



# Introducción a la Bioética Clínica

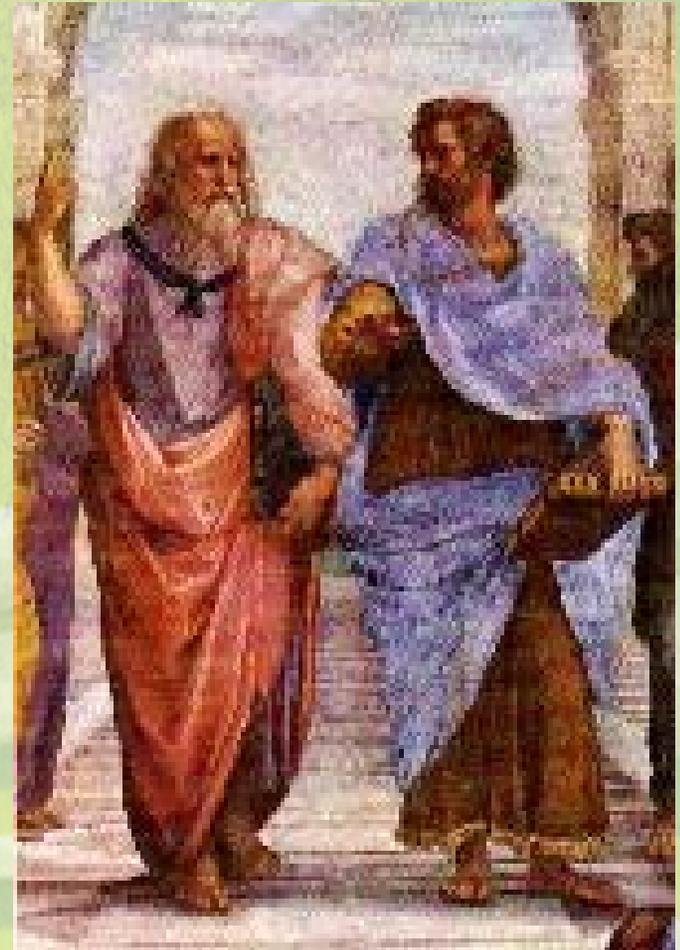
Eloy Pacho Jiménez  
*Especialista en Medicina Interna*  
*Máster en Bioética*



## Bioética

*Bios*, vida y  
*ethos*, ética

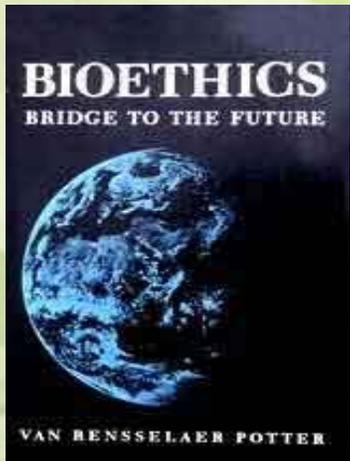
- nombre nuevo para una preocupación antigua
- “la Medicina ha salvado a la Ética”





## Rensselaer Van Potter

– *Bioethics: a Bridge to the Future* (1971)



