares sobre el pronóstico ya que la sobrevida a 5 años es del 50%, siempre y cuando supere la fase de inducción a la remisión en la que se encuentra, y si logra este objetivo sería candidato a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

DILEMA:

¿Si el paciente presenta paro cardiorespiratorio se deben de realizar maniobras de reanimación?

¿A cuál paciente debo de decidir colocar el ventilador de alta frecuencia?

13. ¿Cuál ES EL HECHO? Analice los hechos objetivos más importantes, distinguiéndolos de las opiniones

Cuento con un solo recurso terapéutico (ventilador de alta frecuencia) al mismo tiempo para dos pacientes que tienen la misma indicación de utilizarlo.

a. **Antecedentes (mencionados arriba)**

Actualmente se encuentra en el día 38 de 64 en la fase de inducción mediante BFM 90.

El día 10 noviembre, presenta tos productiva cianósica, con fiebre no cuantificada, motivo por el que acude al servicio de urgencias del INP, con datos de dificultad respiratoria, motivo por el que se ingresa al servicio de Infectología con el diagnóstico de Neumonía de la comunidad, se le coloca catéter venoso central y se inicia esquema de antibióticos con ceftriaxona, dicloxacilina y TMP/SMZ.

Presenta evolución tórpida con aumento de la dificultad respiratoria, campos pulmonares hipoventilados, con presencia de estertores roncales y alveolares, saturación de oxígeno de 70%, deterioro del estado de alerta, motivo por el que se decide realizar intubación endotraqueal y ventilación mecánica y se ingresa al servicio de Terapia Intensiva con diagnóstico de SDRA, choque séptico.

Durante su estancia en Terapia Intensiva Pediátrica, bajo sedación y relajación, en fase III de la ventilación, con parámetros ventilatorios altos, con acidosis respiratoria persistente, índice de oxigenación de 13. Con apoyo de aminas y vasopresores en infusión continua tipo dobutamina, milrinona y norepinefrina a dosis elevadas, persistentemente febril, se toma prueba rápida de influenza reportándose negativa, posteriormente resultado de PCR para Influenza A H1N1 positiva motivo por el que se inicia tratamiento con oseltamivir.

Se reportan pruebas de funcionamiento hepático con elevación de transaminasas, se agrega al esquema de antibióticos fluconazol, radiografía de tórax con persistente infiltrado alveolar bilateral.

Se transfunde plasma fresco congelado y crioprecipitados (TPT 49, Fibrinógeno 84, DD 787) por datos de coagulación intravascular diseminada.

Continua con evolución tórpida con disfunción multiorgánica, no se permite la disminución de parámetros ventilatorios, índice de oxigenación de 17.

“Se solicita ventilador de alta frecuencia “

25-11 presenta paro cardiorespiratorio el cuál no responde a maniobras avanzadas de reanimación

b. **Circunstancias o factores internos o externos de influencia**

Alto riesgo por infiltración a testículo y segunda recaída (SNC)

c. **Actores principales**

Paciente, familiares, Equipo medico transdisciplinario

d. **Actores secundarios**

14. Identificando los dilemas y diferenciarlos de los problemas:

La decisión de utilizar ventilación de alta frecuencia en un paciente con mal pronóstico por enfermedad de base y con disfunción orgánica múltiple y con un pronóstico de sobrevida menor al 20% o utilizarlo con un paciente previamente sano con una sobrevida mayor al 90%, con solo un órgano disfuncional (neumonía por influenza A H1N1) ya que en el hospital solo se cuenta con un solo ventilador de alta frecuencia.

d) **Tecno-científicos: ¿El abordaje diagnóstico y terapéutico es adecuado, está completo, ha resuelto todos los problemas?**

Si _____ **No xx** _____ **Porqué:** se ha realizado adecuadamente el abordaje diagnóstico. Ambos pacientes tienen indicación terapéutica para continuar con ventilación de alta frecuencia, el problema es el modelo de ventilador es para pacientes menores de 30 kg por lo cual el peso de los pacientes decidirá a quien se le indica.

Éticos: ¿Cuál es el bien que se busca y quien es el destinatario de este bien en particular?

Restringir el empleo de un procedimiento invasivo como ventilación de alta frecuencia que más allá de ofrecer una medida terapéutica real encaminada a lograr la resolución de un problema médico, representa un recurso que solo prolonga el proceso de muerte en un paciente con mal pronóstico de enfermedad de base.

e) **Jurídicos: ¿Es legal lo que hago, está dentro de la normatividad profesional, Institucional, nacional?**

El deber del médico es ofrecer un recurso terapéutico, en este caso el ventilador de alta frecuencia para ambos pacientes, el problema es Institucional por qué no cuenta con los recursos económicos para comprar otro ventilador y poder ofrecer el beneficio del uso de esta moda ventilatoria a ambos pacientes.

15. Jerarquizando los problemas éticos:

c) Identifique las causas de los problemas éticos

En ocasiones resulta difícil identificar a los pacientes que realmente se verán beneficiados con el recurso. Los médicos en las unidades de terapia intensiva decidimos día a día instalar una medida terapéutica y el tipo de tratamiento a

administrar de acuerdo a los protocolos de manejo o guías de práctica clínica existentes.

Ambos pacientes cursan con una neumonía viral, y ameritan ser sometidos a una moda de ventilación mecánica, en este caso ventilación de alta frecuencia.

El hospital solo cuenta con un solo ventilador que ofrece esta modalidad.

Decisiones terapéuticas diferentes tienen lugar cuando se cuestionan el retiro o no instaurar un recurso terapéutico, permitiendo que la muerte siga su evolución natural.

Se considera que prolongar el desenlace natural de una enfermedad considerada como terminal a través de diversos recursos terapéuticos no beneficia al paciente. Cuando la muerte es necesariamente una consecuencia dentro de la evolución natural de la enfermedad, esto va de la mano de la consideración por parte del médico de que el paciente no se verá beneficiado con la instalación de recursos adyuvantes que probablemente prolonguen de manera innecesaria la vida del enfermo.

Esta orden puede venir originada por varios motivos: la edad del paciente, la patología de base y su estado evolutivo.

Desde un punto de vista clínico y ético la orden de no IOT puede considerarse dentro de las medidas de adecuación del principio de justicia y del ensañamiento terapéutico, entendido como la decisión médica de restringir o cancelar algún tipo de medidas, fundamentalmente de soporte vital, cuando se percibe una clara desproporción entre los fines que pretendemos lograr y los medios terapéuticos empleados, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica.

