

Instituto Nacional de Nefrología “Dr. Abelardo Buch López”, La Habana, Cuba

## Necesidades de aprendizaje en bioética de residentes y especialistas de Nefrología en Cuba

### The needs of bioethics learning in specialists and residents in nephrology specialty in Cuba

<sup>I</sup> Jorge Francisco Pérez-Oliva Díaz,<sup>II</sup> María Belén Cabrera Andrade,<sup>III</sup> María del Carmen LLantá Abreu,  
<sup>IV</sup> Maicel Eugenio Monzón Pérez

<sup>I</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista Segundo Grado en Nefrología. Máster en Epidemiología. Investigador Titular. Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Centro Coordinador del Programa y Responsable del Programa Nacional de Enfermedad Renal, Diálisis y Trasplante Renal. Miembro de la Comisión de Bioética de la Academia de Ciencias de Cuba. Email: [jfpolidv@infomed.sld.cu](mailto:jfpolidv@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup> Especialista Primer Grado en Nefrología. Email: [mabecaa.87@gmail.com](mailto:mabecaa.87@gmail.com)

<sup>III</sup> Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud y en Bioética. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba. [maria.llanta@infomed.sld.cu](mailto:maria.llanta@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup> Especialista Primer Grado en Bioestadística. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. Email: [maicel@cencec.sld.cu](mailto:maicel@cencec.sld.cu)

#### Cómo citar este artículo:

Pérez-Oliva Díaz JF. Necesidades de aprendizaje en bioética de residentes y especialistas de Nefrología en Cuba. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 16(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1746>

Recibido: 15 de noviembre de 2016

Aprobado: 20 de diciembre de 2016

#### RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad renal, como proceso crónico tratable pero progresivo a la terminalidad, condiciona la necesidad de que los médicos conozcan y apliquen el enfoque bioético en su desempeño profesional.

**Objetivo:** Identificar las necesidades de aprendizaje en aspectos bioéticos por médicos especialistas y residentes en Nefrología.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal con 81 médicos (41 especialistas y 40 residentes) en tres servicios de Nefrología del

país entre 2014-2015. Se utilizó una encuesta estructurada para la recogida de la información y se emplearon diferentes métodos cuantitativos y cualitativos para el procesamiento de la información. En el procesamiento estadístico se empleó el *software* R.

**Resultados:** Los cuatro principios de la Bioética anglosajona fueron reconocidos como importante para la práctica profesional dentro del hospital (9.4 puntos), así como la implicación personal en su aplicación (9.89 puntos) sin diferencias significativas entre especialistas y residentes. Se reconoce falta de capacitación en diferentes temas relacionados con la Bioética como: cuidados paliativos (82,75%), habilidades comunicativas (80,2%), principio de proporcionalidad terapéutica (72,83%), conflictos ético-clínicos (72,83%), planes de

cuidados continuos en estos pacientes (76,54%), cuidados avanzados y al final de la vida (81,18%) y prevención del *Burnout* (81,48%), mayores en residentes que en los especialistas, en especial, la proporcionalidad terapéutica ( $p= 0.007$ ) y los conflictos ético-clínicos ( $p= 0.029$ ).

**Conclusiones:** Se otorga gran importancia a los aspectos bioéticos aplicados a la práctica nefrológica. Se identifican necesidades de aprendizaje modificables en áreas específicas mediante planes de perfeccionamiento educativo en el postgrado.

**Palabras clave:** Hemodiálisis, enfermedad renal crónica, insuficiencia renal aguda, bioética, problemas ético-clínicos, diálisis, cuidados continuados en Nefrología.

### ABSTRACT

**Introduction:** Chronic kidney disease as a treatable process but progressive to end stage, determines the need for physicians know and apply a bioethical focus on their professional performance.

**Objective:** To identify learning needs in bioethical issues by nephrologists.

**Material and Methods:** A descriptive cross-sectional study with 81 physicians (41 specialists and 40 residents) in three nephrology services in the country between 2014-2015 was performed. A structured questionnaire for collecting information and different quantitative and qualitative methods for processing information was used. For the statistical processing, R software was used.

**Results:** Anglo-Saxon bioethics' four principles

were recognized as important for professional practice at the hospital (9.4 points) as well as personal involvement in its implementation (9.89 points) with no significant differences between specialists and residents. Lack of training is recognized in various bioethics issues such as palliative care (82.75%), communication skills (80.2%), therapeutic principle of proportionality (72.83%), ethical-clinical conflicts (72, 83%), continuous care plans in these patients (76.54%), advanced care and end of life (81.18%) and prevention of *Burnout* (81.48%), higher in residents than in specialists; especially therapeutic proportionality ( $p = 0.007$ ) and clinical - ethical conflict ( $p = 0.029$ ).

**Conclusions:** Great importance to bioethical aspects applied to nephrology practice is granted.

Customizable learning's needs are identified in specific areas through education plans development during post graduated learning.