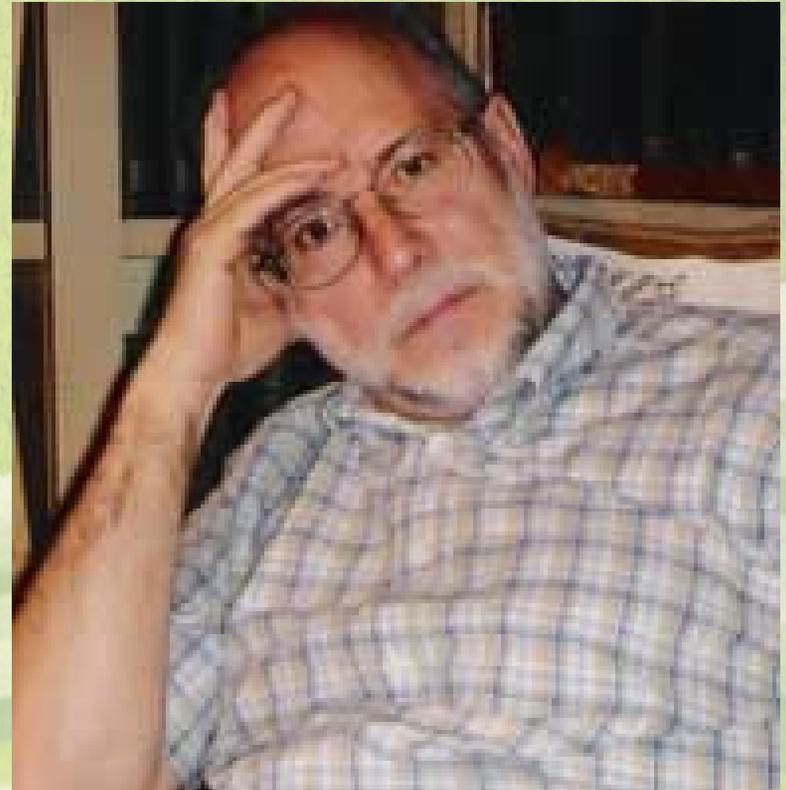
“ética de la vida y de las ciencias  
de la vida”

(desde la Biología hasta la Ecología)



## Diego Gracia Guillén

“inclusión de los valores en la toma de decisiones clínicas para mejorar la calidad asistencial”





## FUNDAMENTACIÓN

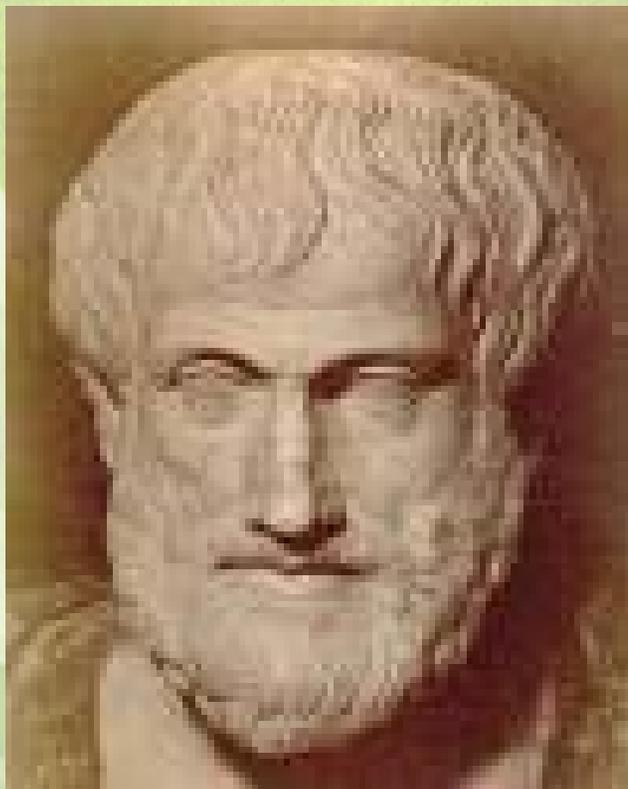
- Teónoma  
*Ley divina*
- Heterónoma  
*Ley natural*
- Autónoma  
*Razón humana*