Existe una clasificación de los pacientes en orden al esfuerzo terapéutico y pueden clasificarse en varios niveles según la situación clínica de su enfermedad y comorbilidad en la que se encuentren, para diferenciar los niveles de intervención de que son subsidiarios⁴⁶:

Nivel A: Pacientes en los que se espera que el tratamiento con ventilación no invasiva sea satisfactorio y pueden ser dados de alta en el hospital, o aquellos en los cuáles se desconoce el pronóstico de la enfermedad subyacente (con frecuencia sucede en los servicios de urgencias)

Nivel B: Pacientes con enfermedades crónicas y debilitantes, físicas o mentales, en los cuáles la intervención terapéutica con ventilación no invasiva es de resultado o incierto o la indicación es dudosa. Correspondería a pacientes considerados “no intubables “

Nivel C: Pacientes con pronóstico fatal en breve plazo en los que la terapéutica se ha mostrado ineficaz. Correspondería a pacientes en fase terminal o paliativa.

En cuanto a los modos posibles de toma de decisión podemos considerar tres⁴⁶:

1. Decisiones médicas unilaterales

-
2. Decisiones del paciente
 3. Decisiones bilaterales, tras acuerdo entre el médico y el paciente o familiares.

Decisiones médicas unilaterales: la conveniencia de no ventilar es planteada habitualmente por el médico, que considera que las maniobras están contraindicadas porque la enfermedad del paciente no es reversible y la muerte no se puede evitar. Aquí podríamos hablar de “futilidad objetiva”, el profesional, de acuerdo con sus conocimientos y experiencia, sabe que no tiene sentido oponerse al curso de la enfermedad porque la muerte es irremediable. En estos pacientes en quienes se puede considerar la decisión de no ventilar de forma unilateral.

Decisiones del paciente: un paciente o familiar adecuadamente informado sobre su enfermedad, así como de la necesidad de ventilación no invasiva, podría optar por prohibir que se le ventile porque estimase que la calidad de la vida restante no merecería la pena de acuerdo con su criterio de lo que es una vida buena.

Decisiones bilaterales: En otros muchos casos la conveniencia de no ventilar se plantea en personas cuya muerte no es inminente o irremediable con certeza, pero en los que el grado de incertidumbre sobre las probabilidades de éxito de la ventilación es muy alto, o porque el sufrimiento que conlleva la situación clínica hace pensar que la calidad de vida es tan mala que prolongarla podría ser maleficiente, frecuentemente se trata de pacientes con enfermedades crónicas que han requerido a veces numerosas estancias prolongadas en el hospital, a veces en cuidados intensivos con intubaciones repetidas. En estos casos el médico no puede estimar con una razonable seguridad los beneficios de la terapéutica ni sabe si el paciente aceptaría someterse a intervenciones agresivas de acuerdo con el beneficio esperable.

En caso de un paciente incompetente se aceptará que su “representante” ó “familiares” son quienes mejor representan los deseos y derechos del paciente y, con el / ellos, se debe establecer el diálogo, si bien no tienen las mismas posibilidades de decisión que el paciente.

El representante o familiar sólo debe actuar desde lo que sea considerado el mayor beneficiario para el paciente en la sociedad en que vive, o siguiendo las instrucciones expresas del paciente.

d) Destaque la interdependencia de los problemas

La decisión de utilizar ventilación de alta frecuencia en un paciente con mal pronóstico por enfermedad de base u ocuparlo con un paciente con mejor pronóstico para la vida y previamente sano: ambos pacientes ameritan ventilación mecánica con alta frecuencia, se debe de decidir que paciente es el indicado para recibirlo.

Debido al problema respiratorio el paciente puede presentar paro cardiorespiratorio por hipoxia secundaria, considerando el estado de gravedad del paciente (disfunción multiorgánica) sus recaídas a testículo y sistema nervioso central. Escalas pronósticas con sobrevida menor del 20%, el dilema es se deben de realizar maniobras de reanimación?

16. Analizando y aplicando el método de discernimiento.

TEORIA UTILITARISTA:

¿Es un procedimiento que será útil en función de mejorar la calidad de vida en un paciente que se encuentra en una situación de muerte inminente?

¿El costo beneficio justifica el empleo del recurso?

¿Se está haciendo uso inadecuado de un recurso que en un paciente con otra perspectiva pudiera ser un adyuvante en la respuesta terapéutica benéfica de un enfermo (previamente sano)

En este caso no se ofrecería mayor bien al paciente que se encuentra en una situación de gravedad. La limitación que tiene el utilitarismo es que todo el criterio se basa en variables cuantitativas y en la definición ambigua de la autoridad moral.

De acuerdo con esta posición en la que lo útil será todo aquello que logre un beneficio, no importa si la acción se realiza con buenas intenciones por una persona, lo que importa es que la utilidad sea máxima.

En este caso, el hospital debe de realizar la compra de otro modelo de ventilador de alta frecuencia, ya que el único ventilador con el que se cuenta en el hospital no es para pacientes mayores de 30 kg, y no incluye a este paciente ya que pesa más de 30 kg y no es posible aplicarlo a pacientes mayores de 30 kg.

Con respecto a si se realiza reanimación cardiopulmonar en este paciente, se cuestionaría esta decisión terapéutica, sería "prolongar el desenlace natural", debido a la disfunción orgánica que presenta, y si a ello se agrega otro evento de hipoxia e hipoperfusión, no se vería beneficiado con la instauración de recursos adyuvantes que probablemente prolonguen de manera innecesaria la vida del enfermo.

TEORIA DEONTOLÓGICAS:

La decisión del médico responsable puede sustentarse en la postura en la cual el bien se determina por el deber y éste se entiende como lo que estoy obligado a hacer en función del bien común.

El deber del médico y del personal de salud es la preservación de la vida y, por lo tanto, cumplen con su deber al buscar las condiciones terapéuticas para continuar con su tratamiento

¿Estoy cumpliendo con mi deber?

SI

TEORIA ARETOLOGICAS?

El principal beneficiario del bien será el enfermo como persona y como fin de la acción humana por parte del médico y personal de salud que participen en la toma de decisión.

El no aplicar un recurso terapéutico como es la ventilación de alta frecuencia, que no modificará la evolución de la enfermedad de base en el sentido de lograr o participar en la curación de la misma, representaría un bien para la persona, ya

que le estamos protegiendo del ensañamiento terapéutico y de gastos innecesarios a la familia, además de estar cumpliendo con el principio de no maleficencia

¿Me permite autoconstruirme como persona?

SI

¿Persigo obtener más virtudes?

SI

¿Soy más feliz?

SI

17. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

Continuar con la moda de ventilación convencional o conseguir otro ventilador de alta frecuencia de acorde a su peso.

Reanimar o no al paciente cuando presente paro cardiorespiratorio.

Optimización de recursos

18. ¿Cuáles son las circunstancias?

Dos pacientes que ameritan ventilación de alta frecuencia, en diferente estado de gravedad.

Instauración de tratamiento que solo prolongue el proceso de muerte

19. ¿Quién es el responsable de efectuarlas?

Equipo médico transdisciplinario

20. ¿Cuáles son las preferencias del paciente y de sus familiares?

El bien y calidad de vida del paciente

21. ¿Cuáles son las preferencias del equipo de salud?

