

# Guía para la resolución de dilemas bioéticos en la práctica clínica

Comité de Ética Asistencial del Parc de Salut MAR  
Enero de 2019

**Coordinadores:**

Ana Zapatero Ferrándiz  
Gerard Colomar Pueyo  
Lluís Aguilera Cuchillo  
Priscila Giraldo Matamoros  
Maribel Pérez Piñero  
José Solsona Durán

## MIEMBROS DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL PARC DE SALUT MAR

Ana Zapatero Ferrándiz, Presidenta

Lluís Aguilera Cuchillo, Vicepresident

Gerard Colomar Pueyo, Secretari

Josep Maria Anguera Solé

Ainoa Biorrun Garrido

Laia Cabrera de Las Heras

Susan Campos Castro

Priscila Giraldo Matamoros

Gema Hurtado Ruiz

Jordi Jiménez Conde

Julio Pascual Santos

Nuria Pujolar Fulquet

María José Robles Raya

Francesc José María Sánchez

José Solsona Duran

**[ceai@hospitaldelmar.cat](mailto:ceai@hospitaldelmar.cat)**

El Comité de Ética Asistencial agradece a los diferentes profesionales que lo han integrado desde su creación, su aportación a la resolución de los diversos dilemas bioéticos que han sido sometidos a su consideración.

## ÍNDICE

<b>Presentación</b>	<b>5</b>
<b>Casos clínicos</b>	
<b>Caso 1. Rol del Comité de Ética y la capacidad de decisión de la paciente</b>	<b>9</b>
<b>Caso 2. Capacidad del paciente y consentimiento por representación</b>	<b>13</b>
<b>Caso 3. La objeción de conciencia: derecho individual o institucional. Paciente Testigo de Jehová</b>	<b>18</b>
<b>Caso 4. Criterios de actuación sanitaria en contra de la voluntad del paciente: riesgo para su integridad</b>	<b>23</b>
<b>Caso 5. Cirugía sin sangre</b>	<b>28</b>
<b>Caso 6. Consentimiento informado: paciente incapaz a criterio del médico responsable</b>	<b>33</b>
<b>Caso 7. Testamento Vital</b>	<b>39</b>
<b>Caso 8. Consentimiento informado por representación, concreción del sustituto</b>	<b>43</b>
<b>Caso 9. Privilegio terapéutico y consentimiento informado, la voluntad de la paciente</b>	<b>50</b>
<b>Caso 10. Excepciones al consentimiento informado</b>	<b>55</b>
<b>Caso 11. La equidad en el reparto de los recursos sanitarios</b>	<b>61</b>
<b>Caso 12. Interrupción voluntaria del embarazo</b>	<b>65</b>
<b>Caso 13. Eutanasia directa</b>	<b>71</b>
<b>Caso 14. Testamento Vital</b>	<b>76</b>
<b>Caso 15. Discriminación positiva</b>	
<b>Caso 16. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico</b>	<b>85</b>
<b>Caso 17. Principio de beneficencia y paternalismo justificado</b>	

<b>Caso 18.</b>	<b>Consentimiento informado en intento de autolisis</b>	<b>96</b>
<b>Caso 19.</b>	<b>Valoración de la idoneidad del donante vivo de órganos por parte del Comité de Ética Asistencial</b>	<b>102</b>
<b>Caso 20.</b>	<b>Consentimiento informado: negativa del paciente a recibir tratamiento oncológico específico para su enfermedad</b>	<b>111</b>
<b>Bibliografía</b>		<b>118</b>

## **Presentación**

La presente obra no pretende ser un manual de bioética (ética aplicada a las ciencias biológicas), sino una guía práctica aplicada para ayudar a la resolución de los conflictos éticos que se pueden presentar en el ámbito asistencial, preferentemente en la atención a pacientes con una patología aguda.

La peculiaridad de la atención de pacientes con patología aguda -en un servicio de Urgencias hospitalario, en una Unidad de Cuidados Intensivos, en una Unidad de Hospitalización médica o quirúrgica- radica en la necesidad de obtener respuestas inmediatas a los problemas asistenciales planteados -llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar en un paciente, intervenir de urgencias a un enfermo Testigo de Jehová, etc.-, en los que la salud del paciente no admite demoras. Ello lo diferencia de los ámbitos de Atención Primaria y/o sociosanitario, en los que el médico de familia y el equipo de salud pueden ir consensuando a lo largo del tiempo, con el paciente, las decisiones a adoptar en caso de empeoramiento de su estado de salud.

La resolución que se presenta como óptima no siempre es fácil de adoptar en la práctica real; una vez conocido el caso clínico por parte del Comité de Ética Asistencial (en adelante CEA) se ha hablado con las diferentes partes implicadas -profesionales sanitarios, facultativos, enfermeras, trabajadoras sociales, pacientes y familiares o personas allegadas a él- para conocer a fondo la situación.

Posteriormente se ha debatido en el seno del CEA, intentando siempre hacer lo mejor para el paciente -principio ético de beneficencia-, proponiendo un uso equitativo y eficaz de los recursos sanitarios empleados -principio ético de justicia-, respetando la voluntad del enfermo y/o de sus representantes -principio ético de autonomía- y evitando causar un mal al paciente -principio ético de no maleficencia-. Todo ello sin olvidar los valores presentes en todo momento: la dignidad de la persona, la libertad del ser humano y, el hecho de que estamos debatiendo sobre la actuación asistencial más correcta, de entre las distintas que se puedan llevar a cabo, sobre una persona.

En los casos presentados, siempre que ha sido posible las decisiones del Comité de Ética se han adoptado por unanimidad de sus miembros, reflejando consenso, como eje principal de la bioética.

## **Breve referencia a la Bioética.**

Es en 1970 que **Van Rensselaer Potter**, profesor de Oncología y Director Asistente del Laboratorio McArdle de Investigaciones sobre Cáncer de la Universidad de Wisconsin-Madison, EE.UU., acuña el término de Bioética en "Bioethics, the Science of Survival", y dice de la misma en su obra "Bioética,

puente hacia el futuro”<sup>1</sup>: “Propongo el término de Bioética para enfatizar en los dos elementos más necesarios para alcanzar la nueva sabiduría: conocimiento biológico y valores humanos”.

### **La resolución de casos clínicos.**

En esta Guía se acude a la Bioética clínica como medio para resolver los dilemas éticos planteados por los casos clínicos que se pueden dar en la práctica asistencial.

En la resolución de los casos clínicos que presentamos seguimos el modelo propuesto por **Diego Gracia**<sup>2</sup>. En su obra “Procedimientos de decisión en ética clínica”, opta por una ética de mínimos en al que se deben preservar los principios éticos de no maleficencia y justicia en primer lugar, tal como los entiende él mismo: “... la no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos”.

En esta obra se entiende que cada caso clínico planteado presenta un determinado conflicto bioético en el que los principios en juego no siempre serán específicamente los de no maleficencia y justicia.

De modo general la presentación de los diferentes casos presenta la siguiente estructura, siguiendo la metodología de Diego Gracia:

#### 1. Presentación del caso (hechos)

Esta parte es sumamente importante, ya que para la evaluación de los conflictos que se pudiesen generar, hay que tener muy claro todo lo que ha sucedido en el ámbito clínico: pronóstico, posibles evoluciones, alternativas terapéuticas...etc, es decir, los hechos.

#### 2. Aportaciones relevantes del Comité de Ética Asistencial y/o del Consultor de Ética.

#### 3. Conceptos presentes.

#### 4. Algunos problemas éticos.

#### 5. Problema ético objeto de análisis.

#### 6. Principios éticos implicados.

---

<sup>1</sup> R. Potter, Bioethics bridge to the futur, Prentice Hall Inc., New Jersey, EE.UU., 1971, pag. 2., disponible en [http://pages.uoregon.edu/nmorar/Nicolae\\_Morar/Phil335Win13\\_files/Potter\\_BioethicsTheScienceofSurvival.pdf](http://pages.uoregon.edu/nmorar/Nicolae_Morar/Phil335Win13_files/Potter_BioethicsTheScienceofSurvival.pdf), consultado 20180604.

<sup>2</sup> D. Gracia, “Procedimientos de decisión en ética clínica”, Editorial Triacastela, Madrid, 2007.