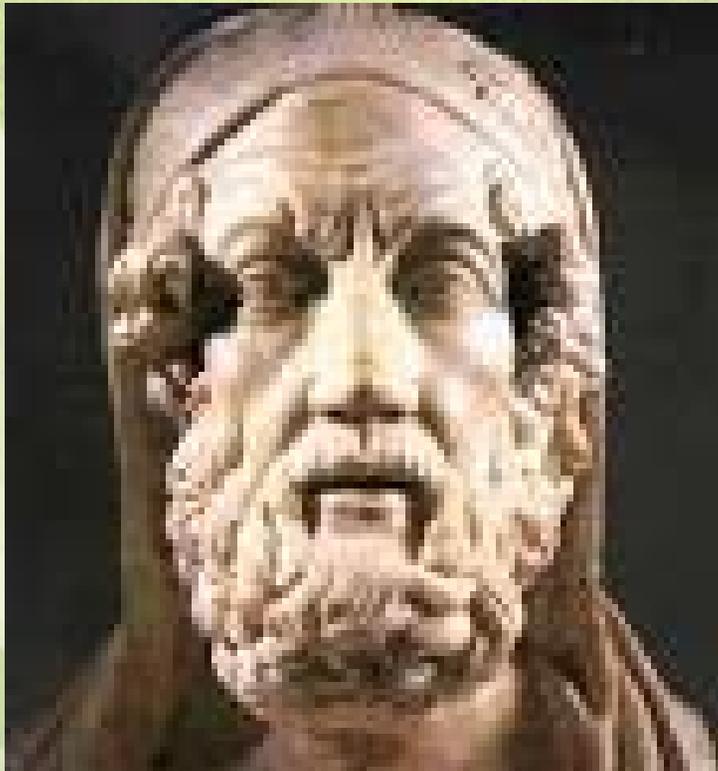


# Ética y religiones del mundo





- Ética griega (Aristóteles)  
*Physis*, naturaleza y *cosmos*, orden natural
  - Felicidad (fin natural) y virtud en el término medio.
  - Los actos naturales son correctos y buenos.
  - La Ley Natural es exterior, anterior y superior.



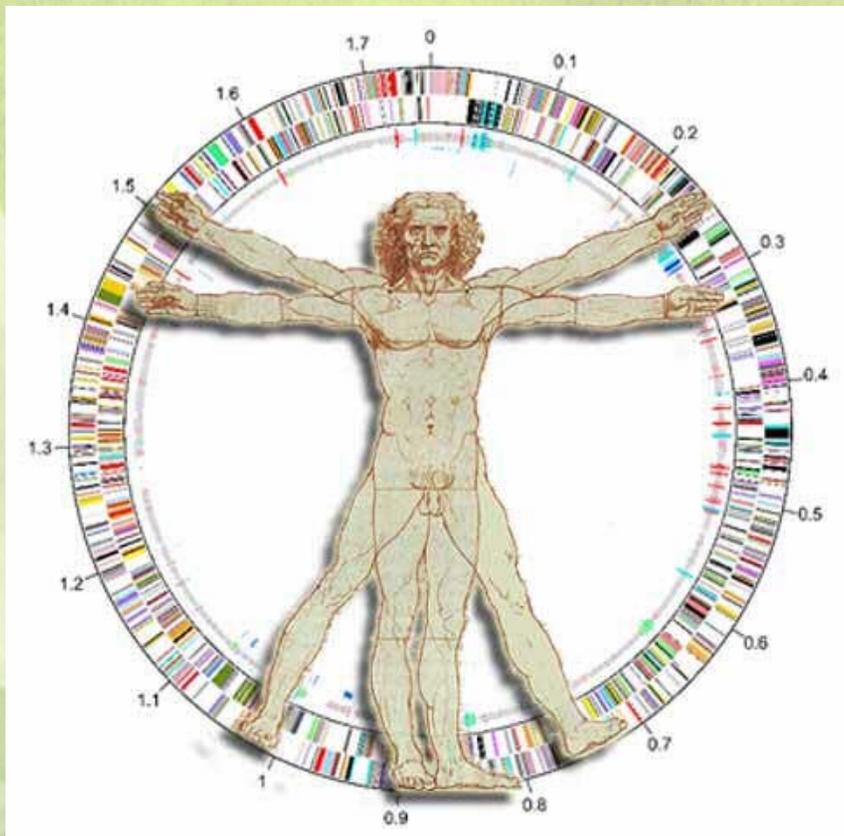
- Medicina hipocrática  
Muy arraigada en la tradición médica
  - Salud = Orden natural
  - Enfermedad = CaosEl médico debe restablecer el equilibrio
  - Paternalismo médico
  - Beneficiencia