Bien del paciente y optimización de recursos

22. ¿Qué prefiere el paciente?

No se le solicitó su opinión cuando pudo realizarla.

23. ¿Quién es responsable de tomar las decisiones?

Equipo médico transdisciplinario y los padres.

24. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

SOLUCIONES

Buscar el bien del paciente, no prolongar el proceso de muerte, optimización de recursos

CONCLUSIONES

Continuar con ventilación convencional.

Hablar con las autoridades correspondientes para ver la posibilidad de adquirir un ventilador de alta frecuencia para niños que pesen más de 30 kg

Explicar a los padres la situación real de su hijo y el pobre pronóstico de recuperabilidad.

RECOMENDACIONES

El no aplicar un recurso terapéutico como es la reanimación cardiopulmonar no modificará la evolución de su enfermedad de base (la leucemia) y el pronóstico después de un evento de paro cardiorespiratorio se ensombrece mas; por lo que se sugiere hablar con los padres y valorar la acción de no RCP para evitar el ensañamiento terapéutico y gastos innecesarios , prolongando con ello el estado de su gravedad, acudiendo al principio de no maleficiencia

ANEXO. 1

O - PRISM

VARIABLE	< 12 MESES	> 12 MESES	PUNTOS
Presión sanguínea sistólica (mmHg)	130-160	150-200	2
	55-65	65-75	2
	>160	>200	6
	40-54	50-64	6
	< 40	< 50	7
Presión sanguínea diastólica (mmHg)	>110	>110	4
FC (latidos por min)	>160	>150	4
	< 90	< 80	4
FR (respiraciones por min)	61-90	51-70	1
	> 90	> 70	5
	Apnea	Apnea	5
PaO ₂ /FiO ₂	200-300	200-300	2
	< 200	< 200	3
PaCO ₂ (torr)	51-65	51-65	1
	> 65	> 65	5
Escala de Glasgow	< 8	< 8	6
Reacción pupilar	Asimétricas o dilatadas	Asimétricas o dilatadas	4
	Fijas o dilatadas	Fijas o dilatadas	10
PT/PTT	> 1.5 x control	> 1.5 x control	2
Bilirrubinas Totales (mg/dl)	<u>≥ 1 mes</u> > 3.5	<u>≥ 1 mes</u> > 3.5	6
	3.0 - 3.5	3.0 - 3.5	1
Potasio (mEq/L)	6.5 - 7.5	6.5 - 7.5	1
	< 3.0	< 3.0	5
	> 7.5	> 7.5	5

Calcio (mg/dl)	7.0 – 8.0	7.0 – 8.0	2
	12.0 – 15.0	12.0 – 15.0	2
	< 7.0	< 7.0	6
	> 15.0	> 15.0	6
Glucosa (mg/dl)	40 – 60	40 – 60	4
	250 – 400	250 – 400	4
	< 40	< 40	8
	> 400	> 400	8
Bicarbonato (mEq/L)	< 16	< 16	3
	> 32	> 32	3
Sangrado microscópico	si	si	4
GVHD	Grado 2	Grado 2	2
	Grado > 2	Grado > 2	4
PCR (mg/dl)	> 10	> 10	4

ANEXO 2. ESCALA DE TISS

Parada cardiaca y/o desfibrilación en las 48 h* previas	4 PUNTOS
Ventilación controlada con o sin PEEP	X
Ventilación controlada con relajantes musculares (administración continua o intermitente)	X
Balón de taponamiento de varices esofágicas	
Administración de medicamento intraarterial continua (se excluye el lavado de la arteria con solución heparinizada)	
Catéter en arteria pulmonar	
Marcapasos arterial y/o ventricular en activo	
Hemodiálisis en paciente inestable o técnicas de depuración extrarrenal continua	
Diálisis peritoneal	
Hipotermia inducida	
Administración de sangre a presión en forma urgente	X
Traje antishock	
Monitorización de presión intracraneana	
Transfusión de plaquetas	X
Balón de contrapulsación	
Intervención urgente en las primeras 24 h (incluye pruebas diagnósticas que exigen desplazamiento como TAC, cateterismo, angiografía, etc.	X
Lavados gástricos en sangrado agudo	
Endoscopía o broncoscopía urgente	
Perfusión de dos o más fármacos vasocactivos	X

Tratamiento de hipertensión pulmonar con óxido nítrico y/o prostaciclina en aerosol	
Administración de surfactante intratraqueal	
ECMO o asistencia ventricular	
Nutrición parenteral central	3 PUNTOS
Marcapasos a demanda	
Drenajes torácicos	
Ventilación mandatoria intermitente o ventilación asistida	X
Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)	
Perfusión de K por la vía central (> 60 mEq/L)	X
Intubación nasotraqueal u orotraqueal en las 24 h anteriores	X
Aspiración intratraqueal en pacientes no intubados	
Balances metabólicos frecuentes, más de una vez al día, con ajustes de entradas de acuerdo al balance	X
Analítica frecuente (gasometría, coagulación, etc.) > de 4 veces por turno	X
Infusión de hemoderivados (> 20 ml/kg)	X
Bolo de medicación no programada	X
Perfusión de un fármaco vasocactivo	X
Perfusión continua de antiarrítmicos	
Cardioversión (no desfibrilación) para tratamiento de arritmias	
Manta de hipotermia	
Vía arterial	X
Digitalización aguda (primeras 48 hrs)	
Medida de gasto cardiaco (por cualquier método)	X
Diuresis forzada por sobrecarga de volumen o edema cerebral	X
Tratamiento activo de alcalosis metabólica	
Tratamiento activo de acidosis metabólica	X
Toracocentesis, pericardiocentesis o paracentesis de urgencia	
Anticoagulación activa (primeras 48 h)	
Sangría	
Tratamiento con más de dos antibióticos	X
Tratamiento de convulsiones o encefalopatía metabólica (primeras 48 h)	
Tracción ortopédica compleja	
Posición en prono para tratamiento de SIRA	
Presión venosa central	2 PUNTOS
Dos o más catéteres periféricos	X
Hemodiálisis en pacientes estable. Diálisis peritoneal crónica	
Traqueotomía reciente (menos de 48 h)	

Respiración espontánea por tubo endotraqueal o traqueotomía (sin respirador)	
Alimentación enteral	
Reposición de pérdidas excesivas (mayor de lo calculado en el balance diario)	X
Quimioterapia parenteral	
Control neurológico horario (al menos durante más de 2 h)	X
Cambios múltiples de apósitos	
Infusión de hormona antidiurética	
Catéter silástico	
Administración de medicación (ej. Broncodilatadores) o gases inhalados o en aerosol	X
Monitorización continua de ECG	1 PUNTOS
Constantes vitales horarias (al menos durante > de 2 h)	X
1 catéter venoso periférico	X
Anticoagulación crónica	
Balance hídricos cada 24 h	X
Analítica de rutina (< 5 por turno)	X
Medicación programada intermitente.	
Cambios rutinarios de apósitos	
Tracción ortopédica no complicada	
Cuidado rutinario de traqueotomía (después de las primeras 48 h)	
Tratamiento de la úlcera de decúbito (no prevención)	
Sondaje vesical	X
Oxigenoterapia por cánula nasal o mascarilla	
Antibióticos intravenosos (2 o menos)	X
Fisioterapia torácica	
Limpieza, vendajes o desbridamiento de heridas, fístulas o colostomía	
Sonda nasogástrica para descompresión	X
Alimentación parenteral periférica	X

