

## **MAGISTER EN BIOETICA 2023**

### **Módulo 1: Fundamentos de la Bioética Clínica**

#### **Casos abreviados y comentados.**

##### **Caso 1 Incertidumbre y complejidad.**

El Dr. H es un citopatólogo que realiza e interpreta aspiraciones con aguja fina de lesiones sospechosas (PAAF). A menudo, un radiólogo intervencionista, obtiene la muestra con la ayuda de la guía de imágenes radiológicas y el citopatólogo examina una parte de la muestra bajo un microscopio durante la evaluación rápida in situ que se utiliza principalmente para evaluar si una muestra es adecuada. Este procedimiento puede ofrecer la oportunidad de revelar un diagnóstico preliminar. El resto de la muestra es posteriormente procesada por el laboratorio después de la conclusión del procedimiento. No se da un diagnóstico hasta que la muestra es procesada por el laboratorio de citopatología y todas las láminas son evaluadas bajo el microscopio. Si es necesario, se ordenan pruebas adicionales en esta muestra final antes del diagnóstico.

Una mañana, el Dr. H está atendiendo a su paciente, el Sr. S, un hombre con antecedentes de melanoma que presentó una nueva lesión en los tejidos blandos del abdomen. El oncólogo del Sr. S consultó a radiología para una PAAF guiada por ultrasonido de la lesión, y el Dr. H está en el lugar como patólogo a cargo para revisar los portaobjetos. Mientras el Dr. H está concluyendo su revisión de los frotis teñidos, el Sr. S dice que desea desesperadamente obtener su diagnóstico hoy. El Dr. H explica que el informe final no se publicará hasta que se evalúen todas las muestras, probablemente al día siguiente. "Sé que es difícil esperar", dice el Dr. H, y continúa: "Por lo general, el laboratorio procesa la muestra para que pueda evaluar mejor las células bajo un microscopio y ordenar pruebas adicionales si es necesario". El Sr. S parece exasperado por esto y suplica: "Por favor, doctor, por favor dígame lo que ve. Si son malas noticias, tendré a mi familia conmigo esta noche. Si es una buena noticia, lo celebraremos. Te ruego que me digas lo que ves."

Al observar los frotis teñidos de la muestra del Sr. S bajo el microscopio junto a su cama, el Dr. H ve células que son claramente indicativas de una malignidad. No obstante, no puede identificar definitivamente estas células como un

melanoma metastásico u otro cáncer primario (p. ej., carcinoma metastásico), y se pregunta cómo responder al Sr. S.

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/i-might-have-some-bad-news-disclosing-preliminary-pathology-results/2016-08>

### **Caso 2 Ética de máximos y ética de mínimos.**

Neil fue diagnosticado por primera vez con leucemia linfoblástica aguda a los 3 años. Después de que la quimioterapia de inducción no logró la remisión, su familia pasó los siguientes 6 meses viajando por todo el país tratando de encontrar los mejores médicos y las últimas opciones de quimioterapia. Cuando finalmente decidieron buscar tratamiento para Neil en un importante hospital infantil a cientos de millas de su hogar rural, Neil y su madre se mudaron a esta ciudad, donde pasó los siguientes tres años y medio entrando y saliendo de una quimioterapia y luego un trasplante de médula ósea.

Años más tarde, Neil reveló que la mayoría de sus recuerdos involucraban al personal y los pacientes del hospital infantil. Ciertamente recordaba buenas experiencias, como las fiestas ceremoniales de afeitado de cabeza, los recitales de la compañía de ballet local en el hospital y su estrecha amistad con otros pacientes. Pero la realidad era que Neil había perdido a muchos de esos amigos durante su estadía en el hospital y también tenía muchos recuerdos dolorosos: las noches interminables de náuseas y dolor, la ansiedad constante de su madre por su recuperación y la transición inesperadamente difícil de regreso a "vida civil", poniéndose al día en la escuela y aprendiendo a compartir sus pertenencias y el tiempo de sus padres con sus hermanos.

Neil logró dejar atrás esos recuerdos dolorosos y vivir la vida de un niño promedio en un pueblo pequeño. Había desarrollado un entusiasmo por el fútbol en largas conversaciones con una enfermera amante del fútbol, y se lanzó a jugar. Sin embargo, cuando tenía 14 años, comenzó a notar un aumento de la fatiga durante las prácticas y los juegos. No se lo mencionó a su madre. Durante su examen físico anual, se notó que había perdido 10 kg y, cuando se le preguntó, reveló sus otros síntomas. Su madre, desconsolada, se preparó para otro viaje al Hospital de Niños.

Allí, Andrea, una estudiante de medicina de tercer año, fue asignada al caso de Neil. Ella también compartía el entusiasmo de Neil por el fútbol y desarrollaron una buena relación. Pero cuando Neil comenzó a preguntarle a Andrea sobre su diagnóstico, ella no supo cómo responder.