## INTRODUCCIÓN

La Medicina moderna y los principios bioéticos aplicados a la práctica clínica requieren un cambio del paradigma en la relación médico-paciente que supere el paternalismo histórico hasta aceptar la decisión compartida como su forma superior, donde se respete la autonomía del paciente para garantizar una mejor adherencia y resultados a los tratamientos y poder ofrecerle a cada uno lo que necesite o desee conocer sobre su enfermedad y pronóstico.<sup>1, 2</sup>

Ello conlleva estar actualizado en las tendencias para la solución de los problemas de carácter ético-clínico, con gran humanismo, en especial ante enfermedades que ofrecen un pronóstico mortal,<sup>3</sup> capacitando para ofrecer información pronóstica ante situaciones vitales;<sup>4</sup> necesidad de cuidados continuos integrados<sup>5</sup> y su aplicación hasta el final de la vida;<sup>6</sup> limitación de esfuerzos terapéuticos ante la posibilidad de practicar, gracias a las tecnologías existentes, el "enseñamiento terapéutico"; necesidad de ofrecer las herramientas de la medicina paliativa como alternativa a la eutanasia, entre otros muchos dilemas actuales, comunes a muchas especialidades médicas.<sup>7</sup>

La Nefrología como rama de la Medicina Interna, se convierte en especialidad a finales de la década del 50 como expresión del desarrollo científico-tecnológico, aplicado a la Medicina, esencialmente en Fisiopatología, Genética, tecnologías y Transplantología.<sup>8</sup>

**Keywords:** Hemodialysis, chronic renal disease, acute renal failure, bioethics, ethical and clinical problems, dialysis, Nephrology continuous care.

Aún en 1958, la hemodiálisis se había limitado al tratamiento de la insuficiencia renal aguda y se aceptaba que la enfermedad renal crónica (ERC) siempre era mortal a corto plazo. Una innovación tecnológica constituida por un tubo de teflón, material no rechazado por los tejidos, que unía la arteria y la vena, permitió mantener a estos enfermos con vida por largos períodos de tiempo<sup>9</sup> y se estableció el primer programa de terapia dialítica crónica con un problema mayor a resolver de carácter ético: ¿cómo beneficiar a unos pocos, cuando muchos requerían tratamiento?

Se creó un comité encargado de decidir en base a razones "no clínicas" y así establecer el acceso selectivo a la terapia con un fallo que marcaba el destino de vida o muerte para los pacientes. La repercusión social del artículo publicado en 1962 sobre el mismo, "They decide who lives, who death",<sup>10</sup> marca el inicio de la reflexión bioética moderna ya que las decisiones morales del Comité reflejaban una nueva realidad: el impacto de las tecnologías sobre el Hombre, la comprensión de la enfermedad como fenómeno social, y económico, y el debate sobre la accesibilidad a la atención médica, lo que llevó finalmente a la aprobación del financiamiento gratuito al tratamiento dialítico para pacientes con ERC en los EEUU,<sup>11</sup> práctica extendida a muchos países.

La ERC, en sus diferentes estadios evolutivos, es un problema de salud pública a nivel mundial y la

Organización Mundial de la Salud la reconoce como una enfermedad de alto impacto epidemiológico, una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de mayor crecimiento en los últimos años y con clara influencia sobre la mortalidad global.<sup>12, 13</sup>

Más de 10% de la población mundial puede padecer de ERC y más de 2 500.000 personas viven actualmente debido a las terapias de reemplazo renal (TRR), ya sea por un método dialítico (peritoneal y hemodiálisis) o gracias al trasplante renal.<sup>14</sup> Las técnicas de TRR dialíticas son consideradas “intermedias” ya que no curan, pero alivian, mejoran y prolongan la vida de los pacientes con ERC avanzada y reducen los síntomas.<sup>8, 15</sup>

Tema actual de debate en la ERC de cara a los métodos de TRR dialíticos desde la perspectiva bioética son: utilidad de iniciarlos o no, futilidad para algunos pacientes en lo individual, bajo qué circunstancias suspenderlo.<sup>16</sup> Se ha pasado de la obligación moral de ofrecer la hemodiálisis a un reconocimiento que puede prolongar el sufrimiento sin calidad de vida si se utiliza como una medida desproporcionada. Esta forma de tratamiento debe ser sopesada adecuadamente para no ser indicada en todos los casos, y se acepta así la inevitabilidad de la muerte, a tono con el respeto a la dignidad humana como centro del actuar médico.<sup>17</sup>

Las TRR dialíticas han transcurrido en estos años por la selección inicial hasta el aumento creciente y masivo del número de pacientes; por la búsqueda de la calidad en el tratamiento en sí mismo, hasta el período actual centrado en el paciente y para obtener superiores resultados en términos de calidad de vida.<sup>15</sup>

En Cuba se reclama por el desarrollo de la Bioética en la Universidad Médica y es identificada como una de las necesidades de aprendizaje más urgentes de los docentes y profesionales de la salud. La especialidad de Nefrología ha ido perfeccionando su malla curricular a tono con las nuevas exigencias<sup>18</sup> y las mejores experiencias del mundo y de Latinoamérica.<sup>19</sup>