- Ética kantiana

Nuevo orden moral  
basado en la Razón

- Se insiste en el Deber, sin valorar consecuencias.
- Imperativo categórico, sin excepciones.
- Las máximas deben ser universalizables.
- Voluntad y Responsabilidad precisan Libertad.



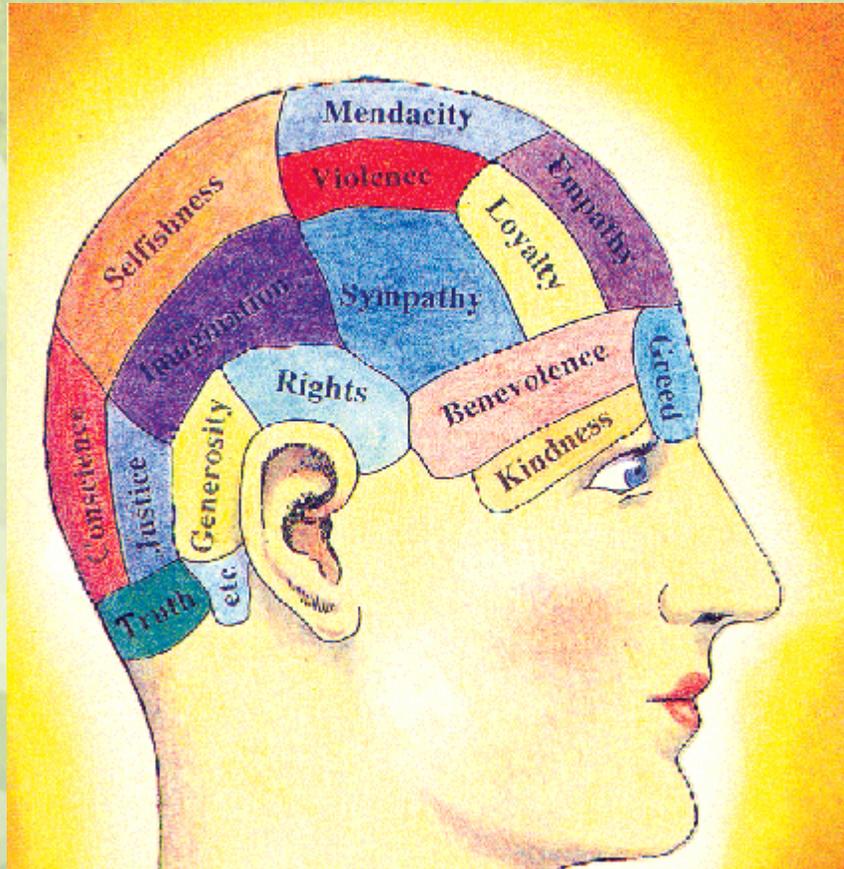
- Medicina moderna  
“los seres humanos son fines en sí mismos”  
La ética kantiana lleva a la Autonomía.  
-> Lo que es bueno para el paciente lo define el propio paciente.