## 7. Identificación de los cursos de acción.

Se han presentado de modo esquemático, indicando los cursos extremos y los cursos intermedios, decidiendo finalmente por un curso que se presenta como óptimo:

-Cursos extremos, representan las acciones más extremadas que se podrían adoptar. Según Diego Gracia, en la práctica son los que hay que identificar en primer lugar. Al adoptar un curso extremo se lesiona completamente el otro, por lo que de entrada se intentará en lo posible no optar por estos cursos.

-Cursos intermedios, los mismos recogen opciones que se encuentran entre los cursos extremos. Su adopción lesiona menos los valores éticos potencialmente en conflicto en un supuesto concreto.

-Curso óptimo de acción: es el considerado más adecuado desde un punto de vista moral y es el escogemos de entre los cursos intermedios.

## 8. Prueba de consistencia del curso de acción escogido.

Una vez escogido un curso de acción debe superar una serie de pruebas para poder confirmar su validez. Dichas pruebas son las de:

-Prueba de legalidad: ¿Es legal el curso de acción escogido?

-Prueba de la publicidad: ¿Defenderíamos públicamente el curso de acción escogido?

-Prueba del tiempo: ¿Adoptaríamos la misma decisión caso de poderla retardar unas horas o días?

Sólo si la opción escogida supera estas tres pruebas puede considerarse definitiva.

## 9. Toma de decisión.

Una excelente muestra la aplicación de esta metodología en la práctica clínica se puede consultar en “A vueltas con la futilidad”, de F. Solsona, consultor experto en Bioética<sup>3</sup>.

En los casos clínicos presentados a la consideración del Comité de Ética se opta finalmente por el curso de acción óptimo, especificado en cada caso.

Este curso de acción se comunica al Responsable Clínico de la unidad y, al profesional asistencial que atiende al paciente del caso planteado en forma de resolución escrita, tal como se muestra en algunos casos debatidos en esta guía.

---

<sup>3</sup> F. Solsona, A vueltas con la futilidad, EIDON, nº 40 diciembre 2013, 40:60-66  
DOI: 10.13184/eidon.40.2013.60-66.

## **El Comité de Ética Asistencial y la figura del Consultor de Ética.**

En la presente obra se podrán encontrar casos que han sido derivados bien por el Comité de Ética o bien por el Consultor de Ética. Son casos clínicos de un Hospital General de pacientes con patología aguda, de los que se han modificado los datos pertinentes para preservar la confidencialidad de las personas implicadas.

Una de las funciones propias de estos comités es asesorar en la resolución de los conflictos éticos que puedan originarse, derivados de la atención sanitaria. En tanto que asesor, su resolución no es vinculante para aquel que lo haya consultado.

El debate entre los miembros del Comité busca más el consenso entre las diferentes opciones de solución planteadas que un enfrentamiento entre las mismas.

### **Consultor de Ética<sup>4</sup>.**

“...Se empezó a plantear la necesidad de la figura del consultor de ética como ayuda al profesional sanitario en la resolución de conflictos a la cabecera de la cama del paciente. Primero se desarrolló en EE. UU. y posteriormente otros países siguieron esta iniciativa. En general, un 36% de los consultores son médicos, un 30% son enfermeras, un 11% trabajadores sociales y un 10% capellanes. En nuestro país, la figura del consultor de ética es por ahora casi inexistente.

Nuestro hospital dispone desde hace 8 años de la figura del consultor de ética, como complemento al Comité de Ética. Surgió como consecuencia de los problemas enumerados previamente, eligiéndose para desarrollar tal tarea a un profesional con amplia experiencia clínica y formación en bioética. Su función es la de responder prontamente a la resolución de conflictos éticos emitiendo una recomendación, o bien plantear la reunión urgente del Comité de Ética (...).”

---

<sup>4</sup> A.Zapatero Ferrándiz, G. Colomar Pueyo, I. Dot Jordana, J. F. Solsona Durán, **El consultor de ética** Med Clin 2017;149:549-51 - DOI: 10.1016/j.medcli.2017.05.026, Vol. 149. Núm. 12. Diciembre 2017, Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-consultor-etica-S0025775317304311>, consultado 20190124.

## **Caso 1. Rol del Comité de Ética y la capacidad de decisión de la paciente. La Señora Luisa.**

### **Hechos.**

Se consulta al CEA en relación a la Sra. Luisa, atendida por el Servicio de Cirugía Vascolar, que se niega a recibir tratamiento quirúrgico.

La Sra. Luisa tiene 76 años de edad, es una fumadora activa importante, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, bronquitis crónica, fibrilación auricular y una vasculopatía periférica severa consistente en un aneurisma aorto-biilíaco que la paciente no permite intervenir quirúrgicamente y una isquemia aguda de la extremidad inferior izquierda secundaria a un aneurisma de la arteria poplítea, en la que se practicó un bypass hace un año.

Hace ya seis meses que se informó a la paciente de la posibilidad de perder su extremidad inferior, motivo por el que se le aconsejaba la intervención quirúrgica.

Hace dos meses la paciente acudió a Urgencias por empeoramiento de su estado, apreciándose isquemia irreversible de la extremidad inferior, con herida de las lesiones isquémicas.

La paciente en el momento del ingreso manifestó su negativa a la amputación de la extremidad, así como, en múltiples ocasiones, a las curas y/o a la medicación, pese a que finalmente accedió a recibir tratamiento antibiótico. En la actualidad sigue insistiendo en que quiere regresar a su domicilio pese a que, a la par, se niega a solicitar el alta voluntaria y a hacer un Testamento Vital, en el que conste que no quiere más intervenciones quirúrgicas.

Valorada la paciente por parte del Servicio de Trabajo Social, se contacta con el ambulatorio donde informan que la paciente vive sola en su domicilio y disfruta de la ayuda de servicios sociales, para realizar su higiene personal y disponer de quien le acompañe para recibir las curas pertinentes en el ambulatorio.

Se debate el caso clínico por parte de los miembros del Comité de Ética, haciendo mención de que no existen dudas sobre la capacidad y competencia de la enferma para decidir en relación a la actuación a seguir: la Sra. Luisa sabe que perderá la extremidad y que pone en juego su vida si no se opera.

Sin embargo, surgen dudas en cuanto a si su decisión es firme, derivadas del hecho de que la paciente ha accedido, en alguna ocasión, a someterse a una intervención quirúrgica, y sobre cuál puede ser en la actualidad el motivo de este cambio de actitud.

## Conceptos presentes.

### Sepsis<sup>5</sup>.

Es una enfermedad en la cual el cuerpo tiene una respuesta grave a bacterias u otros microorganismos.

### Tratamiento fútil<sup>6</sup>.

Tratamiento o acto médico que se desaconseja dado que es clínicamente ineficaz, bien porque no mejora el pronóstico, los síntomas, ni las enfermedades intercurrentes del paciente, o bien porque de manera previsible producirá perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio que se espera.

### Testamento Vital<sup>7</sup>.

También conocido como Documento de Instrucciones Previas o como Documento de Voluntades Anticipadas, es la manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de Documentos de Voluntades Anticipadas, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.

### Algunos problemas éticos.

1. Capacidad de la paciente. ¿Es la paciente capaz para tomar decisiones?
2. Decisiones de sustitución. ¿Quién debe adoptar las decisiones por la paciente?
3. Discriminación negativa por cronicidad. ¿Existe en el estamento sanitario discriminación de los pacientes con enfermedades crónicas e invalidantes?
4. Rol del Comité de Ética. ¿Debe el Comité de ética implicarse en la decisión de aceptar/denegar cuidados a esta paciente? ¿Debe ser su papel meramente formativo e informativo, no tomando un papel activo en la decisión, pero sí discutiéndola a posteriori, a fin de generar una cultura ética a través de la formación del personal sanitario?

---

<sup>5</sup> Disponible en [https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=sepsis&\\_ga=2.96779423.1896610793.1528137504-337140672.1528137504](https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=sepsis&_ga=2.96779423.1896610793.1528137504-337140672.1528137504), consultado 20180604.

<sup>6</sup> Disponible en <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=45>, consultado 20180604.

<sup>7</sup> Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>, consultado 20180604.

