

CONTACTOS:

SAIP 964 7 26572
Trabajo social 964 7 26571



HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ

Humanizando la asistencia sanitaria

Otros documentos publicados:

- ◆ **CBA 1/2007.** Recomendaciones del CBA sobre la Reanimación Cardiopulmonar en el medio Hospitalario
- ◆ **CBA 2/2007.** Documento de consenso entre la Congregación de los Testigos de Jehová y el CBA del Hospital General de Castelló
- ◆ **CBA 1/2008.** El respeto a las creencias religiosas del paciente
- ◆ **CBA 2/2008.** Limitación del Esfuerzo Terapéutico
- ◆ **CBA 1/2009.** Recomendaciones del CBA sobre Información Clínica Hospitalaria y Participación Familiar
- ◆ **CBA 2/2009.** Recomendaciones del CBA sobre la Objeción de Conciencia

Puede consultar todos los documentos e información en:
<http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/organizacion/CBA.html>

DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLÓ. HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ
Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel. 964726500 - Fax 964726645/3

Documento CBA 1/2010

Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial sobre la Actuación Asistencial y el Principio de Doble Efecto

Última revisión: noviembre de 2010

Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial (CBA) sobre la Actuación Asistencial y el Principio del Doble Efecto

	Página
<u>ÍNDICE</u>	
○ Definición	3
○ Fundamento	5
○ La clave, la honestidad	6

ACRÓNIMOS

AAS: Ácido Acetil-Salicílico

AINE: Antiinflamatorio No Esteroideo

CBA: Comité de Bioética Asistencial

Es demasiado fácil argumentar a posteriori que lo que se ha producido es un accidente indeseado aunque probablemente previsible; Que lo que se pretendía era, exclusivamente, el efecto beneficioso.

Ciertamente, ante un argumento de este tipo, nadie dispone de la varita mágica que permita conocer la veracidad de lo afirmado por el profesional ("Yo sabía que se podía producir el efecto indeseado, pero no era esa mi intención ni mi objetivo asistencial").

Es, pues, la integridad de la formación ética y moral del individuo la única salvaguarda ante pretensiones más o menos desafortunadas de justificar lo moralmente indeseable.

El **principio del doble efecto**, en cualquiera de sus grados menores, es un argumento válido en muchas acciones médicas (poder analgésico del AAS y riesgo de plaquetopenia de causa inmune, o incluso de hemorragia digestiva) y ningún profesional acepta de buen grado limitar sus argumentos asistenciales por el riesgo de circunstancias que, de producirse, no son las buscadas.

La argumentación de esta doctrina en los casos más espinosos (sedación de ancianos agitados, o uso de antibióticos con riesgo de producir un síndrome de Lyell) debe ser tan válida, oportuna y aceptable como en los casos de menor trascendencia, y no debe ser un recurso falaz para intentar atribuir efectos moralmente negativos a la mala voluntad, o mala intención del agente actor, el profesional.



El ejemplo podría ser el de las dosis utilizadas para la sedación de un paciente agitado. Sabido es que entre los efectos indeseables de algunos sedantes se halla la intolerancia hemodinámica o la depresión respiratoria, y que ello está en estrecha relación con las dosis utilizadas. Nunca el doble efecto podrá ser argumentado para justificar efectos secundarios indeseables cuando se han utilizado dosis excesivas.

d) condiciones en relación a la proporcionalidad de los efectos: La doctrina o **principio del doble efecto "tolera" los efectos perjudiciales** siempre que estos sean moralmente de **proporción menor a los efectos beneficiosos perseguidos**. Este es, probablemente, el condicionante más discutible del argumento ya que exige una valoración, siempre subjetiva, del bien perseguido. ¿Qué es mejor, sedar al anciano agitado con alteraciones de la conciencia (siguiendo con el ejemplo anterior) y disminuir así su padecimiento y el de su entorno, o arriesgarse a la depresión respiratoria en un paciente debilitado y senil? Evidentemente, la elección depende de una percepción personal de la situación que sólo podrá aceptarse si se tiene la seguridad de que los demás condicionantes han sido respetados.

El gran argumento en contra de la **doc-**

trina del doble efecto está representado por la llamada "**pendiente resbaladiza**" ("*slippery slope*") que es aquella figura discursiva que plantea que dado el primer paso, las consecuencias del mismo actuarán como alud de nieve, arrastrándolo todo a su paso, y que como resultado final, las consecuencias serán moralmente desastrosas.

Un ejemplo de ello es la argumentación catastrofista que defiende que la despenalización de la eutanasia, en determinadas condiciones y circunstancias, conduciría a intentos de selección eugenésica de la especie humana.

Esta figura argumentativa es considerada como una falacia por la mayor parte de escuelas del pensamiento y en el saber popular queda reducida al grito de "que viene el lobo".

LA CLAVE, LA HONESTIDAD

La característica fundamental que debe mantener el profesional cuando establece un curso de acción es de la honestidad de sus acciones

Cuando la decisión propuesta, adoptada, plantea el riesgo del doble efecto el profesional es responsable de la motivación intelectual y el objetivo moral de su acción.

INTRODUCCIÓN

Se conoce, en términos bioéticos, como "**principio del doble efecto**" aquella circunstancia en la que una acción asistencial o terapéutica determinada, condiciona unas consecuencias que aunque conocidas como posibles y probables, no estaban en el espíritu del profesional cuando las indica. Su sinónimo hermenéutico más comprensible sería el precio que se puede pagar por...