El nefrólogo debe enfrentarse a múltiples y complejas decisiones, tanto de carácter clínico como ético. Identificar las necesidades de capacitación bioética relacionadas a la práctica de la ERC y de las TRR dialíticas, a su inicio/fin o suspensión, es el primer paso para, luego, establecer un plan de capacitación que responda a las necesidades diagnosticadas.<sup>19, 20, 21</sup>

No existen precedentes de estudios de este tipo en el país en nuestra especialidad, de ahí el interés de la temática a investigar y su importancia en lo clínico-asistencial, en lo académico y social

A tono con estos conflictos ético-clínicos se realiza esta investigación con las interrogantes siguientes ¿cuál es la percepción en los profesionales de la Nefrología en cuanto a la importancia e implicación respecto a los principios bioéticos básicos?, ¿cuáles son los antecedentes de capacitación en aspectos de la Bioética y cuáles las necesidades de conocimiento y aprendizaje personal que reconocen para mejorar su práctica médica y desempeño profesional?

## OBJETIVO

El objetivo de la investigación es identificar las necesidades de aprendizaje en aspectos bioéticos

por médicos especialistas y residentes en Nefrología.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con la totalidad de los médicos que se encontraban laborando en los servicios de Nefrología en los hospitales seleccionados (Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” e Instituto de Nefrología “Dr. Abelardo Buch López”, en La Habana, y el Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Villa Clara), en el período 2014-2015. El universo estuvo constituido por todos los médicos especialistas o residentes en Nefrología de los hospitales antes mencionados y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: encontrarse laborando en el momento del estudio; dar su consentimiento de participación; de cualquier nacionalidad.

Conformaron la muestra final 81 participantes, 41 eran especialistas (50,6%) y 40 residentes (49,4%). De estos últimos, 14 eran cubanos (35%) y 26 eran latinoamericanos (65%).

Para la recogida de la información se aplicó un cuestionario que fue sometido a la consideración de expertos previo a su empleo y consultando, por último, a los responsables del “Grupo especial de Cuidados Paliativos” del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) para su análisis y aprobación como instrumento de detección de las necesidades de capacitación. Dentro del mismo se emplearon 8 ítems de un cuestionario español sobre esta temática.<sup>22</sup> Se realizó un estudio piloto previo a su aplicación.

El instrumento se estructuró en cuatro acápites:

1. Variables sociodemográficas (ocho informaciones generales en 8 preguntas cerradas).
2. Principios bioéticos clásicos con 8 preguntas: (4 ítems sobre la importancia concedida a la aplicación de los mismos en el trabajo en su hospital y 4 acerca de la implicación personal en su aplicación en su trabajo diario).<sup>22</sup> En ambos casos la respuesta fue en una escala numérica desde el 1 (totalmente incierto) a 10 (totalmente cierto).
3. Antecedentes de capacitación recibida (definidas como algún tipo de capacitación en cuatro elementos relacionados con los principios bioéticos generales. Se estructuró en cuatro preguntas cerradas).
4. Necesidades de aprendizaje (definido como reconocer la necesidad de capacitación en seis aspectos relacionados con los nuevos retos de la
5. Bioética contemporánea. Se estructuró en seis preguntas cerradas).

El instrumento se aplicó por cuatro nefrólogos, quienes recibieron un taller previo para minimizar el sesgo de varios participantes en la recogida de la información. Como técnicas de análisis se emplearon medidas resúmenes para variables cuantitativas (media aritmética y desviación estándar), para el caso de las técnicas cualitativas se empleó el porcentaje. Los análisis se realizaron por grupos (especialistas vs residentes y residentes cubanos vs no cubanos). En la comparación se utilizaron pruebas de significación, estimación puntual y por intervalos de confianza.

Los resultados fueron representados en tablas y gráficos. Para el procesamiento estadístico se empleó el *software* R.

Las encuestas fueron totalmente anónimas y al aplicarlas se les explicó a los participantes que ante la negativa de participar no les traería ningún tipo de perjuicio profesional.

**RESULTADOS**

Existió un predominio del género femenino (59,3%) con un promedio de edad de  $38,5 \pm 10,6$  años. La media en los años de experiencia laboral fue de  $12,7 \pm 10,7$  años. Presentaban categoría docente o investigativa 40,7% de los especialistas y 24,7% de los residentes.

Entre los especialistas y residentes se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad media (43 vs 30,5 años;  $p < 0,001$ ); en los años de experiencia profesional (18 vs 5;  $p < 0,001$ ); y como era de esperar en la categoría docente ( $p < 0,001$ ).

En cuanto a los residentes de Nefrología, cuando se compararon los cubanos con los de otras nacionalidades, se apreció un predominio en los extranjeros del género masculino (73,1% vs 50%) y en los cubanos el tiempo de experiencia profesional  $6,4 \pm 4,0$  vs  $4,4 \pm 1,8$ ,  $p = 0,088$ .