## **Problema ético objeto de discusión.**

¿Debe el Comité de ética implicarse activamente en la decisión de aceptar/denegar cuidados a esta paciente o por contra su papel es meramente formativo e informativo?

## **Principios éticos implicados.**

Principio ético de **autonomía**.

Capacidad de la paciente para decidir por sí misma de manera vinculante para el equipo asistencial, bien sea directamente por ella misma, bien sea mediante su voluntad recogida en el Testamento Vital.

Principio ético de **no maleficencia**.

Retirar todo tratamiento que se considere fútil

Principio ético de **beneficencia**.

Actuar sin tener en consideración la voluntad de la Sra. Luisa (paternalismo).

Aliviar sus síntomas de disconfort.

## **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

Tratar la infección que pueda llegar a desarrollar la Sra. Luisa en la extremidad inferior, en la que sufre de problemas circulatorios.

Abstenerse de toda actuación terapéutica con la Sra. Luisa, si opta por no intervenir, dado que es la única alternativa terapéutica que le podemos ofrecer, proponiendo incluso, llegado el caso, el alta del Servicio de Urgencias.

### **Cursos intermedios.**

Explicarle de nuevo a la Sra. Luisa, preferiblemente por parte de quien la ayuda en su higiene en su domicilio -persona seguramente de su confianza-, la necesidad de permitir que la intervengan quirúrgicamente, puesto que está en riesgo su vida si no accede a ello, y aceptar el tratamiento.

Tratar su infección si vuelve a Urgencias afectada de una sepsis y no puede decidir por sí misma debido a su estado de salud.

### **Curso óptimo.**

Contactar con una persona de confianza de la paciente que le pueda ofrecer de nuevo la información, insistiendo en la necesidad de replantearse su decisión de no operarse y aceptar el tratamiento, puede ser quien la ayuda en su higiene personal en su casa, y la acompaña al ambulatorio. El Comité de Ética puede colaborar en dicha información y en el acompañamiento a quien informa y atiende a la paciente.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de la legalidad.**

La decisión adoptada respeta la legislación actualmente vigente en relación con las decisiones de la enferma.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La decisión del CEA se puede defender públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

La decisión adoptada, relacionada con la necesidad de informar de nuevo a la paciente y de verificar que ha comprendido dicha información, respeta la prueba del tiempo.

### **Resolución del Comité de Ética.**

El acuerdo del CEA consiste en contactar con alguien de confianza para la paciente que le pueda dar de nuevo la información, insistiendo en la necesidad de replantearse su decisión de no operarse y aceptar el tratamiento. Dicha persona puede ser quien la ayude en su domicilio en su higiene personal y la acompañe al ambulatorio.

El Comité de Ética puede colaborar en dicha información y acompañamiento a quien informa y atiende a la paciente.

Si la paciente volviera a acudir a Urgencias, sin haber podido contactar con Trabajo Social, sería preciso informarla de nuevo de que si no se deja intervenir quirúrgicamente podría perder tanto la extremidad inferior cuanto la vida.

Si la decisión de la paciente fuera irrevocable debería dejarse constancia de todas estas actuaciones en su historia clínica, así como de la voluntad de la paciente de no actuar médicamente.

Si la paciente fuera atendida en Urgencias, víctima de una sepsis, debería instaurarse el tratamiento farmacológico adecuado, siempre que el mismo no se considerara fútil ni desproporcionado -supuestos en los que dicha antibioticoterapia no permitiría erradicar la infección-.

En todo caso, sería preciso mantener las medidas de analgesia y de confort de la paciente.

## **Caso 2. Capacidad del paciente y consentimiento por representación. La Señora Francisca.**

### **Hechos.**

La Sra. Francisca, de 85 años de edad, es una paciente ingresada en el servicio de Cardiología, diagnosticada de insuficiencia cardíaca y síncope. Durante su asistencia el médico responsable de su asistencia le solicita su consentimiento para colocarle una vía central para administrarle la medicación endovenosa que precisa para tratar su enfermedad.

La paciente no otorga dicho consentimiento. El médico responsable de la paciente en aquel momento se plantea si el hecho de que la Sra. Francisca, está hipotensa, sudorosa y disneica, hace que no se encuentre en ese instante en condiciones de poder dar su consentimiento.

El cardiólogo consulta con el CEA recabando su opinión sobre si era preciso obtener el consentimiento informado de la paciente para colocarle una vía central, dado el estado de salud en que se encontraba. Se pregunta si no hubiera sido más oportuno avisar a la familia de la enferma para hacerla partícipe de la decisión terapéutica a adoptar.

Se abre un debate entre los miembros del Comité de Ética, procediendo a revisar la Historia Clínica de la paciente.

Los diferentes vocales del Comité exponen las condiciones que debe reunir una persona para ser considerada capaz para poder decidir por sí misma en el ámbito del consentimiento informado, así como de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, LET, y de cuál es la actuación más indicada en el presente caso.

Una vez acabadas las deliberaciones los miembros del Comité acuerdan una resolución que harán llegar al Jefe del Servicio de Cardiología.

## Conceptos presentes.

### Síncope<sup>8</sup>.

Es una breve pérdida del conocimiento debido a una disminución del flujo sanguíneo al cerebro. El episodio dura menos de un par de minutos y se recupera de forma rápida y completa. El término médico para desmayo es síncope.

**Orden del 14 de diciembre de 1993 de acreditación de los Comités de ética asistencial, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Generalitat de Cataluña<sup>9</sup>.**

### Artículo 4

4.1 Los comités de ética asistencial asesorarán y tendrán funciones consultivas en las siguientes materias:

- a) Asesorar éticamente en decisiones puntuales, clínicas y sanitarias.
- b) Formular orientaciones y protocolos comunes de actuación en situaciones clínicas y sanitarias habituales que planteen problemas éticos.
- c) Organizar programas, cursos y cualesquiera otras actividades formativas en el ámbito de la bioética.

4.2 No son funciones propias de los comités peritar o manifestarse sobre las denuncias y reclamaciones presentadas contra la actividad asistencial.

**Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>10</sup>.**

### Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley...

---

<sup>8</sup> Disponible en [https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=sincope&\\_ga=2.11225908.1009582413.1548793470-1933587476.1548793470](https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=sincope&_ga=2.11225908.1009582413.1548793470-1933587476.1548793470) consultado 20190129.

<sup>9</sup> Disponible en [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/xarxa\\_comites/legislacio/ordre\\_14\\_desembre\\_1993.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/xarxa_comites/legislacio/ordre_14_desembre_1993.pdf), consultado 20190129.

<sup>10</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180606.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme al artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del

proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad de la paciente. ¿Es la paciente capaz para tomar decisiones?
2. Decisiones de sustitución. En caso de que la paciente no sea capaz de tomar decisiones, ¿debe ser el equipo sanitario -médicos, enfermeras- o bien la familia de la paciente quien tome la decisión por ésta?
3. Valoración de la capacidad. ¿Qué elementos deben tenerse en cuenta para valorar la capacidad de la paciente?
4. Rol del Comité de Ética. ¿Cuáles son las funciones del Comité de Ética? ¿Debe emitir una resolución a fin de generar una cultura ética en la Institución a través de la formación del personal sanitario?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Ante la duda sobre la capacidad de la paciente para decidir sobre las actuaciones sanitarias a realizar sobre su persona ¿debe decidir el equipo sanitario o bien la obligación de éste es contactar con sus familiares y/o allegados?

### **Principios éticos implicados.**

Principio ético de **autonomía**.

Criterios a tener en cuenta para considerar a un paciente capaz. La importancia de designar un representante "vital".

Principio ético de **justicia**.

Justificación y criterios de aplicación de recursos sanitarios.

Principio ético de **beneficencia**.

Paternalismo médico versus principio de autonomía.