*h: horas

CAPTURA DE DILEMAS

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

FECHA: 20/01/12

NOMBRE:

__P.C.R.E._____

REGISTRO: _____

EDAD: ____6años____

SEXO: Masculino ____

PROCEDENCIA: _____

ESCOLARIDAD: _____

PRIMS: ____63____

TISS: __10____

DIAGNOSTICO DE TERAPIA INTENSIVA: _ choque séptico secundario a aspergillus vs mucomurmicosis rinoetmoidal e infección asociada a catéter por pseudomona aeruginosa

DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO: ____ Leucemia Aguda Linfoblástica_____

ESTADIO: alto riesgo por carga tumoral con recaída a médula ósea Fuera de tratamiento oncológico

PRONOSTICO ONCOLOGICO A SU DIAGNOSTICO INCIAL: Malo para la vida y la función

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Ingreso al servicio de urgencias el día 03-12-11 con presencia de vómito de contenido alimentario, evacuaciones diarreicas, melena y fiebre, se inicia esquema de antibióticos con cefalotina y amikacina, valorado por el servicio de Hematología el día 05-12-11 y se decide su ingreso.

Presenta colitis neutropénica valorado por Infectología agregando a esquema de antibióticos piperacilina/tazobactam el día 071211. Se inicia segundo esquema de quimioterapia. Presenta datos de dificultad respiratoria por lo que se solicita interconsulta a Terapia Intensiva el día 121211. Se asegura vía aérea y se logra extubación el día 14-12-11, evolucionando con mejoría por lo que se decide su egreso al servicio de Hematología.

Valorado por el servicio de clínica del dolor y se inicia infusión de morfina. Se solicita interconsulta al servicio de estomatología el día 131212 por lesión en paladar que se asocia a una probable infección por Aspergillus.

El día 200112 se ingresa a Terapia Intensiva por choque séptico secundario a aspergillus vs mucomurmicosis rinoetmoidal e infección asociada a catéter por pseudomona aeruginosa, requiriendo en terapia intensiva apoyo de aminas y vasopresores, bajo intubación orotraqueal con sedación y relajación, se inicia apoyo de nutrición parenteral (220112), valorado por el servicio de Infectología agregando a esquema de antibióticos meropenem, vancomicina, voriconazol, anfotericina B, presenta crisis convulsivas por lo que se impregna con DFH y se deja mantenimiento a 7mg/kg/día. Presenta evolución favorable, se logra extubación ya con parámetros mínimos ventilatorios el día 260212 y se egresa al servicio de Hematología el día 28-02-12.

El día 070312 presenta sangrado activo peribucal, intraoralmente con placa blanquecina que abarca mitad derecha de mucosa de paladar duro, se realiza hemostasia con compresas húmedas y frías y salicilato de bismuto.

El día 13-03-12 valorado por el servicio de Cuidados Paliativos, se establece con el servicio de Hematología que Raúl se encuentra fuera de tratamiento oncológico, debe continuar recibiendo tratamiento de confort con manejo estricto de dolor, transfusiones, antipiréticos y antimicóticos.

El día 23-03-12 se suspende nutrición parenteral y se deja aporte de soluciones calculadas. El día 26-03-12 se suspenden antibióticos y antifúngicos en su día 34 de tratamiento, continúa con dolor por las noches, se administran rescates de morfina sin mejoría, por lo que se inicia infusión de midazolam y posteriormente de fentanyl. Presenta polipnea, fiebre 38.9°C y taquicardia. Se acentúan respiraciones agónicas, presenta paro cardiorespiratorio, no se realizan maniobras de reanimación.

DILEMA: La nutrición por vía artificial ¿debe ser considerada como un derecho humano que debe ofrecerse a toda persona, o es un recurso terapéutico que, como tal, tiene indicaciones y limitaciones⁴⁶? _____

25. ¿Cuál ES EL HECHO? Analice los hechos objetivos más importantes, distinguiéndolos de las opiniones

a. Antecedentes (mencionados arriba)

La nutrición artificial (administración de nutrición parenteral vía intravenosa) es una de las intervenciones terapéuticas extraordinarias que conllevan mayores desafíos.

Se entiende por soporte nutricional especializado (nutrición artificial) la administración de nutrientes por vía enteral o parenteral con el objetivo de mantener o restaurar el estado de nutrición y contribuir a mejorar la evolución clínica.

En ocasiones resulta difícil identificar a los pacientes que realmente se verán beneficiados con el recurso y hay circunstancias en las cuales el estado nutricional no puede ser restaurado exclusivamente con nutrición artificial debido a la repercusión que tiene la enfermedad de base sobre el estado de nutrición del enfermo.

Decisiones terapéuticas diferentes tienen lugar cuando se cuestionan el retiro o el no instaurar un tratamiento, permitiendo que la muerte siga su evolución natural. No hay decisión más difícil para un médico ni más contraria al principio de su profesión que el negar o retirar un tratamiento.

Se considera que “prolongar el desenlace natural” de una enfermedad considerada como terminal a través de diversos recursos terapéuticos no beneficia al paciente. Cuando la muerte es necesariamente una consecuencia dentro de la evolución natural de la enfermedad, esto va de la mano de la consideración por parte del médico de que el paciente no se verá beneficiado con la instauración de recursos adyuvantes que probablemente “prolonguen” de manera innecesaria la vida del enfermo. Estas decisiones relacionadas con la instauración de medidas que pudieran ser consideradas fútiles necesitan ser analizadas en el contexto de los

valores médicos y sociales, así como dentro de la normatividad legal de cada país.

La palabra futilidad proviene del latín fútilis, defectuoso, con predominio en la balanza riesgo/beneficio a favor del primero. Se entiende por fútil algo que no tiene propósito útil, que es completamente ineficaz. Es lo contrario a efectividad terapéutica o a la capacidad de un tratamiento para modificar el curso de una enfermedad⁴⁶.

También puede referirse a medidas solicitadas en circunstancias de muerte inminente, mala calidad de vida previa ó esperanza breve de vida.