Los profesionales le brindaron gran importancia a la aplicación en su hospital de los principios bioéticos clásicos. Se obtuvo en orden decreciente una puntuación para la *beneficencia*  $9,60 \pm 0,84$ ; *justicia*  $9,56 \pm 1,32$ ; *no maleficencia*  $9,52 \pm 1,73$ ; y *autonomía*  $9,43 \pm 1,37$ . No existió entre los especialistas y residentes ni entre los residentes según nacionalidad diferencias significativas. Los especialistas le concedieron mayor importancia al principio de “beneficencia” 9,8 vs 9,4, y de “justicia” 9,7 vs 9,4. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Importancia de la aplicación de los principios bioéticos en el hospital en la práctica profesional

Principios de la Bioética	Especialista	Residente	Total
	x ± s	x ± s	x ± s
No maleficencia	9,4 ± 2,2	9,6 ± 1,2	9,52 ± 1,7
Justicia	9,7 ± 0,9	9,4 ± 1,7	9,56 ± 1,3
Autonomía	9,4 ± 1,2	9,4 ± 1,6	9,43 ± 1,4
Beneficencia	9,8 ± 0,9	9,4 ± 1,7	9,60 ± 0,8

Los médicos consideraron tener una gran implicación personal en la aplicación de los principios bioéticos. No hubo diferencias significativas en estas puntuaciones entre los

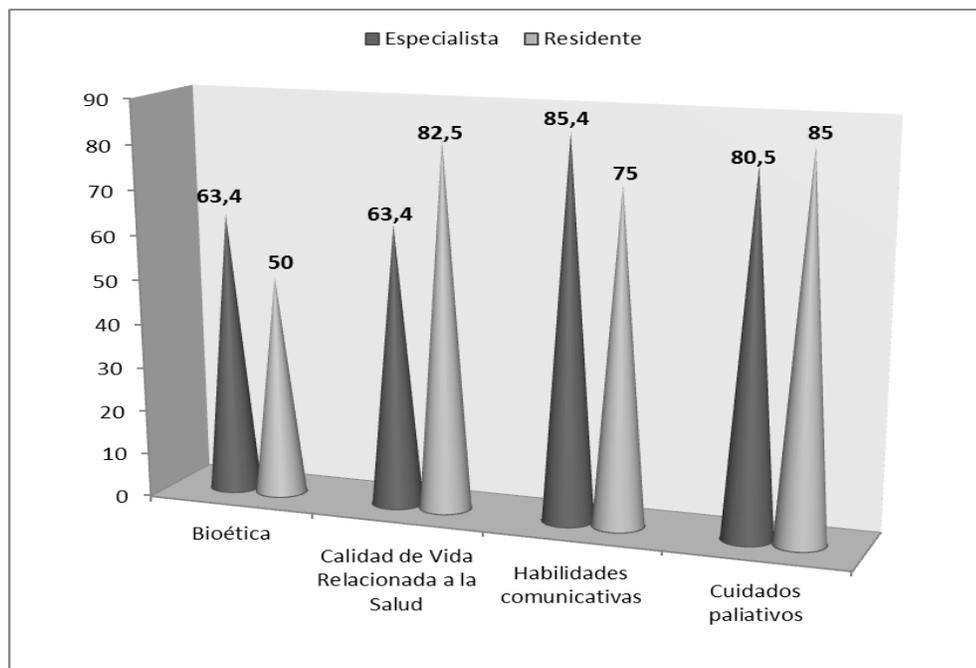
especialistas y residentes ni entre los residentes según nacionalidad. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Implicación personal en la aplicación de los principios bioéticos clásicos en su trabajo

Principios de la Bioética	Especialistas	Residente	Global
	x ± s	x ± s	x ± s
No maleficencia	9,89 ± 0,39	9,93 ± 0,47	9,91 ± 0,03
Justicia	9,93 ± 0,25	9,90 ± 0,44	9,92 ± 0,02
Autonomía	9,95 ± 0,30	9,65 ± 1,63	9,80 ± 0,21
Beneficencia	9,82 ± 0,54	9,75 ± 0,81	9,79 ± 0,05

Los antecedentes de ausencia de capacitación en aspectos contemporáneos de la Bioética se reflejan en el Gráfico 1. En orden descendente en cuidados paliativos, 82,7%; en habilidades comunicativas, 80,2%; en calidad de vida relacionada con la salud, 72,8%; y en Bioética, 56,8%. No hubo diferencias significativas entre