Criterios de la decisión por sustituto: el mejor interés del representado.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Esperar a que la Sra. Francisca manifieste por sí misma su voluntad con respecto a la actuación terapéutica a seguir

Decidir en sesión clínica la actuación terapéutica que debe llevarse a cabo con respecto a la Sra. Francisca

#### **Cursos intermedios.**

Verificar que la Sra. Francisca no ha elaborado un Testamento Vital

Contactar con sus familiares y/o allegados para acordar la actuación terapéutica a seguir que siempre será en interés de ésta

### **Curso óptimo.**

Contactar con los familiares y/o allegados a la Sra. Francisca para acordar la actuación a seguir que siempre será en interés de ésta.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de la legalidad.**

La opción escogida respeta la normativa en vigor en relación con la capacidad de decisión del paciente, por lo que es plenamente respetuosa con la misma.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La opción adoptada por parte del CEA es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

La decisión adoptada es la adecuada con el estado de salud de la Sra. Francisca en el momento actual. En el caso de variar éste la decisión deberá ajustarse a su capacidad de decisión en dicho momento.

### **Resolución adoptada por el Comité de Ética.**

Revisado por este Comité el caso clínico de la Sra. Francisca, presentado por el servicio de Cardiología, se ha adoptado la siguiente resolución por unanimidad de sus miembros:

Ante la duda sobre la capacidad de decidir de la paciente, motivo de la presente consulta a este Comité, entendemos que el estado de la paciente, derivado de la hipotensión, sudoración y disnea que presentaba en el momento de ser atendida, requería la certidumbre de que fuera plenamente competente y/o, en todo caso, reforzar esta impresión contactando con sus familiares y/o allegados de manera inmediata.

**Caso 3. La objeción de conciencia, derecho individual o institucional.  
Paciente Testigo de Jehová.  
El Señor Jesús.**

**Hechos.**

Informa el Señor Presidente del CEA a los vocales sobre el caso clínico relativo a un paciente del Servicio de Medicina Interna del Hospital, afecto de una lesión sangrante a nivel de colon y de un angor hemodinámico.

El paciente comunica a su equipo médico que es Testigo de Jehová. El tratamiento que podría precisar conllevaría la práctica de una intervención quirúrgica para la que sería necesario restablecer sus niveles de hemoglobina mediante la administración de hierro, además de la posibilidad de requerir la administración de componentes sanguíneos.

Por parte del equipo quirúrgico, integrado por cirujanos y anestesistas, se acuerda no llevar a cabo la intervención quirúrgica si el paciente no acepta ser transfundido.

Se plantea al Comité de Ética la posibilidad de que el equipo médico y/o quirúrgico se declare objetor de conciencia en este caso.

El Presidente informa que en la mayoría de los casos estas intervenciones quirúrgicas se realizan sin necesidad de realizar transfusiones. Indica asimismo que el protocolo del Hospital relativo a los Testigos de Jehová es autonomista, respetando la voluntad del paciente de no ser transfundido, si éste es competente para tomar decisiones.

## Conceptos presentes.

### Testigo de Jehová<sup>11, 12, 13.</sup>

“La Biblia indica que Jehová es el nombre de Dios (Éxodo 6:3; Salmo 83:18). Y un testigo es alguien que da fe de un hecho o lo proclama. Pues bien, como somos cristianos que proclamamos la verdad acerca de Jehová, la denominación *testigos de Jehová* nos encaja muy bien (Revelación [Apocalipsis] 4:11)...

“¿Por qué no aceptan transfusiones de sangre los testigos de Jehová?

Es debido a razones religiosas, más bien que médicas. Tanto el Antiguo como el Nuevo Testamento nos mandan abstenernos de la sangre (Génesis 9:4; Levítico 17:10; Deuteronomio 12:23; Hechos 15:28, 29). Además, para Dios, la sangre representa la vida (Levítico 17:14). Así que los Testigos obedecemos el mandato bíblico de abstenernos de la sangre por respeto a Dios, quien nos dio la vida.

Hubo un tiempo en que los profesionales de la salud pensaban que la medicina sin sangre -conjunto de estrategias para evitar las transfusiones- era muy arriesgada y hasta tildaban de suicidas a los pacientes que la solicitaban. Pero ese punto de vista ha cambiado en los últimos años. Por ejemplo, en 2004 se publicó en una revista de medicina un artículo que decía: “Muchas de las técnicas que se han ideado para tratar a los testigos de Jehová serán la norma en los próximos años”.\* Y en 2010, el libro *Medicina transfusional* señaló que gracias a estas técnicas “conseguiremos que la llamada ‘cirugía sin sangre’ sea algo tan cotidiano y habitual como la cirugía ambulatoria”.

Miles de médicos de todo el mundo están utilizando técnicas de ahorro de sangre para efectuar operaciones complejas sin transfusiones. Dichas alternativas se encuentran disponibles hasta en países de escasos recursos, y muchas personas que no son Testigos las solicitan.”

### Objeción de conciencia.

Para el Diccionario de la Real Academia<sup>14</sup> la objeción (del lat. *obiectio*, *-ōnis*) de conciencia es la negativa a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos.

---

<sup>11</sup> Disponible en <http://www.jw.org/es/>, página oficial de los testigos de Jehová, consultado 20180605.

<sup>12</sup> Disponible en <http://www.jw.org/es/testigos-de-jehov%C3%A1/preguntas-frecuentes/nombre-testigos-de-jehov%C3%A1/>, consultado 20180605.

<sup>13</sup> Disponible en [https://www.jw.org/es/testigos-de-jehov%C3%A1/preguntas-frecuentes/testigos-de-jehov%C3%A1-transfusiones-de-sangre/#?insight\[search\\_id\]=7e969ac7-5658-4cd0-9b32-6f1954381871&insight\[search\\_result\\_index\]=0](https://www.jw.org/es/testigos-de-jehov%C3%A1/preguntas-frecuentes/testigos-de-jehov%C3%A1-transfusiones-de-sangre/#?insight[search_id]=7e969ac7-5658-4cd0-9b32-6f1954381871&insight[search_result_index]=0), consultado 20190210,

<sup>14</sup> Disponible en <http://dle.rae.es/?w=diccionario>, consultado 20180605.

En el ámbito ético la objeción de conciencia hace referencia a la negativa a llevar a cabo una actuación a la que en condiciones normales vendríamos obligados, precisamente en razón de que atenta contra nuestra conciencia.

En el caso del Testigo de Jehová se niega a recibir componentes sanguíneos por motivos religiosos -de conciencia- y cabe que la persona que debe darle atención sanitaria se niegue a dársela por entender que atenta contra su conciencia realizar unas actuaciones sanitarias en las que si no se administran componentes sanguíneos -por ejemplo un concentrado de hemáties- caso de ser necesarios, el paciente podría fallecer en el curso de la intervención quirúrgica, cosa que no sucedería si se dejara trasfundir.

La objeción de conciencia, regulada en el artículo 16 de la Constitución española y en cuanto derecho fundamental, es directamente invocable ante los tribunales. Los Códigos Deontológicos de las profesiones sanitarias -médicos y enfermeras- reconocen la misma en su articulado.

Dice así el artículo 16 de la **Constitución española**<sup>15</sup> de 1978:

#### **“Artículo 16**

1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley.
2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.”

En relación con la posibilidad de la objeción de conciencia por parte de un Servicio médico, en este caso el Servicio de Anestesia, o el de Cirugía, puede ser de auxilio, por analogía, la regulación del derecho a la objeción de conciencia en la **Ley Orgánica 2/2010**<sup>16</sup>, de salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo, que en su **artículo 19**, apartado 2, dispone:

“2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. **El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito.** En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo

---

<sup>15</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>, consultado 20180605.

<sup>16</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>, consultado 20180605.

precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.”

Cabe concluir que no existe la posibilidad de la objeción de conciencia por parte de un servicio, sino que dicha objeción, en tanto que es un derecho personal e individual, debe ser ejercido por cada uno de los profesionales implicados en la actuación en concreto -participación en una interrupción voluntaria del embarazo, atención sanitaria a un paciente que se declara Testigo de Jehová y se niega a recibir transfusiones sanguíneas, etc-.

### **Algunos problemas éticos.**

1. ¿Tiene derecho el paciente a obligar al profesional sanitario a actuar siempre de acuerdo con sus deseos a nivel sanitario?
2. ¿Tiene derecho el paciente a pedir una actuación terapéutica que puede comprometer su vida?
3. ¿Está el profesional sanitario obligado a respetar siempre y en todo caso las indicaciones del paciente o cabe que se niegue a actuar de acuerdo con sus deseos si piensa que ello puede poner en riesgo su integridad vital?
4. ¿Cabe la objeción de conciencia como derecho “institucional” o bien es un derecho personalísimo que debe ser ejercido individualmente?