La decisión médica es, por fuerza, ética, pues en el actuar del médico está implícita la responsabilidad para consigo mismo y para con otros seres humanos. La enfermedad y su curación son fenómenos cambiantes e inciertos, que exigen una opinión ponderada con base en el conocimiento. Este último implica además el causar un bien o un daño

b. Circunstancias o factores internos o externos de influencia

La decisión de prescribir o no un soporte nutricional especializado vía nutrición parenteral en paciente con enfermedad terminal y considerado fuera de tratamiento médico.

c. Actores principales

Paciente, Familiares, Equipo médico multidisciplinario

d. Actores secundarios

26. Identificando los dilemas y diferenciarlos de los problemas:

- f) **Tecno-científicos:** ¿El abordaje diagnóstico y terapéutico es adecuado, está completo, ha resuelto todos los problemas?

Si No

Porqué _____

- g) **Éticos:** ¿Cuál es el bien que se busca y quien es el destinatario de este bien en particular?

Paciente en fase terminal, fuera de tratamiento médico
Administrar soporte nutricional especializado

- h) **Jurídicos:** ¿Es legal lo que hago, está dentro de la normatividad profesional, Institucional, nacional?

SI

27. Jerarquizando los problemas éticos:

- e) Identifique las causas de los problemas éticos

-
- Administrar soporte nutricio especializado en un paciente fuera de tratamiento médico en fase terminal
- f) Destaque la interdependencia de los problemas

28. Analizando y aplicando el método de discernimiento.

TEORIA UTILITARISTA:

Esta postura propone que una acción es buena en la medida que sus efectos sean buenos y puedan ser mesurables. Lo bueno será entonces lo útil.

En el caso propuesto, se cuestiona la utilidad de la nutrición parenteral. ¿Es un procedimiento que será útil en función de mejorar el estado de nutrición de un paciente que se encuentra en una situación de muerte inminente?- ¿El costo – beneficio justifica el empleo del recurso? ¿Se está haciendo uso inadecuado de un recurso que en un paciente con otra perspectiva pudiera ser un adyuvante en la respuesta terapéutica benéfica de un enfermo?

En el presente caso no se ofrecería ningún bien al paciente que se encuentra en una situación irreversible. La limitación que tiene el utilitarismo es que todo el criterio se base en variables cuantitativas y en la definición ambigua de la autoridad moral.

¿Cuáles son las consecuencias?

El costo beneficio justifica el empleo del recurso

¿Estoy optimizando recursos?

SI

¿Soy eficiente y eficaz?

SI

TEORIA DEONTOLÓGICAS:

En este caso la decisión del médico responsable de tomarla puede sustentarse en la postura en la cual el bien se determina por el deber y éste se entiende como lo que estoy obligado a hacer en función del bien común, para cumplir mi función de acuerdo con los cánons o políticas establecidas por determinada sociedad. Si se partiera de la interpretación inadecuada de que todo ser humano tiene derecho a alimentarse o ser alimentado, se podría decidir dar nutrición intravenosa al enfermo a pesar de ser considerada ésta como un recurso terapéutico y no como una fuente de nutrición natural.

¿Estoy cumpliendo con mi deber?

SI

TEORIA ARETOLOGICAS?

En el criterio aretológico, podemos definir que el principal beneficiario del bien será el enfermo como persona y como fin de la acción humana por parte del médico y personal de salud que participen en la toma de decisión.

El no aplicar un recurso terapéutico como es la nutrición parenteral, que no modificará la evolución de la enfermedad en el sentido de lograr o participar en la curación de la misma (leucemia en recaída y fuera de tratamiento oncológico),

representaría un bien para la persona, ya que le estamos protegiendo de ensañamiento terapéutico y de gastos innecesarios a la familia, además de estar cumpliendo con el principio de no maleficencia.

Los depositarios del bien serían en primer término el paciente, pero también la familia al conocer la situación real de su enfermo y al no tener que cubrir gastos innecesarios. Pero por otro lado, también el médico es depositario del bien, ya que actuó con responsabilidad, conocimientos y respeto, lo cual lo hace ser mejor.

¿Me permite autoconstruirme como persona?

SI

¿Persigo obtener más virtudes?

SI

¿Soy más feliz?

SI

29. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

El bien del paciente, optimización de recursos

30. ¿Cuáles son las circunstancias?

Paciente en fase terminal fuera de tratamiento medico

31. ¿Quién es el responsable de efectuarlas?

Equipo medico multidisciplinario

32. ¿Cuáles son las preferencias del paciente y de sus familiares?

Bien del paciente, no prolongar el proceso de muerte

33. ¿Cuáles son las preferencias del equipo de salud?

El bien del paciente, optimización de recursos

34. ¿Qué prefiere el paciente?

35. ¿Quién es responsable de tomar las decisiones?

Familiares, equipo médico multidisciplinario

36. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

El bien del paciente

SOLUCIONES optimizar recursos en una paciente en fase terminal y fuera de tratamiento medico

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXO. 1

O - PRISM

VARIABLE	< 12 MESES	> 12 MESES	PUNTOS
Presión sanguínea sistólica (mmHg)	130-160	150-200	2
	55-65	65-75	2
	>160	>200	6
	40-54	50-64	6
	< 40	< 50	7
Presión sanguínea diastólica (mmHg)	>110	>110	4
FC (latidos por min)	>160	>150	4
	< 90	< 80	4
FR (respiraciones por min)	61-90	51-70	1
	> 90	> 70	5
	Apnea	Apnea	5
PaO ₂ /FiO ₂	200-300	200-300	2
	< 200	< 200	3
PaCO ₂ (torr)	51-65	51-65	1
	> 65	> 65	5
Escala de Glasgow	< 8	< 8	6
Reacción pupilar	Asimétricas o dilatadas	Asimétricas o dilatadas	4
	Fijas o dilatadas	Fijas o dilatadas	10
PT/PTT	> 1.5 x control	> 1.5 x control	2
Bilirrubinas Totales (mg/dl)	> 1 mes > 3.5	> 1 mes > 3.5	6
	Potasio (mEq/L)		
	3.0 - 3.5	3.0 - 3.5	1
	6.5 - 7.5	6.5 - 7.5	1
	< 3.0	< 3.0	5
	> 7.5	> 7.5	5
Calcio (mg/dl)	7.0 – 8.0	7.0 – 8.0	2
	12.0 – 15.0	12.0 – 15.0	2
	< 7.0	< 7.0	6
	> 15.0	> 15.0	6
Glucosa (mg/dl)	40 – 60	40 – 60	4
	250 – 400	250 – 400	4
	< 40	< 40	8
	> 400	> 400	8
Bicarbonato (mEq/L)	< 16	< 16	3
	> 32	> 32	3
Sangrado microscópico	si	si	4
GVHD	Grado 2	Grado 2	2
	Grado > 2	Grado > 2	4