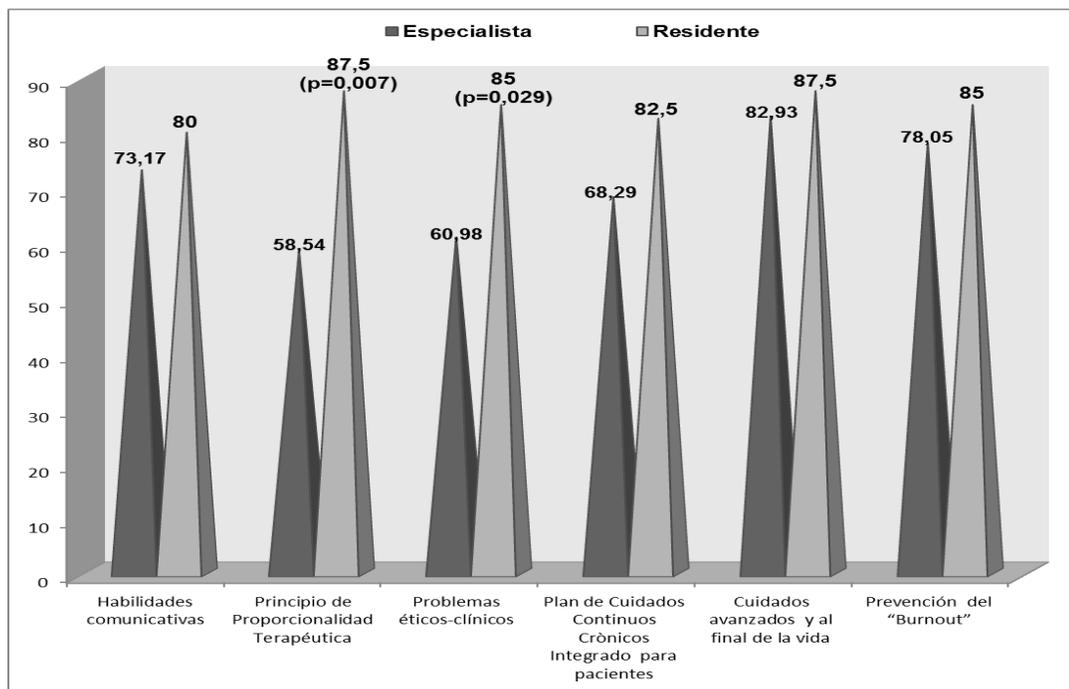
los especialistas y los residentes, pero estos últimos refirieron mayor capacitación en habilidades comunicativas (25% vs 14,6%) y en Bioética (50% vs 36,6%). El análisis de los residentes según nacionalidad expresó que en Bioética los cubanos habían recibido mayor grado de capacitación (78.6% vs 34.6%, p=0.02).



**Gráfico 1.** Ausencia de capacitación en aspectos de la Bioética según especialistas y residentes

Todos los médicos manifestaron la necesidad de mayores conocimientos sobre habilidades comunicativas (76,54%), principio de proporcionalidad terapéutica (72,83%), conflictos ético-clínicos (72,83%), planes de cuidados continuos integrados para pacientes con ERC (76,54%), cuidados avanzados y al final de la vida (81,18%), o prevención del *Burnout* (81,48%). Los residentes, expresaron de siempre

mayores necesidades y ello resultó significativo para los principios de proporcionalidad terapéutica (87.50% vs 58.54%,  $p=0.007$ ) y para los conflictos éticos-clínicos (85.00% vs 60.98%,  $p=0.029$ ) (Gráfico 2). No existieron diferencias entre los residentes nacionales y no cubanos. Todos los anteriores potencialmente modificables capacitando desde el pregrado o en nuestro caso en el postgrado.



**Gráfico 2.** Necesidades de conocimiento y aprendizaje personal según especialistas y residentes

### DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio se basan en los criterios de médicos nefrólogos practicantes, por lo cual las necesidades sentidas de capacitación identificadas se relacionan estrechamente con la práctica profesional.

García Llana ha efectuado dos estudios en España como parte de un curso sobre conocimientos en Bioética y *Counselling*, y encuentra en el primero, efectuado en el 2011,<sup>22</sup> que en profesionales de

enfermería (57%), auxiliares de enfermería (26%) y nefrólogos (17%), se concedió 9,04 de importancia en su hospital y 8,71 de implicación personal y en el segundo efectuado en 2012<sup>23</sup> con 43 enfermeras y 20 auxiliares de Enfermería se otorgó 8,88 a la importancia en el hospital y 8,17 de implicación personal en relación con los principios bioéticos clásicos, valores considerados elevados. En nuestro estudio y

empleando la misma escala numérica con un máximo 10 obtuvimos valores medios superiores para especialistas y residentes como expresión del compromiso institucional y personal con los mismos como trasfondo de reflexión, por tratarse solo de profesionales médicos y estar incluida la Bioética en la malla curricular de la especialidad desde los inicios de la formación de especialistas y haberse perfeccionado sucesivamente hasta el actual Programa recientemente aprobado.<sup>18</sup>

Existen dos estudios cubanos efectuados en estomatólogos generales integrales, uno desarrollado por Libera,<sup>24</sup> en 2011, quien encuentra que solo 31% de estos profesionales aplicaban de forma completa los principios de la Bioética y el otro citado por esta misma autora y realizado por la Dra. Sánchez en 2009, la que encuentra que en 43% de los estomatólogos se presenta la misma situación.

García Llana en sus dos estudios encontró un muy bajo nivel de conocimiento en las categorías de manejo emocional (1,96) y comunicación difícil (5,04).<sup>22,23</sup> Ello concuerda con los niveles bajos de capacitación que se detectan en nuestros encuestados.