### **Problema ético objeto de discusión.**

En el caso de un paciente mayor de edad, consciente, orientado y capaz, éste puede solicitar la práctica de una actuación terapéutica determinada, o pedir su interrupción, aunque ello pueda poner en compromiso incluso su integridad vital, siempre y cuando su decisión esté respaldada por la ley.

### **Principios éticos implicados.**

#### **Principio ético de justicia.**

Justificación y criterios de aplicación de recursos sanitarios.

Puede darse una discriminación positiva al atender al Testigo de Jehová, ofreciéndole recursos que no se ofrecen a otros pacientes.

#### **Principio ético de autonomía.**

Capacidad del paciente para decidir sobre el tratamiento disponible que quiere recibir, e incluso de negarse al mismo con el riesgo de perder la vida.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

No intervenir al Señor Jesús, dado que no acepta el protocolo asistencial establecido para las personas con su patología.

Actuar de acuerdo con los requerimientos del Señor Jesús, aplicando todos los medios técnicos disponibles para llevar a cabo la cirugía sin sangre que proponen los Testigos de Jehová.

#### **Cursos intermedios.**

Valorar si en este caso concreto se puede prescindir de las técnicas de transfusión establecidas en el protocolo de intervención de manera sistemática, como previsión de posibles consecuencias que no tendrían por qué conllevar un riesgo vital.

Administrar al Sr. Jesús, si lo acepta, medicamentos que estimulen la formación de glóbulos rojos, eritrocitos, como puede ser la eritropoyetina, para mejorar su fórmula sanguínea y disminuir su necesidad de recibir transfusiones.

#### **Curso óptimo.**

Se opta por revisar el protocolo de intervención quirúrgica determinando que la necesidad de transfusión sanguínea en su caso es muy remota y que el riesgo asociado a intervenir sin aporte sanguíneo es mínimo.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La opción escogida respeta la normativa actualmente vigente sobre la capacidad del paciente para dar su consentimiento a una actuación terapéutica

#### **-Prueba de la publicidad.**

El curso de acción escogido se puede defender públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

De acuerdo con los conocimientos técnicos actuales esta opción es correcta. Si se produjeran avances científicos en relación con los componentes sanguíneos -por ejemplo, obtención de sangre "artificial"- sería preciso conocer el posicionamiento de los Testigos de Jehová al respecto.

#### **Caso 4. Criterios de actuación sanitaria en contra de la voluntad del paciente: riesgo para su integridad.**

**El Señor Julián.**

##### **Hechos.**

El Sr. Julián es un paciente de 80 años, ingresado en el hospital por un ICTUS isquémico que le ha dejado como secuelas una disartria, paraplejia e incontinencia de esfínteres.

Ha sido valorado por el neurólogo.

Durante su ingreso, se han practicado medidas de contención física dado que se arrancaba los sueros, sobretodo de noche

Ante la sospecha de un síndrome confusional se ha solicitado interconsulta con el Servicio de Psiquiatría. El psiquiatra en su valoración indica que el paciente no presenta signos ni síntomas de delirio y que es competente para decidir.

El paciente se niega a comer y su esposa solicita que se respeten los derechos de su esposo. Asimismo, solicita que el caso de su marido sea valorado por el Comité de Ética Asistencial.

Por su parte el hijo del paciente entiende, en contra de la opinión tanto de su padre enfermo como de su madre que lo acompaña, que hay que obligar a su padre a la ingesta y a tomarse la medicación.

Los miembros del Comité debaten el caso clínico presentado, haciendo énfasis en cuáles deben ser los límites de actuación, de los profesionales sanitarios, en relación con un paciente que se niega a comer y a tomar la medicación que tiene pautada, si se puede ir en contra de su voluntad y/o capacidad de autonomía y si, llegado el caso, se le puede forzar a alimentarse.

## Conceptos presentes.

### ICTUS<sup>17</sup>

“Un ataque cerebral es una emergencia médica. Hay dos tipos: Isquémico y hemorrágico. El ataque cerebral isquémico es el tipo más común. En general, es causado por un coágulo sanguíneo que bloquea o tapa un vaso sanguíneo en el cerebro. Esto evita que la sangre fluya hacia éste órgano. En cuestión de minutos, las células del cerebro comienzan a morir. Otra causa es la estenosis o estrechamiento arterial. Esto puede suceder debido a la aterosclerosis, enfermedad en la que se acumula placa en las arterias. Los ataques isquémicos transitorios se producen cuando la sangre no llega al cerebro por unos instantes. Tener un ataque isquémico transitorio puede significar que la persona está en riesgo de sufrir un derrame cerebral más grave.

Los síntomas de un derrame cerebral son:

- Entumecimiento o debilidad repentina de la cara, brazo o pierna (especialmente en un lado del cuerpo).
- Confusión repentina, dificultad para hablar o entender el lenguaje.
- Dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos.
- Problemas para caminar repentinamente, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación.
- Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida.

Es importante tratar los ataques cerebrales lo más rápido posible. Los anticoagulantes pueden usarse para detener un derrame cerebral mientras está ocurriendo, disolviendo en forma rápida el coágulo de sangre. La rehabilitación tras un accidente cerebrovascular puede ayudar a las personas a superar las discapacidades causadas por la apoplejía, o ataque cerebral.”

### Delirio<sup>18</sup>

“Es una confusión grave y repentina debido a cambios rápidos en la actividad cerebral que ocurren con enfermedad física o mental.”

### Causas

“El delirio es causado con mayor frecuencia por enfermedad física o mental y, por lo general, es temporal y reversible. Muchos trastornos lo causan. Con frecuencia, las afecciones son las que no le permiten al cerebro recibir oxígeno u otras sustancias.

Las causas abarcan:

- Abstinencia de alcohol o de sedantes.
- Drogadicción.
- Desequilibrios de electrolitos u otros químicos corporales.
- Infecciones urinarias o la neumonía (más probable en personas que ya tienen daño cerebral por accidente cerebrovascular o demencia).

---

<sup>17</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ischemicstroke.html>, consultado 20190211.

<sup>18</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000740.htm> consultado 20190211.

- Tóxicos.
- Cirugía.”

### **Contención mecánica<sup>19</sup>.**

“El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.”

En la actualidad las medidas de contención mecánica en un paciente ingresado en una institución sanitaria requieren de una orden médica previa, estando protocolizada dicha actuación en la mayoría de los centros sanitarios.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones?
2. Valoración de la capacidad. ¿Es el psiquiatra el profesional encargado de valorar la capacidad del paciente?
3. Decisiones de sustitución. ¿A quién debe, en este supuesto, tener en consideración el equipo asistencial al decidir la actuación a seguir en relación con este paciente? ¿Al paciente?, ¿Su cónyuge? ¿El hijo de ambos?
4. ¿En qué casos cabe establecer una nutrición forzada en un paciente que se niega a la ingesta de alimentos?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Si un paciente presenta un cuadro de agitación ¿debe ser considerado incapaz de tomar decisiones?

### **Principios éticos implicados.**

#### Principio ético de **autonomía**.

Capacidad del paciente para decidir sobre el tratamiento que quiere recibir, y negarse al mismo incluso con el riesgo de perder la vida.  
Representante del paciente

#### Principio ético de **no maleficencia**.

Medidas de contención mecánica.

---

<sup>19</sup> Protocolo de contención de pacientes, Hospital General Universitario de Alicante, 2009, disponible en <http://alicante.san.gva.es/documents/4450974/0/protoco-contencion-final.pdf> consultado 20190210.

### Principio ético de **beneficencia**.

Nutrición forzosa del paciente, supuestos legales: en los casos en que el paciente esté en una situación administrativa determinada -en concreto, en presidiarios, el Tribunal Constitucional entiende que la administración penitenciaria tiene que preservar la integridad física del interno, a diferencia de los supuestos en que la persona que se niega a comer no está privada de libertad: en este caso si está en plenas facultades mentales, no cabe implementar la alimentación forzosa-.