PCR (mg/dl)	> 10	> 10	4
-------------	------	------	---

ANEXO 2. ESCALA DE TISS

Parada cardiaca y/o desfibrilación en las 48 h* previas	4 PUNTOS
Ventilación controlada con o sin PEEP	X
Ventilación controlada con relajantes musculares (administración continua o intermitente)	X
Balón de taponamiento de varices esofágicas	
Administración de medicamento intraarterial continua (se excluye el lavado de la arteria con solución heparinizada)	
Catéter en arteria pulmonar	
Marcapasos arterial y/o ventricular en activo	
Hemodiálisis en paciente inestable o técnicas de depuración extrarrenal continua	
Diálisis peritoneal	
Hipotermia inducida	
Administración de sangre a presión en forma urgente	X
Traje antishock	
Monitorización de presión intracraneana	
Transfusión de plaquetas	X
Balón de contrapulsación	
Intervención urgente en las primeras 24 h (incluye pruebas diagnósticas que exigen desplazamiento como TAC, cateterismo, angiografía, etc.	X
Lavados gástricos en sangrado agudo	
Endoscopia o broncoscopia urgente	
Perfusión de dos o más fármacos vasocactivos	X
Tratamiento de hipertensión pulmonar con óxido nítrico y/o prostaciclina en aerosol	
Administración de surfactante intratraqueal	
ECMO o asistencia ventricular	
Nutrición parenteral central	3 PUNTOS
Marcapasos a demanda	
Drenajes torácicos	
Ventilación mandatoria intermitente o ventilación asistida	X
Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)	
Perfusión de K por la vía central (> 60 mEq/L)	X
Intubación nasotraqueal u orotraqueal en las 24 h anteriores	X
Aspiración intratraqueal en pacientes no intubados	

Balances metabólicos frecuentes, más de una vez al día, con ajustes de entradas de acuerdo al balance	
Analítica frecuente (gasometría, coagulación, etc.) > de 4 veces por turno	X
Infusión de hemoderivados (> 20 ml/kg)	X
Bolo de medicación no programada	
Perfusión de un fármaco vasocactivo	X
Perfusión continua de antiarrítmicos	
Cardioversión (no desfibrilación) para tratamiento de arritmias	
Manta de hipotermia	
Vía arterial	X
Digitalización aguda (primeras 48 hrs)	
Medida de gasto cardiaco (por cualquier método)	X
Diuresis forzada por sobrecarga de volumen o edema cerebral	X
Tratamiento activo de alcalosis metabólica	
Tratamiento activo de acidosis metabólica	X
Toracocentesis, pericardiocentesis o paracentesis de urgencia	
Anticoagulación activa (primeras 48 h)	
Sangría	
Tratamiento con más de dos antibióticos	X
Tratamiento de convulsiones o encefalopatía metabólica (primeras 48 h)	X
Tracción ortopédica compleja	
Posición en prono para tratamiento de SIRA	
Presión venosa central	2 PUNTOS
Dos o más catéteres periféricos	X
Hemodiálisis en pacientes estable. Diálisis peritoneal crónica	
Traqueotomía reciente (menos de 48 h)	
Respiración espontánea por tubo endotraqueal o traqueotomía (sin respirador)	
Alimentación enteral	
Reposición de pérdidas excesivas (mayor de lo calculado en el balance diario)	X
Quimioterapia parenteral	
Control neurológico horario (al menos durante más de 2 h)	X
Cambios múltiples de apósitos	
Infusión de hormona antidiurética	
Catéter silástico	
Administración de medicación (ej. Broncodilatadores) o gases inhalados o en aerosol	X

Monitorización continua de ECG	1 PUNTOS
Constantes vitales horarias (al menos durante > de 2 h)	X
1 catéter venoso periférico	X
Anticoagulación crónica	
Balance hídricos cada 24 h	
Analítica de rutina (< 5 por turno)	
Medicación programada intermitente.	
Cambios rutinarios de apósitos	
Tracción ortopédica no complicada	
Cuidado rutinario de traqueotomía (después de las primeras 48 h)	
Tratamiento de la úlcera de decúbito (no prevención)	
Sondaje vesical	X
Oxigenoterapia por cánula nasal o mascarilla	
Antibióticos intravenosos (2 o menos)	X
Fisioterapia torácica	
Limpieza, vendajes o desbridamiento de heridas, fístulas o colostomía	
Sonda nasogástrica para descompresión	X
Alimentación parenteral periférica	

*h: horas

CAPTURA DE DILEMAS

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

FECHA: 13/12/11

NOMBRE:

__ P.M.C

REGISTRO: _____

EDAD: __16 años__

SEXO: Masculino__

PROCEDENCIA: _Guerrero_____

ESCOLARIDAD: _Primaria_____

PRIMS: __51_____

TISS: 83

DIAGNOSTICO DE TERAPIA INTENSIVA: Insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía complicada con derrame pleural izquierdo, desnutrición crónica agudizada

DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO: neoplasia intracraneal tumor supraselar

ESTADIO: Lesión supraselar irresecable con pobre respuesta a radioterapia

PRONOSTICO ONCOLOGICO A SU DIAGNOSTICO INCIAL: Malo para la vida y la función

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Atrofia óptica de ojo izquierdo y síndrome cerebeloso y vermiano con paresia del III y IX par craneal.

Taquicardia supraventricular.

Insuficiencia renal prerrenal, síndrome eutiroideo del paciente crítico.

Derrame pleural izquierdo. Deterioro rostrocaudal multifactorial

DILEMA: Debe de re-ingresar a la terapia intensiva un paciente con neumonía complicada y un tumor intracraneal irreseccable con pobre respuesta a radioterapia y con daño neurológico severo.

37. ¿Cuál ES EL HECHO? Analice los hechos objetivos más importantes, distinguiéndolos de las opiniones

a. Antecedentes (mencionados arriba)

Durante su estancia en INP ingresó al servicio de Gastroalimentación, fue valorado por el servicio de oftalmología y neurología diagnosticando atrofia óptica de ojo izquierdo (29-11-11) y síndrome cerebeloso y vermiano con paresia del III y IX par craneal.

Requirió la colocación de catéter venoso central, para inicio de nutrición parenteral.

Valorado por el servicio de Infectología se diagnosticó neumonía inicia tratamiento con: meropenem, vancomicina, fluconazol.

Durante su estancia en el servicio de gastroalimentación presenta deterioro del estado neurológico con escala de coma de Glasgow de 8 puntos, motivo por el que se asegura vía aérea, se solicita interconsulta al servicio de Terapia Intensiva (131211)

Durante su ingreso en Terapia Intensiva permaneció bajo sedación y relajación, requirió neuroprotección con DFH, en fase III de la ventilación desarrollo neumonía complicada con derrame pleural izquierdo, requiriendo colocación de sello pleural.

Requirió apoyo de aminas y vasopresores a dosis altas por presencia de choque séptico con disfunción multiorgánica, se realizó cambio de esquema de antibióticos con piperacilina/tazobactam y ciprofloxacino, fluconazol, ameritó cardioversión por presencia de taquicardia supraventricular. Presentó insuficiencia renal aguda, síndrome eutiroideo del paciente crítico fue valorado por el servicio de Endocrinología recibiendo tratamiento con levotiroxina.