Discutiremos a continuación de forma sintética algunas de las necesidades de conocimiento y aprendizaje personal detectadas y su relación con el accionar del nefrólogo.

#### *Principio de Proporcionalidad Terapéutica*

Es la evaluación desde el punto de vista del juicio moral del médico, de la prudencia en intervenciones o terapéuticas a efectuar en un paciente individual, basada en múltiples factores como son riesgos, costos económicos, carga bio-psico-social, beneficios, pronóstico y resultados esperados en término de supervivencia y calidad

de vida. Considera lo proporcionado como obligatorio y lo desproporcionado, inútil, no obligatorio e ilegítimo éticamente. Elemento clave del juicio de proporcionalidad es la utilidad de la medida y el deliberar con la unidad paciente/familia. Se respeta la autonomía, pero se reconoce que la vida humana tiene principio y fin, es en sí misma inviolable, pero ello no quiere decir que se deba prolongar de forma artificial o inútil.<sup>25</sup>

En Nefrología aparece como una necesidad ante complicaciones o eventos que puedan presentar los pacientes, expresado en algunos países como documento de voluntades anticipadas.<sup>26</sup> Esto es sometido a debate en algunos trabajos<sup>27</sup> y se efectúan recomendaciones para pautar las mejores prácticas en relación con el inicio o suspensión de la diálisis desde 2000.<sup>28,29</sup>

#### *Habilidades comunicativas*

En la práctica nefrológica, los profesionales médicos deben ofrecer informaciones al paciente/familia para enfrentar problemas y decisiones de gran impacto bio-psico-social y espiritual, por lo que deben tener las herramientas para ello con un enfoque de diálogo y deliberación para lograr el adecuado afrontamiento de las mismas.<sup>17,19</sup>

Esta relación terapéutica difícil derivada de tener que dar malas noticias, su manejo emocional para el propio médico, el paciente y la familia, requiere un aprendizaje y del trabajo en equipo multidisciplinario, lo que ha sido objeto de estudios en el campo nefrológico y se ha demostrado cómo puede mejorar luego de intervenciones educativas.<sup>30,31,32</sup>

Al mejorar la comunicación médico-paciente se facilitan las decisiones compartidas, la

adaptación a la enfermedad y el cumplimiento terapéutico.<sup>31</sup> Además, contribuye a prevenir el estrés laboral asistencial y el Síndrome de *Burnout* en los profesionales ante la incertidumbre que se asocia a los cuidados de enfermos portadores de enfermedades crónicas, tratables, pero irreversibles que avanzan progresivamente hacia la terminalidad.<sup>15, 33</sup>

#### *Plan de cuidados crónicos continuos, integrados y avanzados individualizados*

Significa un cambio de paradigma al pasar de los cuidados integrados de la etapa de ERC-avanzada, es decir, TRR por diálisis peritoneal-hemodiálisis-trasplante,<sup>34</sup> a establecer un Plan Integral de Cuidados Continuos Crónicos e Individualizados, centrado en el paciente nefrológico, cuyo objetivo principal es planificar la máxima calidad en atención que el paciente debe recibir acorde a sus condiciones y preferencias con el respeto por su autonomía desde su diagnóstico temprano y hasta el final de la vida.<sup>35</sup>

Su establecimiento daría respuesta al reclamo de la OMS/OPS de la necesidad de instaurar el “Modelo de Cuidados Crónicos Integrados” como estrategia innovadora, centrado en el paciente y en la Medicina comunitaria,<sup>5, 36</sup> muy en correspondencia con la dinámica de la Medicina cubana que posee su base y fundamento en la Atención Primaria de Salud y la integración de todos los niveles de atención.

#### *Medicina paliativa y cuidados paliativos hasta el final de la vida en Nefrología vs eutanasia*

¿Cuál sería el enfoque a aplicar al final de la vida de un ser humano con una enfermedad

terminal?, ¿Aliviar el sufrimiento o terminar con la vida del que sufre? A partir de 1970 se asiste a una corriente de legalizar o despenalizar las acciones que favorezcan “la ayuda a bien morir”, defensor de la eutanasia por supuestas “razones humanitarias”, y otra, la de la implantación de las modernas técnicas y programas de cuidados paliativos en el hogar o instituciones médicas especializadas (movimiento *hospice*).<sup>15, 37</sup> Ninguna de ellas ha sido ajena para los trabajos nacionales acerca de esta temática.<sup>38</sup>

La eutanasia es el acto médico que de manera operativa pone fin a la vida de una persona enferma ante la solicitud voluntaria y directa del paciente. En el “suicidio asistido”, el médico ofrece todos los medios para que lo efectúe el propio paciente. Sus defensores la contraponen a la aplicación de las tecnologías para prolongar sufrimientos o agonías ante un paciente terminal.<sup>7</sup>