Ver la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio de 1990, Fundamentos Jurídicos 6, 7 y 8<sup>20</sup>.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Alimentar y administrar al Sr. Julián la nutrición y la medicación prescrita por el facultativo aún en contra de su voluntad, adoptando, si es preciso, medidas de contención mecánica y colocación de sonda nasogástrica.

Dejar de dar toda alimentación y medicación al Señor Julián, de acuerdo con su voluntad.

#### **Cursos intermedios.**

Dar soporte afectivo y personal al Señor Julián por parte de los profesionales que están a su cuidado, para hacerle cambiar paulatinamente de actitud y que acceda progresivamente a alimentarse y a tomar la medicación que tiene pautada por el médico.

Integrar a la familia del Sr. Julián, mujer e hijo, en sus cuidados, para que el mismo se vea atendido y querido, ayudando de esta manera a que cambie de actitud.

#### **Curso óptimo.**

Buscar la colaboración de la familia -cónyuge e hijo en este caso-, a la par que dedicar más tiempo a la atención a este paciente, por parte de los profesionales, para convencerle de la necesidad de seguir el tratamiento médico y nutrirse de manera adecuada.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La opción adoptada por el CEA respeta la normativa vigente toda vez que respeta la voluntad del Sr. Julián, capaz para decidir por sí mismo de acuerdo con la valoración realizada por el Psiquiatra.

---

20

Disponbile en <http://hj.tribunalconstitucional.es/eu/Resolucion/Show/1545>, consultado 20180605.

**-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida por el Comité es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

La decisión adoptada por el Comité se ajusta a las circunstancias en que actualmente se encuentra el Sr. Julián. En caso de variar su estado habría que revalorar si la opción escogida es la óptima de cara a las nuevas circunstancias.

**Resolución del Comité de Ética:**

En este caso el Comité Ética entiende que el curso de acción óptimo acordado opta por buscar la colaboración de la familia -cónyuge e hijo-, a la par que dedicar más tiempo a la atención de este paciente para convencerle de la necesidad de seguir el tratamiento médico y nutrirse de manera adecuada.

Este curso de acción permite superar las pruebas de legalidad, publicidad y del tiempo: es un curso de acción respetuoso con la legalidad, al que se puede dar publicidad y, pasado un tiempo, ante el mismo supuesto se volvería a adoptar la misma resolución.

Por otra parte, el Comité de Ética tiene en consideración que en este caso el paciente no presenta signos de delirio ni de depresión endógena, con lo que conserva íntegra su capacidad de decisión.

**Caso 5. Cirugía sin sangre.  
La Señora Mónica.**

**Hechos.**

La Señora Mónica, paciente de 75 años de edad, viuda, informa en el momento de su ingreso en el Servicio de Cirugía, para someterse a una intervención quirúrgica por una tumoración intestinal, que es Testigo de Jehová. La paciente presenta altos niveles de hemoglobina.

Los servicios de Cirugía y Anestesia del centro han decidido no proceder a la intervención quirúrgica si la enferma no firma el documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica que se le propone.

La familia de la paciente, por su parte, se niega a que se le den el alta asistencial hasta que no quede solucionado el tema de la intervención quirúrgica.

Consultado el Comité de Ética Asistencial, el mismo procede a hablar con los anestesiólogos y, tras llegar a un acuerdo, se interviene quirúrgicamente a la paciente, siendo el post-operatorio de la misma satisfactorio.

## Conceptos presentes.

### Hemoglobina<sup>21</sup>.

La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.

Valores normales.

Los resultados normales para los adultos varían, pero en general son:

- Hombre: de 13.8 a 17.2 gramos por decilitro (g/dL)
- Mujer: de 12.1 a 15.1 g/dL

### Cirugía sin sangre<sup>22</sup>

“... El artículo “Reemplazo cuádruple de articulaciones principales en miembro de testigos de Jehová” (*Orthopaedic Review*, agosto de 1986) consideró el caso de un paciente anémico que había experimentado un “grado avanzado de destrucción en ambas rodillas y caderas”. Se empleó, con éxito, dextrán con hierro antes y después de la cirugía. La revista *British Journal of Anaesthesia* (1982) informó acerca de un Testigo de 52 años de edad cuyo nivel de hemoglobina era de menos de 10. Mediante anestesia hipotensiva para minimizar la pérdida de sangre, se sometió a la paciente a un reemplazo total de cadera y de hombro. En la Universidad de Arkansas (E.U.A.), un grupo quirúrgico también utilizó este método en cien reemplazos de cadera en Testigos, y todos los pacientes se recuperaron. El profesor a cargo de aquel departamento comentó: “Lo que aprendimos de estos pacientes (Testigos) ahora lo aplicamos a todos los pacientes en quienes ejecutamos un reemplazo total de cadera”.

La conciencia de algunos Testigos les permite aceptar trasplantes de órganos si esto se efectúa sin sangre. En un informe de 13 trasplantes de riñones se llegó a esta conclusión: “Los resultados generales sugieren que se puede efectuar un trasplante renal sin riesgo y con eficacia en la mayoría de los Testigos de Jehová” (*Transplantation*, junio de 1988). Igualmente, el rechazo de transfusiones de sangre no ha impedido el éxito ni siquiera en trasplantes de corazón.

‘¿Y qué hay de otros tipos de cirugía sin sangre?’, quizás se pregunte usted. *Medical Hotline* (abril-mayo de 1983) informó de operaciones en “Testigos de Jehová en quienes se efectuó cirugía mayor de tipo ginecológico y obstétrico [en la Universidad Estatal de Wayne, E.U.A.] sin transfusiones de sangre”. Este boletín informó: “No hubo más muertes ni complicaciones que en el caso de las mujeres que fueron sometidas a operaciones similares con transfusión de sangre”. Entonces el boletín comentó: “Los resultados de este estudio pudieran justificar un reexamen del uso de la sangre en intervenciones obstétricas y ginecológicas”.

---

<sup>21</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003645.htm>, consultado 20190219.

<sup>22</sup> Disponible en <https://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/1101990002>, consultado 20190219.

**Los Testigos no aceptan transfusiones de sangre, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo.** En cuanto a fracciones menores, tales como la globulina inmunológica, véase *La Atalaya* del 1 de junio de 1990, páginas 30, 31.”

### **Consentimiento informado.**

En relación al consentimiento informado el artículo 8 de la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**<sup>23</sup>, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dispone:

#### **Artículo 8. Consentimiento informado.**

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general.  
Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

### **Funciones del Comité de Ética Asistencial.**

De acuerdo con la Orden de 14 de diciembre de 1993 de acreditación de los Comités de ética asistencial<sup>24</sup>, del ámbito catalán, del Departamento del Salud de la Generalitat de Cataluña, las funciones de los mismos son:

#### Artículo 4

4.1 Los comités de ética asistencial asesorarán y tendrán funciones consultivas en las siguientes materias

- a) Asesorar éticamente en decisiones puntuales, clínicas y sanitarias.

---

<sup>23</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180605.

<sup>24</sup> Disponible en [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/xarxa\\_comites/legislacio/ordre\\_14\\_desembre\\_1993.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/xarxa_comites/legislacio/ordre_14_desembre_1993.pdf), consultado 20190219

- b) Formular orientaciones y protocolos comunes de actuación en situaciones clínicas y sanitarias habituales que planteen problemas éticos.
- c) Organizar programas, cursos y cualesquiera otras actividades formativas en el ámbito de la bioética.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones?
2. Discriminación positiva por motivos religiosos: ¿Debe el Sistema Público de Salud acomodarse a las demandas de los usuarios basadas en motivos religiosos?
3. Prestaciones del Sistema Público de Salud. ¿Debe el Sistema Público de Salud definir con exactitud cuáles son sus prestaciones?
4. Rol del Comité de Ética ¿Debe el Hospital disponer de un Comité de urgencia o de un Consultor de ética para dar recomendaciones en estas situaciones?

### **Problema ético objeto de discusión.**

En el caso de un paciente mayor de edad, consciente, orientado y capaz, éste puede pedir la práctica de una actuación terapéutica determinada, o la suspensión de la misma, aunque ello ponga en riesgo su integridad vital, siempre y cuando su decisión esté respaldada por la ley.