Se logró retiro de la ventilación mecánica en el servicio de Terapia Intensiva (04-01-12) se egresa después de 22 días de estancia.

Se egresó al servicio de Infectología el día (060212) durante su estancia, presentó nuevamente derrame pleural izquierdo requiriendo colocación de sello pleural izquierdo, valorado por el servicio de neurología con diagnóstico de deterioro rostrocaudal multifactorial: tumor, edema y hemorragia.

Valorado por el servicio de neurocirugía en sesión clínica reportando que se trata de un tumor intracraneal no resecable edema cerebral y con hemorragia intracraneal.

Se agregan úlceras por presión en región occipital, pierna izquierda y codo izquierdo., se realiza electroencefalograma de control reportando actividad basal delta, teta de bajo voltaje de forma generalizada.

b. Circunstancias o factores internos o externos de influencia

TAC: Lesión lobulada de extensión supraselar / Hemorragia intracraneal, edema cerebral moderado

RMN: Tumor selar con microcalcificaciones y contenido quístico, compatible con craneofaringeoma.

Alteraciones: síndrome cerebeloso y vermiano, parálisis III y IX para craneal, atrofia óptica ojo izquierdo, deficiencia neuromusculoesquelética.

Mala "calidad de vida".

c. Actores principales

Paciente, Personal Medico, Familiares cercanos

d. Actores secundarios

Personal de Enfermería,

38. Identificando los dilemas y diferenciarlos de los problemas:

Debe de re-ingresar a la terapia intensiva un paciente no recuperable neurológicamente y sin tratamiento oncológico para ofrecer.

Tecno-científicos: ¿El abordaje diagnóstico y terapéutico es adecuado, está completo, ha resuelto todos los problemas?

Si XX No Porque _____

- i) **Éticos: ¿Cuál es el bien que se busca y quien es el destinatario de este bien en particular?**

Evitar angustia por falta de oxígeno

Respetar la dignidad del paciente como persona, no realizar ensañamiento desde el punto de vista terapéutico en la aplicación de medidas y procedimientos invasivos sin que los amerite.

- j) **Jurídicos: ¿Es legal lo que hago, está dentro de la normatividad profesional, Institucional, nacional?**

SI

39. Jerarquizando los problemas éticos:

g) Identifique las causas de los problemas éticos

Reingresar a la UTI para continuar con medidas invasivas en un paciente con daño neurológico severo, con una lesión supraselar irresecable, con pobre respuesta al tratamiento con radioterapia.

Inversión de recursos asistenciales para la salud, en un paciente no recuperable.

¿Hasta cuándo se debe de limitar el tratamiento terapéutico?

h) Destaque la interdependencia de los problemas

Amerita manejo en terapia intensiva pero no mejorará la calidad de vida que tiene el paciente y el tumor intracraneal que es el origen de su patología

Los padres no aceptan intubación orotraqueal ni toma de gasometrías arteriales

40. Analizando y aplicando el método de discernimiento.

TEORIA UTILITARISTA:

En una visión utilitarista lo esencial es medir las consecuencias. El bien es lograr el mayor beneficio al menor costo posible, para el mayor número de personas.

Nos llevaría a la decisión de no ingresar y continuar con medidas invasivas al paciente, que se sustentaría en el hecho de que los recursos deben aplicarse a los pacientes que tienen mayor posibilidad de recuperación y calidad de vida.

¿Cuáles son las consecuencias?

Si ingresa al departamento de terapia intensiva solamente prolongaríamos el proceso de muerte, debido a que es un paciente al cual no se le va a realizar resección quirúrgica, el tumor va a continuar creciendo y provocando más edema cerebral y finalmente evolucionará a la muerte cerebral.

El dilema de distribución de recursos, desde esta perspectiva nos llevaría a **no ingresar** al paciente, sustentado en el hecho de que los recursos deben aplicarse a los pacientes que tienen mayor posibilidad de recuperación.

¿Estoy optimizando recursos?

SI

¿Soy eficiente y eficaz?

SI

TEORIA DEONTOLÓGICAS:

Decisión basada en el deber ser. El bien es cumplir con la ley, el destino o el orden establecido, el deber y los derechos que los protegen.

Se debe analizar integralmente la situación y no ver al ser exclusivamente como un cuerpo humano inestable, sino ver a una persona en proceso de muerte dentro del marco de la evolución natural de la enfermedad con una mala calidad de vida.

¿Estoy cumpliendo con mi deber?

SI, identificando los problemas de salud y evitando que presente mayor sufrimiento como es el dolor.

TEORIA ARETOLOGICAS?

El mayor bien o felicidad es la realización de una forma de vida y de ser con la vocación, una actividad con sentido.

Como médico, los padres y los miembros del equipo de salud al tomar decisiones respecto a la mejor opción de tratamiento considerando la situación de gravedad del paciente, la falta de respuesta al tratamiento oncológico y las secuelas secundarias a su enfermedad de base.

Los beneficiarios del bien deben ser el paciente al cuál se le ofreció una ruta diagnóstica y tratamiento médico adecuado (al cuál no respondió) y ante una situación de muerte inminente se ofrece un proceso de muerte digno en un medio propicio, acompañado de sus padres y familiares, que les permitan vivir su proceso de duelo.

¿Me permite autoconstruirme como persona?

SI

¿Persigo obtener más virtudes?

SI

¿Soy más feliz?

SI

41. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

Evitar el ensañamiento terapéutico

Permitir que esté acompañado de sus familiares.

42. ¿Cuáles son las circunstancias?

Irrecuperabilidad neurológica y sin respuesta al tratamiento oncológico.

43. ¿Quién es el responsable de efectuarlas?

Equipo médico transdisciplinarios y los padres

44. ¿Cuáles son las preferencias del paciente y de sus familiares?

Ofrecer un proceso de muerte digna

45. ¿Cuáles son las preferencias del equipo de salud?

Evitar ensañamiento terapéutico. Optimizar recursos y

Permitir que el paciente se encuentre acompañado de sus padres y familiares en un ambiente propicio

¿Qué prefiere el paciente?

No se le pudo preguntar cuando estuvo neurológicamente íntegro

46. ¿Quién es responsable de tomar las decisiones?

Equipo médico transdisciplinarios junto con los padres

47. ¿Qué decisiones tienen que tomarse?

Si reingresa a una terapia intensiva o se mantiene en hospitalización, ofreciéndosele un ambiente aislado en donde puedan estar sus padres y familiares.

No ofrecerle tratamientos fútiles

Plantee:

SOLUCIONES:

Administrar oxígeno, continúa con tratamiento para su neumonía,

No se le toman más muestras sanguíneas para exámenes de laboratorio ni estudios de gabinete.

Se le colchón de agua para evitar que continúe la formación de úlceras de decúbito.

Se permite estar a los padres y familiares el mayor tiempo posible con ellos.