La Medicina paliativa no solo promueve los cuidados en los estadios finales de la vida del paciente, sino a todo lo largo de las fases avanzadas de la enfermedad. Se centra en atender al paciente en sus sufrimientos, sus necesidades psico-sociales y espirituales, la de los cuidadores y la familia, en procurar su mejor calidad de vida, lo acompaña y promueve una muerte con dignidad.<sup>39</sup> Integra la atención al paciente con enfermedad avanzada en equipos multidisciplinarios para poder efectuar el control de síntomas, minimizar las experiencias de surgimiento y potencializar o preservar su calidad de vida. Lo primero es dignificar la vida para luego dignificar la muerte.<sup>40</sup>

El abuso del principio de la autonomía, como exigencia individual, aberrado por un supuesto “derecho a morir” por razones de interés social,

o aún más el “cuándo” poner “fin a la vida” y la aceptación de la eutanasia médica nos puede conducir a “facilitar” la muerte. El problema es religioso, cultural, filosófico y ético: “matar por razones humanitarias”.<sup>41</sup> Desde el punto de vista jurídico, la vida de una persona es mucho más que el derecho de propiedad de un “bien mueble o cosas” y no puede ni debe ser considerada como un objeto.<sup>7,41</sup>

Aceptar los Cuidados Paliativos en Nefrología es la opción médica viable ante la eutanasia en un paciente no susceptible de diálisis<sup>40</sup> o ante situaciones irreversibles que menoscaben la dignidad humana en los pacientes.<sup>42</sup>

Por último, algunas consideraciones sobre posibles limitaciones del presente trabajo. La selección de los encuestados fue en médicos y no en otras profesiones vinculadas al paciente renal, aunque ese era el objetivo-diagnóstico del presente trabajo. Otra es el no haber efectuado un muestreo probabilístico de todos los nefrólogos del país. Sin embargo, los datos del

*Anuario* de la ERC en Cuba en 2014 muestra similitud de resultados en relación con los encuestados en cuanto a edad, género, y nacionalidad de los residentes en formación.<sup>43</sup>

### CONCLUSIONES

Se identificó la necesidad de capacitación en aspectos de la Bioética clásica contemporánea con responsabilidad y solidaridad como demandan los bioeticistas cubanos y a tono con los requerimientos internacionales.

### RECOMENDACIONES

Conformar un programa educativo, de capacitación de postgrado en la red nacional de Nefrología para mejorar el desempeño profesional con una atención de calidad superior, trabajar en equipo multidisciplinario por la excelencia y para mejorar la calidad de vida de los pacientes e incluso disminuir la progresión de la Enfermedad Renal Crónica a etapas más avanzadas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kainer G, Fetherstonhaugh D. Ethical considerations. CARI guidelines. *Nephrology*. 2010; 15: S12-4.
2. Back AL, Arnold RM. Discussing Prognosis: “How Much Do You Want to Know?” Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24(25): 4214-7.
3. Campbell TC, Carey EC, Jackson VA, Saraiya B, Yang HB, Back AL, Arnold RM. Discussing prognosis: balancing hope and realism. *Cancer J (Sudbury, Mass)*. 2010; 16(5):461-6.
4. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Humanism in oncology. What makes education in communication transformative? *J Cancer Educ*. 2009; 24(2):160-162.
5. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS; 2013. ISBN 978-92-75-11738-56 Sprung Chl, Oppenheim A. End-of-life decisions in critical care medicine ¿ where are we headed? *Crit Care Med*. 2014; 66: 200-2.
6. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS; 2013.
7. Zúñiga A. Derechos del paciente y eutanasia en Chile *Rev. Derecho*. 2008; XXI (2): 111-30.
8. Cameron JS. Breve historia de la hemodiálisis. *Hombres materiales e ideas*, en Valderrabano F. *Tratado de hemodiálisis*. Barcelona: Edit. Médica Jims S.L.; 1999, p. 1-27.