De hecho, el Linfoma de Neil había regresado. Debido a que había recaído después del trasplante, solo se ofreció como opción la participación en un ensayo de Fase I diseñado para medir la toxicidad y las dosis máximas de nuevos agentes de quimioterapia. Pero su madre le había pedido específicamente al equipo de tratamiento que no hablara sobre el diagnóstico de Neil con él, creyendo que no podía hacer frente a la noticia ni apreciar sus implicaciones.

Mientras tanto, Neil le confió a Andrea que preferiría morir antes que soportar otro ciclo de quimioterapia y dijo: “Fue horrible. No puedo hacerlo de nuevo. Solo quiero irme a casa, pero tengo miedo de que mi mamá y los médicos me odien”.

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/nondisclosure-and-emerging-autonomy-terminally-ill-teenager/2010-07>

### **Caso 3 Contexto clínico y diversidad.**

El Dr. F es el director médico de una prisión donde están encarceladas más de 200 mujeres. Durante la última semana, varias enfermeras se han puesto en contacto con él tanto en persona como a través del registro de salud electrónico de la prisión para informar que Jane, una mujer con diabetes tipo II dependiente de insulina que está encarcelada en el centro, se ha negado a recibir sus inyecciones de insulina durante la última semana. Las mediciones de azúcar en la sangre tomadas tres veces al día han estado en el rango de 300 a 500. Varias de las enfermeras con las que el Dr. F habla cara a cara informan que se sienten ansiosas por la persistencia de la negativa de Jane.

El Dr. F lee el registro de salud electrónico de Jane y ve que sufrió un accidente automovilístico hace cinco años, lo que resultó en una hospitalización de dos semanas. Jane tiene dolor crónico de cuello y espalda como resultado del accidente e informó que un médico de atención primaria de la comunidad le recetó gabapentina para controlar su dolor. Se desaconseja a los médicos de la

prisión que receten gabapentina a menos que se hayan probado otras opciones para el control del dolor, debido no sólo al riesgo de este fármaco de fomentar la dependencia, sino también al riesgo de desviación dentro de la prisión. Como resultado, a Jane no se le ha recetado gabapentina en la prisión y en su lugar tiene una receta de ibuprofeno.

El Dr. F solicita hablar con Jane para tratar de comprender mejor su situación. Cuando Jane llega a la sala médica de la prisión, le dice al Dr. F que su dolor es insoportable y, específicamente, que le impide dormir o moverse cómodamente. Ella dice: "Necesito mi gabapentina, ¡esto es una tortura!" Cuando el Dr. F le pregunta sobre su adherencia a su régimen de insulina, Jane le dice: "Lo único que les importa a ustedes es si me pongo la insulina. ¿Por qué a nadie le importa mi dolor? El Dr. F trata de aclarar: "El tratamiento del dolor es importante, pero existen riesgos de continuar con la gabapentina durante demasiado tiempo, por lo que es importante que trabajemos juntos para probar algo diferente para el dolor". Jane insiste: "No voy a tomar insulina hasta que me des la gabapentina"

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/how-should-health-care-professional-respond-incarcerated-patients-request-particular-treatment/2017-09>

#### **Caso 4 Toma de decisiones compartidas.**

El Dr. AE, el consultor de ética clínica de guardia, recibe una solicitud de consulta de los padres de un paciente de 3 años previamente sano ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. El paciente sufrió una lesión cerebral anóxica después de un paro cardíaco durante la cirugía. El daño a su cerebro es generalizado. En la opinión clínica del equipo médico, tendrá déficits neurológicos duraderos, que incluyen, entre otros, problemas con la cognición, la visión, el lenguaje y la función motora. Sus padres quieren reunirse con alguien del servicio de consulta de ética para discutir la permisibilidad ética de retener o retirar intervenciones específicas de su hijo. El equipo clínico apoyaría la decisión de los padres de continuar con el tratamiento agresivo o hacer la transición a la atención de comodidad.

Cuando el Dr. AE entra en la sala de consulta, los padres dicen: "Nos alegra que

esté aquí. Usted puede decirnos lo que debemos hacer”.

El Dr. AE se siente incómodo con las expectativas declaradas de los padres sobre su papel como consultora de ética y sobre su percepción del papel de su experiencia en el proceso de toma de decisiones. Antes de abordar estas preocupaciones, el Dr. AE primero busca aprender más sobre lo que los padres ven como preocupaciones éticas con respecto a la situación de su hijo.

Los padres explican que quieren asegurarse de haber hecho “todo” por su hijo, pero también expresan que no quieren que viva su vida como un “vegetal”. Aman a su hijo y quieren ser buenos padres para él, pero tienen dificultades para hacerlo porque sienten que ambos caminos médicos le fallan de alguna manera importante que parece comprometer sus objetivos y mejores deseos para él. El Dr. AE reconoce el dolor de los padres y su experiencia en conflictos sobre sus opciones clínicas.

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/how-should-clinical-ethics-consultants-support-parents-decision-making/2019-10>