Se les ofrece el apoyo de cuidados paliativos.

CONCLUSIONES:

No ingresa a terapia intensiva y se limita el esfuerzo terapéutico.

RECOMENDACIONES:

Dar informes a los padres sobre la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico la cual debe de ser tomada en forma conjunta con ellos y con el equipo de salud implicados en el tratamiento del paciente; los padres tienen que otorgar y firmar el consentimiento informado. Se le ofrece que durante el proceso de muerte estarán acompañados y tendrán el apoyo del equipo de cuidados paliativos.

ANEXO. 1

O - PRISM

VARIABLE	< 12 MESES	> 12 MESES	PUNTOS
Presión sanguínea sistólica (mmHg)	130-160	150-200	2
	55-65	65-75	2
	>160	>200	6
	40-54	50-64	6
	< 40	< 50	7
Presión sanguínea diastólica (mmHg)	>110	>110	4
FC (latidos por min)	>160	>150	4
	< 90	< 80	4
FR (respiraciones por min)	61-90	51-70	1
	> 90	> 70	5
	Apnea	Apnea	5
PaO ₂ /FiO ₂	200-300	200-300	2
	< 200	< 200	3
PaCO ₂ (torr)	51-65	51-65	1
	> 65	> 65	5
Escala de Glasgow	< 8	< 8	6

Reacción pupilar	Asimétricas o dilatadas	Asimétricas o dilatadas	4
	Fijas o dilatadas	Fijas o dilatadas	10
PT/PTT	> 1.5 x control	> 1.5 x control	2
Bilirrubinas Totales (mg/dl)	> 1 mes > 3.5	> 1 mes > 3.5	6
Potasio (mEq/L)	3.0 - 3.5	3.0 - 3.5	1
	6.5 - 7.5	6.5 - 7.5	1
	< 3.0	< 3.0	5
	> 7.5	> 7.5	5
Calcio (mg/dl)	7.0 – 8.0	7.0 – 8.0	2
	12.0 – 15.0	12.0 – 15.0	2
	< 7.0	< 7.0	6
	> 15.0	> 15.0	6
Glucosa (mg/dl)	40 – 60	40 – 60	4
	250 – 400	250 – 400	4
	< 40	< 40	8
	> 400	> 400	8
Bicarbonato (mEq/L)	< 16	< 16	3
	> 32	> 32	3
Sangrado microscópico	si	si	4
GVHD	Grado 2	Grado 2	2
	Grado > 2	Grado > 2	4
PCR (mg/dl)	> 10	> 10	4

ANEXO 2. ESCALA DE TISS

Parada cardiaca y/o desfibrilación en las 48 h* previas	4 PUNTOS
Ventilación controlada con o sin PEEP	X
Ventilación controlada con relajantes musculares (administración continua o intermitente)	X
Balón de taponamiento de varices esofágicas	
Administración de medicamento intraarterial continua (se excluye el lavado de la arteria con solución heparinizada)	X
Catéter en arteria pulmonar	
Marcapasos arterial y/o ventricular en activo	
Hemodiálisis en paciente inestable o técnicas de depuración extrarrenal continua	
Díálisis peritoneal	
Hipotermia inducida	
Administración de sangre a presión en forma urgente	X
Traje antishock	

Monitorización de presión intracraneana	
Transfusión de plaquetas	X
Balón de contrapulsación	
Intervención urgente en las primeras 24 h (incluye pruebas diagnósticas que exigen desplazamiento como TAC, cateterismo, angiografía, etc.	X
Lavados gástricos en sangrado agudo	
Endoscopía o broncoscopía urgente	
Perfusión de dos o más fármacos vasocactivos	X
Tratamiento de hipertensión pulmonar con óxido nítrico y/o prostaciclina en aerosol	
Administración de surfactante intratraqueal	
ECMO o asistencia ventricular	
Nutrición parenteral central	3 PUNTOS
Marcapasos a demanda	
Drenajes torácicos	
Ventilación mandatoria intermitente o ventilación asistida	X
Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)	
Perfusión de K por la vía central (> 60 mEq/L)	
Intubación nasotraqueal u orotraqueal en las 24 h anteriores	X
Aspiración intratraqueal en pacientes no intubados	
Balances metabólicos frecuentes, más de una vez al día, con ajustes de entradas de acuerdo al balance	X
Analítica frecuente (gasometría, coagulación, etc.) > de 4 veces por turno	
Infusión de hemoderivados (> 20 ml/kg)	X
Bolo de medicación no programada	X
Perfusión de un fármaco vasocactivo	X
Perfusión continua de antiarrítmicos	X
Cardioversión (no desfibrilación) para tratamiento de arritmias	X
Manta de hipotermia	
Vía arterial	X
Digitalización aguda (primeras 48 hrs)	
Medida de gasto cardíaco (por cualquier método)	
Diuresis forzada por sobrecarga de volumen o edema cerebral	X
Tratamiento activo de alcalosis metabólica	
Tratamiento activo de acidosis metabólica	X
Toracocentesis, pericardiocentesis o paracentesis de urgencia	
Anticoagulación activa (primeras 48 h)	
Sangría	
Tratamiento con más de dos antibióticos	X

Tratamiento de convulsiones o encefalopatía metabólica (primeras 48 h)	X
Tracción ortopédica compleja	
Posición en prono para tratamiento de SIRA	
Presión venosa central	2 PUNTOS
Dos o más catéteres periféricos	X
Hemodiálisis en pacientes estable. Diálisis peritoneal crónica	
Traqueotomía reciente (menos de 48 h)	
Respiración espontánea por tubo endotraqueal o traqueotomía (sin respirador)	
Alimentación enteral	X
Reposición de pérdidas excesivas (mayor de lo calculado en el balance diario)	X
Quimioterapia parenteral	
Control neurológico horario (al menos durante más de 2 h)	X
Cambios múltiples de apósitos	
Infusión de hormona antidiurética	
Catéter silástico	
Administración de medicación (ej. Broncodilatadores) o gases inhalados o en aerosol	X
Monitorización continua de ECG	1 PUNTOS
Constantes vitales horarias (al menos durante > de 2 h)	X
1 catéter venoso periférico	
Anticoagulación crónica	
Balance hídricos cada 24 h	X
Analítica de rutina (< 5 por turno)	X
Medicación programada intermitente.	X
Cambios rutinarios de apósitos	
Tracción ortopédica no complicada	
Cuidado rutinario de traqueotomía (después de las primeras 48 h)	
Tratamiento de la úlcera de decúbito (no prevención)	
Sondaje vesical	X
Oxigenoterapia por cánula nasal o mascarilla	
Antibióticos intravenosos (2 o menos)	X
Fisioterapia torácica	
Limpieza, vendajes o desbridamiento de heridas, fístulas o colostomía	
Sonda nasogástrica para descompresión	X
Alimentación parenteral periférica	

*h: horas