YES WE CAN

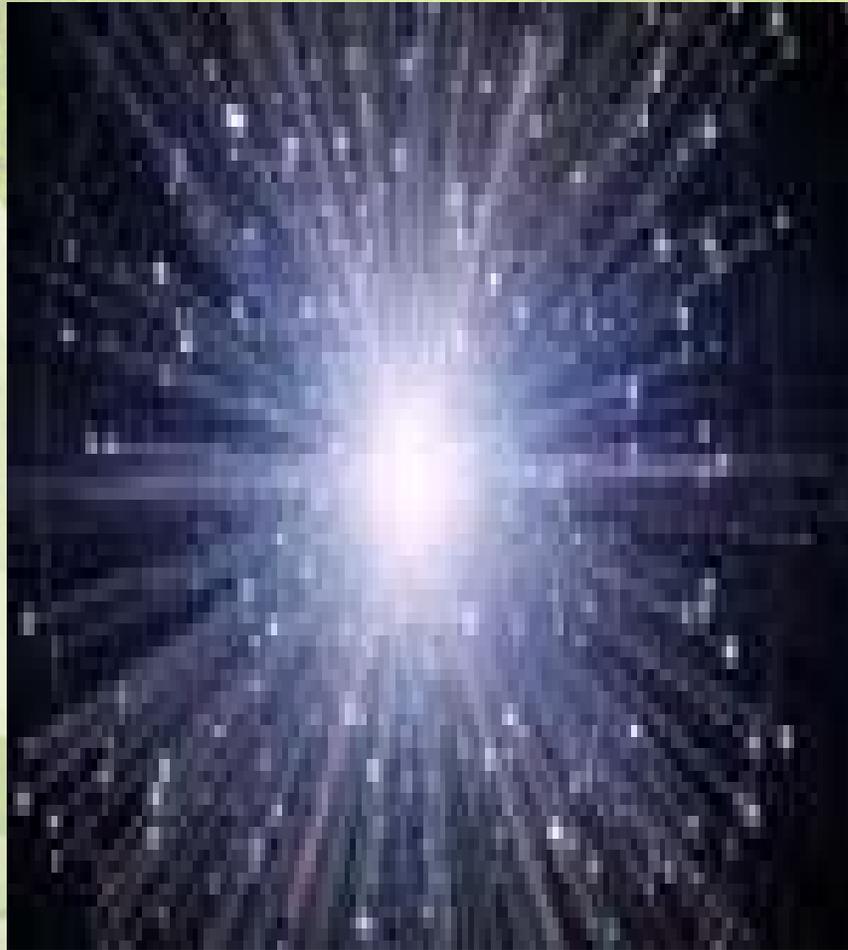


© Original Artists  
Reproduction rights obtainable from  
[www.CartoonStock.com](http://www.CartoonStock.com)



## Fundamentación Bioética

- Racional
- Universal
- Laica
- Tolerante
- Dinámica



## “Big Bang” de la Bioética

- Desarrollo científico-técnico
- Derechos de los pacientes
- Recursos económicos limitados



## Desarrollo científico-técnico

- Diálisis en Seattle EE.UU. (1960)
- RCP y Unidad Coronaria (1962)
- Trasplante de corazón (1967)
- Fecundación in vitro (1978)
- Clonación oveja Dolly (1997)
- Genoma humano (2003)





## Ética de los confines de la vida





## Derechos de los pacientes

- Código de Nuremberg (1947)
- Declaración de los Derechos Humanos (1948)
- Declaración de Helsinki (1964)
- Informe Belmont (1978)
  
- Constitución Española (1978)
- Ley General de Sanidad (1986)
- Ley Básica de Autonomía de los Pacientes (2002)



# Principios de Bioética

## AUTONOMÍA

- Capacidad de decidir

## BENEFICENCIA

- Hacer el bien

## NO MALEFICENCIA

- No hacer daño

## JUSTICIA

- No discriminar





- Orígenes de los Principios

- Autonomía ..... Derecho
- Beneficencia ..... Medicina y Derecho
- No Maleficencia ..... Medicina y Política
- Justicia ..... Política



- Jerarquía de Principios

Nivel I: ámbito público

JUSTICIA

NO MALEFICENCIA

mínimos, de obligado cumplimiento.

Nivel II: ámbito privado

AUTONOMÍA

BENEFICENCIA

máximos, negociables.