Un ejemplo ayudará a comprender mejor la figura a la que nos referimos. Imaginemos una pauta terapéutica de Acido Acetil-Salicílico (AAS), a dosis antiinflamatorias de 500 mgr 3 - 4 veces al día, indicada en un paciente con una sintomatología etiquetada de pericardítica epistenoicárdica, en el curso de un crisis coronaria con necrosis muscular (infarto). No se trata pues de una pauta de AAS cuya intención primera es la de agente antitrombótico, por su acción sobre las plaquetas y su agregación, a dosis de 100 o 125 mgr/día.

El criterio del médico prescriptor es aliviar la sintomatología álgida, muy molesta para el paciente. El profesional es conocedor de que, a las dosis indicadas, el AAS puede asociarse a hemorragias digestivas, y que si existiera derrame pericárdico podría convertirse en un hemopericardias.

El paciente no tiene antecedentes dispépticos, y las prestaciones del centro hospitalario donde el paciente está ingresado permiten la realización de una ecocardiografía diaria de forma rutinaria. El profesional toma pues la decisión y prescribe el fármaco acompañado de alcalinos e inhibidores de la secreción gástrica.

Se presenta la hemorragia digestiva, en cantidad menor (2 episodios de hematemesis) sin compromiso hemodinámico ni exigencia transfusional. Se decide la interrupción inmediata de la pauta, se prescribe un AINE tamponado (la sintomatología válgica persiste), se realiza una gastroscopia que revela unas erosiones pepilóricas gástricas no sangrantes en el momento de la exploración; y la evolución final del paciente es favorable.

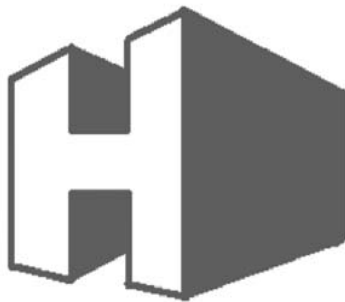
¿Se ha cometido un error asistencial? La respuesta es que muy probablemente no. Se ha tomado una decisión, se conocían unos probable e indeseables efectos secundarios, se han tomado las medidas necesarias para detectar y tratar los efectos secundarios, si se produjesen, y se ha realizado un análisis coste (no eco-

nómico) / beneficio previo a la instauración de la pauta con AAS. Es posible que todo el proceso estuviera adecuadamente reflejado en la **Documentación Clínica** (Historia) del paciente, pero es posible que no.

Lo importante es que la indicación ha seguido un proceso lógico, pese a lo que se ha producido un "**doble efecto**" indeseado pero previsible. Esta es la cuestión sobre el hecho de la argumentación del doble efecto. Estaban los efectos secundarios indeseables en la previsión del profesional, ¿Sí o no? Y si lo estaban, ¿Era ese el objetivo buscado?

Si la respuesta es no, se podría considerar que ha existido imprudencia e impericia, y el profesional podría ser recriminado por no ejercer su actividad con todos los condicionantes científico - técnicos que debería.

Si la respuesta es si, el profesional deberá demostrar que el análisis coste - beneficio estaba bien realizado, y que los efectos secundarios, aún previsible, no formaban parte de su objetivo asistencial último.



HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ

FUNDAMENTO

De entre todos los argumentos en los que se apoya un desarrollo bioético, con aspiraciones de universalidad, no confesionalidad y justicia, el clásico principio de la **NO MALEFICENCIA** (*no hacer daño*) es, probablemente, el de reconocimiento más precoz y elemental. El aforismo latinizado del "**Primum non nocere**", de dudosa paternidad, se ha convertido en norma utilizada por todos los profesionales sanitarios desde hace muchos años.

Aquí conviene dar al argumento un discreto giro de perspectiva. A lo que el principio del doble efecto se refiere es a la justificación de un hipotético, pero probable, mal que se causa al paciente cuando en la intención del actor activo (el sanitario) lo que pretende es causar un bien al actor pasivo (paciente).

Es evidente que este recurso argumentativo no puede ser utilizado de forma indiscriminada sin caer el riesgo de que cualquier cosa que pueda causar un mal es justificable si se hace con buena intención.

El **principio de doble efecto** debe cumplir una serie de condiciones conceptuales de las que no puede ser eximido de ninguna manera: La base moral y ética de estas condiciones es que el agente activo no es capaz de

evitar todos los daños posibles que se pudieran producir como consecuencia de su acción, y aún así obtener el efecto beneficioso perseguido.

Estas condiciones son:

- a) las relacionadas con la **naturaleza del acto**: el **efecto perseguido** por el agente actor debe ser **moralmente bueno** o, al menos, moralmente indiferente (ni bueno ni malo) excluyéndose cualquier objetivo que en esencia fuera inaceptable.
- b) las relacionadas con la **intención del agente**: ésta debe limitarse exclusiva y esencialmente a conseguir el **buen efecto de la acción**. De hecho, el potencial efecto deletéreo o malo debe ser previsible, conocido y al final será tolerado, pero lo que nunca puede ser es premeditado. Es decir, quedan excluidas aquellas situaciones en que la acción indeseable es el objetivo perseguido, amparándose en su aparente imprevisión.
- c) condiciones en relación a los **medios utilizados**: los medios puestos en servicio de la acción perseguida deben ser **proporcionados a la misma**. De ninguna manera la **doctrina del doble efecto** es aplicable en aquellos casos en que se han utilizado medios desproporcionados.