El Comité de Ética Asistencial tiene entre sus funciones la de asesorar éticamente en decisiones puntuales, clínicas y sanitarias.

### **Principios éticos implicados.**

#### **Principio ético de autonomía.**

Capacidad de la paciente para decidir sobre el tratamiento que quiere recibir, e incluso de negarse al mismo incluso con el riesgo de perder la vida.

En el documento de consentimiento informado que firme el Testigo de Jehová se debe hacer constar expresamente que se niega a la administración de cualquier componente sanguíneo, aun a riesgo de perder su vida, que ha sido informado de ello y que exonera de toda responsabilidad legal al equipo asistencial.

#### **Principio ético de no maleficencia.**

Caso de proceder a la intervención quirúrgica sin seguir el protocolo que prevé la posibilidad de tener que administrar una transfusión sanguínea, ¿Somos maleficentes?

### **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

No intervenir a la Señora Mónica, dado que no acepta el protocolo asistencial establecido para las personas con su patología.

Actuar de acuerdo con la voluntad de la Señora Mónica, aplicando todos los medios técnicos disponibles para llevar a cabo la cirugía sin sangre, que proponen los Testigos de Jehová.

### **Cursos intermedios.**

Valorar si en este caso concreto se puede prescindir de llevar a cabo las técnicas de transfusión establecidas en el protocolo de intervención quirúrgica de manera sistemática, en previsión de posibles consecuencias que no tendrían por qué conllevar un riesgo vital.

Administrar a la Sra. Mónica, si lo acepta, medicamentos que estimulen la formación de glóbulos rojos, eritrocitos, como puede ser la eritropoyetina, para mejorar su fórmula sanguínea y disminuir la necesidad de recibir transfusiones. Proceder a un seguimiento pormenorizado de su evolución durante y tras la intervención quirúrgica que sea especialmente atento a prevenir y disminuir, caso de producirse, las posibles pérdidas sanguíneas.

### **Curso óptimo.**

Se opta por revisar conjuntamente, por parte del equipo de cirugía y anestesia y el Comité de Ética Asistencial, el protocolo de intervención determinando que la necesidad de transfusión sanguínea en su caso es muy remota y que el riesgo asociado a intervenir sin aporte sanguíneo es mínimo.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La opción escogida respeta la normativa actualmente vigente sobre la capacidad del paciente para dar su consentimiento a una actuación terapéutica.

#### **-Prueba de la publicidad.**

El curso de acción escogido se puede defender públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

De acuerdo con los conocimientos técnicos actuales esta opción es correcta. Si se produjeran avances científicos en relación con los componentes sanguíneos -por ejemplo, obtención de sangre "artificial"- sería preciso conocer el posicionamiento de los Testigos de Jehová al respecto.

## **Caso 6. Consentimiento informado: paciente incapaz a criterio del médico responsable.**

**La Sra. Aurelia.**

### **Hechos.**

La Sra. Aurelia es una paciente de 82 años de edad diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2, arteriopatía periférica en extremidades inferiores y paranoia. Presenta una isquemia en un dedo del pie. Debido a dicha isquemia está indicada la amputación del dedo, a lo que la paciente se niega.

En la valoración de la paciente, llevada a cabo por el Psiquiatra, se indica que presenta desorientación temporal, lo cual puede sugerir la existencia de una patología paranoide y hacer de ella una persona con las facultades volitivas y cognitivas alteradas. La paciente no ha escrito ningún documento de voluntades anticipadas y no tiene designado un representante vital.

Se plantea al Comité de Ética Asistencial quién debe adoptar las decisiones terapéuticas que hay que llevar a cabo en relación con la Sra. Aurelia.

Se abre el debate entre los vocales del CEA y por parte de una vocal se indica que en caso de decidir optar por la amputación del dedo del pie mediante intervención quirúrgica, se necesitaría una autorización judicial.

Otro vocal del Comité de Ética indica que en caso de urgencia vital no es preciso obtener el consentimiento de la paciente, procediendo a realizar el equipo médico las actuaciones que considere necesarias por el bien de la enferma.

Con independencia de todo ello, si bien en la actualidad cabe no tener que hacer de manera inmediata la amputación, existe la posibilidad de que en un futuro se tenga que volver a plantear.

## Conceptos presentes.

### Diabetes tipo 2<sup>25</sup>.

“La diabetes significa que la glucosa en la sangre, también llamada azúcar en la sangre, está muy alta. Con la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no produce o no usa bien la insulina. La insulina es una hormona que ayuda a la glucosa a entrar a las células para darles energía. Sin insulina hay demasiada glucosa en la sangre. Con el tiempo, un nivel alto de glucosa en la sangre puede causar problemas serios en el corazón, los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes.

Existe un riesgo mayor de tener diabetes tipo 2 si la persona es adulto mayor, tiene obesidad, historia familiar de diabetes o no hace ejercicio. Sufrir de pre-diabetes también aumenta ese riesgo. Las personas que tienen pre-diabetes tienen un nivel de azúcar más alto del normal pero no lo suficiente como para ser considerados diabéticos. Si está en riesgo de diabetes tipo 2, la persona podría retrasarla o prevenir su desarrollo al hacer unos cambios en su estilo de vida.”

### Pie diabético, complicaciones de la diabetes a largo plazo<sup>26</sup>.

“La diabetes lleva a que el nivel de azúcar en la sangre sea superior a lo normal. Después de muchos años, esta situación puede causar problemas en el cuerpo. Puede causar daño a los ojos, riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos.

- Podrían aparecerle úlceras e infecciones en los pies y la piel. Si esto sigue por mucho tiempo, es posible que sea necesario amputar el pie o la pierna. La infección también puede causar dolor y comezón en otras áreas.
- La diabetes puede dificultar el control de la presión arterial y colesterol, lo cual puede llevar a un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y otros problemas. Puede hacerse más difícil que la sangre circule hacia las piernas y los pies.”

### Representante<sup>27</sup>.

#### **Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, artículo 5,**

Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante

---

<sup>25</sup> Disponible <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>, consultado 20180605.

<sup>26</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000327.htm>, consultado 20180605.

<sup>27</sup> Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>, consultado 20180605.

una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

### **Incapacitación judicial<sup>28</sup>.**

#### **Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.**

### **CAPÍTULO II, De los procesos sobre la capacidad de las personas.**

#### **Artículo 756. Competencia.**

Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

#### **Artículo 757. Legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad.**

1. La declaración de incapacitación puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz.

2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.

3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

4. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

5. La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes legales, lo hará el Ministerio Fiscal.

#### **Artículo 758. Personación del demandado.**

El presunto incapaz o la persona cuya declaración de prodigalidad se solicite pueden comparecer en el proceso con su propia defensa y representación.

Si no lo hicieren, serán defendidos por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento. En otro caso, el Letrado de la Administración de Justicia les designará un defensor judicial, a no ser que estuviere ya nombrado.

---

<sup>28</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>, consultado 20190223.

### **Artículo 759. Pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación.**

1. En los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el tribunal oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal.

2. Cuando se hubiera solicitado en la demanda de incapacitación el nombramiento de la persona o personas que hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él, sobre esta cuestión se oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, a éste, si tuviera suficiente juicio, y a las demás personas que el tribunal considere oportuno.

3. Si la sentencia que decida sobre la incapacitación fuere apelada, se ordenará también de oficio en la segunda instancia la práctica de las pruebas preceptivas a que se refieren los apartados anteriores de este artículo.

### **Artículo 760. Sentencia.**

1. La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, y se pronunciará, en su caso, sobre la necesidad de internamiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 763.

2. En el caso a que se refiere el apartado 2 del artículo anterior, si el tribunal accede a la solicitud, la sentencia que declare la incapacitación o la prodigalidad nombrará a la persona o personas que, con arreglo a la Ley, hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él.

3. La sentencia que declare la prodigalidad determinará los actos que el pródigo no puede realizar sin el consentimiento de la persona que deba asistirle.

### **Artículo 761. Reintegración de la capacidad y modificación del alcance de la incapacitación.**

1. La sentencia de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un nuevo proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida.