## Método de la Bioética Clínica

- Historia clínica y biografía del paciente
- Sistema de referencia
  - “todas las personas son iguales y merecen igual consideración y respeto”
- Principios (jerarquía)
- Consecuencias (excepciones justificadas)
- Decisiones (prudentes y responsables)



## Deliberación

- Es fundamental en la toma de decisiones.
- Tener en cuenta las circunstancias.
- Permitir la intervención de las diferentes partes implicadas en el caso.
- Admitir que el otro puede tener razón.



## Relación clínica

- Médicos, ...
- Paciente, cliente, ...
- Terceras partes, ...

cada vez más compleja  
y, a veces, conflictiva.





## Relación clínica

- Paternalismo tradicional  
Diagnóstico->Indicación->Decisión
- Autonomismo actual  
Diagnóstico->Indicación->Decisión?
  - Consentimiento informado
  - Instrucciones previas





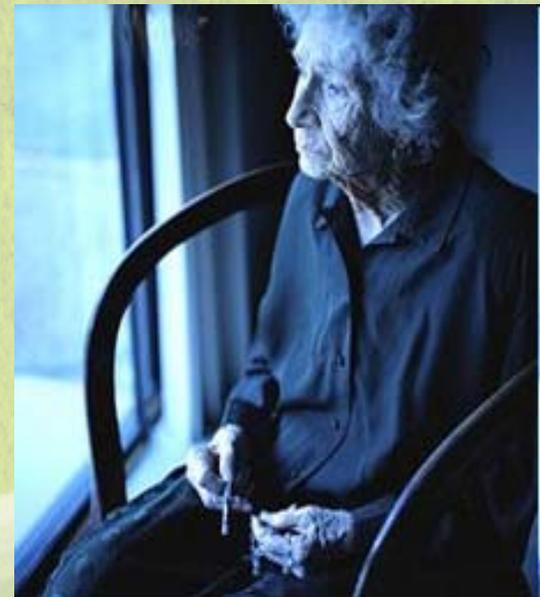
- Consentimiento Informado (C.I.)
  - Información adecuada
  - Capacidad de decisión
- Directrices previas (testamento vital)
  - Continuación lógica del CI
  - cuando el paciente no es capaz de decidir



¡No deben menospreciarse! ->  
paternalismo



- Cambios sociosanitarios
  - Envejecimiento de la población
    - 45% españoles > 65a en 2040
  - Enfermedades crónicas, progresivas e irreversibles
    - 90% de la mortalidad
  - Tabú de la enfermedad y la muerte
    - 70% de los fallecimientos en hospital y 20% en UCI





- Hospitales “inhóspitos”
  - Alta tecnología
  - Diagnosticar y “curar”
  - Fragmentación y deshumanización
  - Deterioro de la relación clínica
  - Insatisfacción y descontento





- Análisis de casos
  - Revisar los aspectos clínicos
  - Considerar la opinión del paciente
  - Identificar los problemas éticos
  - Deliberar
  - Conocer la legislación vigente
  - Consultar la opinión de expertos
  - Tomar la decisión más adecuada



## Relación clínica

- Se establece en el nivel II
  - privado
  - Autonomía-Beneficencia
- pero dentro del marco del nivel I
  - público
  - No maleficencia-Justicia



## CASO 1

- Una paciente acude a consulta solicitando un medicamento que le ha recomendado su vecina ...
  - El médico debe acceder a su petición
  - El paciente no debe opinar en materia de medicamentos



## Recomendación Caso 1

- El médico debería indagar sobre las razones por las que la paciente tiene confianza en ese medicamento.



## Comentario Caso 1

- Es deseable que los médicos procuren atender las preferencias de los pacientes.
- Si accedemos a la petición del paciente, podríamos respetar el principio de autonomía, pero entraríamos en conflicto con otros principios de la bioética, como el de no maleficencia (evitar prescribir un medicamento no indicado por el diagnóstico o por el perfil riesgo/beneficio) o el de justicia (prescribir un medicamento de bajo valor intrínseco, incrementando sin justificación el gasto farmacéutico).