9. Scribner BH, Buri R, Caner EZ, Hegastrom R, Burnell JM. The treatment of chronic Uremia by means of intermittent Hemodialysis: a preliminary report. *Trans Am Soc. Artif Organs.* 1960; 8: 114-22.
10. Alexander S. "They Decide Who Lives, Who Dies". *Life.* 53 November 9, 1962; 102-25.
11. Knauf F, Aronson PS. ESRD as a window into America's cost crisis in healthcare. *J Am Soc Nephrol.* 2009; 20: 2093-7.
12. Radnakristahnan J, Remuzzi G, Sran R, Williams DE, Ríos Burrows N. Taming the chronic kidney disease epidemic: a global view of surveillance efforts. *Kidney Int.* 2014; 86: 246-50.
13. Jha V, García G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, *et al.* Chronic Kidney Disease: global dimension and perspective. *Lancet.* 2013 Jul 20; 382:260-72.
14. ESRD Patients in 2015. A global perspective. *Fresenius Medical Care.* Germany: 2016.
15. Leiva-Santos JP, Sánchez-Hernández R, García-Llana H, Fernández-Reyes MJ, Heras-Benito M, *et al.* Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología.* 2012; 32: 20-7.
16. Germain MJ, Davinson SN, Moss AH. When enough is enough: the nephrologist's responsibility in ordering dialysis treatments. *Am J Kidney Dis.* 2011; 58:135-43.
17. Sola MT. Problemas bioéticos en la insuficiencia renal. Sesión Conjunta del XIX Congreso SEN-SEDEN 2012. [Consultado abril 2015]. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/art597\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art597_1.pdf)
18. Programa de la residencia en Nefrología. Ética, Bioética, Calidad de vida y Cuidados Continuos y Paliativos en Nefrología. Modulo XI. Actualizado por el Grupo Nacional de Nefrología. La Habana. Cuba. 2015. Aprobado por el Ministro de Salud Pública de Cuba. Mayo 2015.
19. Segundo Curso Latinoamericano de Calidad de vida y Cuidados Paliativos en Diálisis Sociedad Latinoamericana de Diálisis e Hipertensión. Santiago, Chile: 19-20 julio, 2012.
20. Renal Physicians Association of the USA. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of end Withdrawal from Dialysis. *Clinical Practice Guideline.* 2<sup>nd</sup> ed. 2010.
21. Identificación o Detección de necesidades de capacitación y educación continua (DNC). [Consultado 18 de julio 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/capacitacion/capacitacion.shtml>
22. García-Llana H, Barbero J, Remor E, Díaz-Sayas L, Rodríguez-Rey R, Del Peso G, *et al.* Impacto de un curso interdisciplinar de formación en *Counselling* y apoyo en la toma de decisiones a profesionales de un servicio de Nefrología. *Nefrología.* 2011; 31: 322-30.
23. García-Llana H, Barbero J, Remor E, Beneficio de la realización de un taller en gestión emocional para enfermería nefrológica. *Enferm. Nefrol.* 2012; 15 (3).[Consultado Mayo 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S225428842012000300004>.
24. Libera Y. Propuesta de un programa educativo sobre bioética para estomatólogos. [Consultado en febrero 2015]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>.
25. Fissell RB, Bragg-Gresham JL, Lopes AA, Cruz JM, Fukuhara S, *et al.* Factors associated with "do not resuscitate" orders and rates of withdrawal from hemodialysis in the international DOPPS. *Kidney Int.* 2005; 68: 1282-8.
26. Sanz-Ortiz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc).* 2010; 133: 620-3.
27. Germain MJ, Davinson SN, Moss AH. When enough is enough: the nephrologist's responsibility in ordering dialysis treatments. *Am J Kidney Dis.* 2011; 58:135-43.
28. Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2000; 11: 1340-2.
29. Renal Physicians Association of the USA. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of end Withdrawal from Dialysis. *Clinical Practice Guideline.* 2<sup>nd</sup> ed. 2010.
30. Schell JO, Arnold RM. NephroTalk: communication tools to enhance patient-centered care. *Semin Dial.* 2012; 25: 611-6.
31. Sarrías X, Bardón E, Vila ML. El paciente en prediálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. *Nefrología.* 2008; 3: 119-22.
32. Holley JL, *et al.* The need of end-of-life care training in nephrology: national survey results of nephrology

- fellows. *American Journal of Kidney Diseases*, 2003; 42: 813-20.
33. Aranda C, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Alderete G, Pérez MB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana de Salud Pública*. Ciudad de La Habana. Abr.-jun. 2005;31(2). [Consultado mayo 2015]. Versión On-line ISSN 0864-3466
34. Nesrallah G, Mendelssohn DC. Modality options for renal replacement therapy: The integrated care concept revisited. *Hemodialysis Intern*. 2006; 10 (2): 143-51.
35. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014; 28: 1000-25.
36. O'Hare AM, Armistead N, Schrag WL, Diamond L, Moss AH. Patient-centered care: an opportunity to accomplish the "Three Aims" of the National Quality Strategy in the Medicare ESRD program. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014; 9 (12): 2189-94.
37. Sánchez-Tomeroa JA. Reflexiones sobre la entrada y la retirada de diálisis. *Nefrología*. 2013; 33: 758-3.
38. Padovani C, Clemente ME. Eutanasia y legislación, *Rev C. Méd. Pinar del Río* jul.-dic. 2008; 12 (2). [Consultado julio 2015]. Versión On-line ISSN 1561-3194.
39. WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. [Consultado mayo 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
40. Tejedor A, Cuevas Bou de la X. Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (grado 5) no susceptible de tratamiento dialítico. *Nefrología*. 2008; 28 (3): 129-36.
41. Madrid R, Vivanco A. Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: análisis del caso chileno (Ediciones Universidad Santo Tomás, Santiago). *Rev. Chil. Derecho*. 2014; 42 (1). [Consultado y bajado en mayo 2015]. Versión On-line ISSN 0718-3437
42. Tamura MK, Meier DE. Five policies to promote palliative care for patients with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013; 8: 1783-90.
43. Anuario Cuba Nefro-Red 2014. Situación de la enfermedad renal crónica en Cuba 2014. 3er año. [Documento en internet] <http://www.sld.cu/sitios/nefrologia/>