## CASO 2

- Un paciente acude a Urgencias por dolor abdominal, anorexia y pérdida de 8 Kg de peso en el último mes. Se realiza TC abdominal que muestra una masa retroperitoneal con aspecto de malignidad.
  - Se realizarán pruebas para confirmar el diagnóstico
  - Se consultará con la familia la actitud a seguir



## Recomendación Caso 2

- Se explicará al paciente la necesidad de realizar más pruebas diagnósticas, pero si éste prefiere evitar nuevas exploraciones se aceptará su decisión.



## Comentario Caso 2

- La historia clínica y la radiología sugieren un cáncer avanzado.
- Parece que una actitud intervencionista modificará poco la expectativa de vida.
- De no respetar la voluntad del paciente estaríamos transgrediendo el principio de autonomía.
- Existe el deber de no abandonar al paciente, independientemente de la opción terapéutica que elija.



## CASO 3

- Visita a domicilio a un paciente diagnosticado de cáncer de pulmón con mal pronóstico. Desde hace un mes presenta cefalea intensa. Sospecha de de metástasis cerebrales.
  - El paciente dice al médico que no quiere ir al hospital, que ya no quiere hacerse más pruebas...



## Recomendación Caso 3

- El médico debe aceptar la incertidumbre y no realizar ninguna prueba, pensando que no va a modificar el pronóstico de la enfermedad.
- Debería intensificarse el tratamiento paliativo.



## Comentario Caso 3

- Está respetando la autonomía del paciente y, por ello, decide no realizarle pruebas.
- Al no solicitar pruebas que no modifican el pronóstico, está respetando también los principios de no maleficencia y de justicia.
- Lo más beneficioso sería el control sintomático, con apoyo psicológico y sociofamiliar.



## CASO 4

- Un paciente diagnosticado de cáncer de colon, decide no realizarse la intervención que el cirujano le propone porque considera que: “si le tocan le moverán el cáncer” y prefiere seguir tratamiento homeopático.
  - ¿Tiene derecho el paciente a que se acate su opinión, sin excepciones?



## Recomendación Caso 4

- Es fundamental escuchar al paciente, conocer sus miedos y proporcionarle una información adecuada.
- Si, pese a lo anterior, el paciente, de forma coherente, decide no operarse, deberíamos respetar su decisión.



## Comentario Caso 4

- Solo existe certeza de que el paciente está eligiendo lo mejor para él, según sus valores, cuando se le transmite una información veraz, en lenguaje comprensible, ajustada a sus necesidades y sin producirle un impacto emocional que le dificulte la toma de decisiones.



## CASO 5

- Un paciente fumador acude a la consulta acompañado de su esposa, tras realizarse una radiografía de tórax. Antes de nada, indica al médico que, si el diagnóstico es grave, no desea recibir información.
  - Solicita que sea su acompañante quien la reciba y se la cuente a él de forma selectiva.



## Recomendación Caso 5

- El paciente puede negarse a recibir información, si así lo desea.
- El paciente puede delegar, para recibir información, en cualquier persona de su confianza.



## Comentario Caso 5

- El último fundamento del derecho a la información, igual que del consentimiento informado, es respetar la dignidad de la persona enferma y, por tanto, tener en cuenta sus decisiones en lo que respecta a su salud.
- En base a ello, el enfermo puede delegar para recibir información en cualquier persona de su confianza. O depositar dicha confianza, de forma exclusiva, en el médico.



¿Preferiría un médico que le coja la mano mientras se muere o uno que le ignore mientras mejora?



## Referencias Bibliográficas:

1. Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ed Ariel 2005.
2. Ética en la práctica clínica. Gracia D, Júdez J. Ed Triacastela 2004.