2. Corresponde formular la petición para iniciar el proceso a que se refiere el apartado anterior, a las personas mencionadas en el apartado 1 del artículo 757, a las que ejercieren cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, al Ministerio Fiscal y al propio incapacitado. Si se hubiera privado al incapacitado de la capacidad para comparecer en juicio, deberá obtener expresa autorización judicial para actuar en el proceso por sí mismo.

3. En los procesos a que se refiere este artículo se practicarán de oficio las pruebas preceptivas a que se refiere el artículo 759, tanto en la primera instancia como, en su caso, en la segunda. La sentencia que se dicte deberá pronunciarse sobre si procede o no dejar sin efecto la incapacitación, o sobre si deben o no modificarse la extensión y los límites de ésta.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Quién debe decidir por el paciente si éste está incapacitado judicialmente?

2.. Valoración de la capacidad. ¿Es el psiquiatra el profesional encargado de valorar la capacidad del paciente?

3.. Decisiones de sustitución. Criterios a seguir en la toma de decisiones por sustituto: el mejor interés del incapaz.

4. Decisiones en pacientes con enfermedad mental incapacitados judicialmente. Necesidad de autorización judicial. Supuestos de exención de necesidad de consentimiento informado: Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

### **Problema ético objeto de discusión.**

¿Quién debe adoptar las decisiones terapéuticas en el caso de un enfermo incapacitado judicialmente?

### **Principios éticos implicados.**

Principio ético de **autonomía**.

Decisión por sustituto, criterios de la decisión por sustituto.

Personas que pueden hacer la función de sustituto: representante vital, representante legal, familiares, allegados, médico responsable, autoridad judicial.

Principio ético de **no maleficencia**.

*Primum non nocere*, antes que nada, evitar el daño.

Principio ético de **beneficencia**.

Hacer el bien para el paciente. Paternalismo.

### **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

No llevar a cabo la amputación necesaria desde un punto de vista médico, aunque ello pueda comprometer la vida de la Sra. Aurelia.

Proceder a la amputación, recabando la autorización judicial pertinente, aún en contra de la voluntad de la Sra. Aurelia.

### **Cursos intermedios.**

Demorar la amputación en la medida de lo posible, intentando en dicho lapso de tiempo correspondiente convencer a la Sra. Aurelia de la necesidad, pese a lo traumático, de la amputación propuesta.

Explicar a la Sra. Aurelia la actuación terapéutica a seguir -en este caso amputación del dedo del pie- indicando que tiene sus riesgos e inconvenientes, se lleva a cabo para mantener y/o mejorar su estado de salud. Si no se consigue hay que solicitar autorización judicial.

### **Curso óptimo.**

El CEA opta en este caso por explicar a la Sra. Aurelia la actuación terapéutica que hay que seguir -amputación del dedo del pie- indicando que, aunque tiene sus riesgos e inconvenientes, se lleva a cabo para mantener y/o mejorar su estado de salud. Si no se consigue su acuerdo hay que solicitar autorización judicial.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **Prueba de legalidad.**

La opción escogida por el CEA respeta la normativa actualmente reguladora del consentimiento informado en el paciente incapacitado judicialmente.

#### **Prueba de la publicidad.**

La opción escogida por el Comité es defendible públicamente.

#### **Prueba del tiempo.**

La decisión adoptada es similar a la que se adoptaría pasado un tiempo si la Sra. Aurelia sigue estando incapacitada judicialmente.

## **Caso 7. Testamento Vital. El Señor Ignacio.**

### **Hechos.**

Es invitado a la sesión del Comité de Ética Asistencial el Jefe de la Guardia del Servicio de Urgencias, que explica el caso clínico del Sr. Ignacio, paciente de 75 años, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 y valvulopatía periférica, con gangrena que afecta todo el empeine del pie izquierdo.

El tratamiento que requiere el Sr. Ignacio es la amputación del tercio del pie izquierdo gangrenado.

El Sr. Ignacio afirma que ha redactado un Testamento Vital en el que especifica que no acepta ninguna amputación. Sin embargo, no hay constancia del mismo.

Un vocal del Comité de Ética indica que debería solicitarse al Registro Autonómico de Documentos de Instrucciones Previas pertinente la constancia sobre la existencia o no del Testamento Vital, para poder actuar en consecuencia.

El Comité decide finalmente hablar con el Sr. Ignacio para conocer personalmente su opinión.

Tras la reunión del CEA, el Señor Presidente del Comité de Ética se pone en contacto personalmente con el Sr. Ignacio, y le hace ver la necesidad de encontrar el documento de últimas voluntades para seguir lo indicado en el mismo por él, en el supuesto de que por su estado de salud no lo pudiera manifestar él mismo personalmente.

También el Sr. Presidente explica al Sr. Ignacio el tratamiento que precisa para la zona gangrenada del pie y la necesidad de llevar a cabo la amputación, actuación a la que el paciente finalmente accede.

## **Conceptos presentes.**

### **Amputación de un pie o una pierna<sup>29</sup>**

Es la extirpación de una pierna, del pie o de los dedos de los pies. Las amputaciones ocurren ya sea por cirugía, accidente o traumatismo.

Por qué se realiza el procedimiento.

Las razones para realizar una amputación de una extremidad inferior son:

- Traumatismo grave en la extremidad causado por un accidente.
- Flujo sanguíneo deficiente en la extremidad.
- Infecciones que no desaparecen o que empeoran y no pueden controlarse o curarse.
- Tumores de la extremidad inferior.
- Quemaduras graves o quemadura por frío graves.
- Heridas que no sanan.

### **Riesgos**

Los riesgos de cualquier cirugía son:

- Coágulos de sangre en las piernas que pueden viajar a los pulmones.
- Problemas respiratorios.
- Sangrado.

Los riesgos de esta cirugía son:

- Una sensación de que la extremidad todavía existe. Esto se denomina sensación del miembro fantasma. Algunas veces puede ser dolorosa. Eso se denomina dolor del miembro fantasma.
- La articulación más cercana a la parte que se amputa pierde su rango de movimiento, lo que hace que sea difícil moverla. Esto se denomina contractura articular.
- Infección de la piel o del hueso.
- La herida de la amputación no sana adecuadamente.

### **Pronóstico**

La recuperación y capacidad para desempeñarse después de una amputación dependen de muchos factores. Algunos de éstos son la razón de la amputación, si la persona tiene diabetes o flujo sanguíneo deficiente, y su edad. La mayoría de las personas aún pueden estar activas después de una amputación.

## **Testamento vital.**

### **Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente<sup>30</sup>.**

#### **Artículo 11. Instrucciones previas.**

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias

---

<sup>29</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007365.htm>, consultado 20180605.

<sup>30</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180605.

no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones?

2. Consulta e interpretación del Testamento Vital: ¿En qué ocasiones debe consultarse el Testamento Vital? ¿Debe seguir el personal asistencial todas las indicaciones especificadas en el mismo por parte de la persona que lo redactó?

3. Calidad de vida subjetiva/objetiva. ¿Debe prevalecer la calidad de vida percibida por el paciente de manera subjetiva, o por el contrario la calidad de vida objetiva medida a través de índices? Numerosos estudios demuestran que el médico tiende a valorar más la calidad de vida objetiva que la subjetiva.

4. El derecho del paciente a la información sanitaria: ¿Ha de ser siempre y en todo caso la información que recibe el paciente sobre su estado de salud “verdadera”?

### **Problema ético objeto de discusión.**

¿Debe prevalecer lo escrito por el paciente en un Testamento Vital frente a su manifestación de voluntad en caso de poder expresarse por sí mismo en el momento de decidir una actuación sanitaria?

### **Principios éticos implicados.**

Principio ético de **autonomía**.

Consentimiento informado, excepciones a la necesidad de consentimiento informado. Testamento Vital.

Principio ético de **beneficencia**.

Hacer el bien para el paciente. Paternalismo.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Aceptar la decisión del paciente de no someterse a la intervención quirúrgica, pese a que operarlo puede permitir alargar su vida y no comportaría un compromiso vital.

Comunicar al Juez la situación, solicitando autorice llevar a cabo la amputación, aún en contra de la voluntad del paciente, dado el riesgo que puede conllevar para su supervivencia el hecho de no realizarla.

#### **Cursos intermedios.**

Demorar la intervención quirúrgica en la medida en que lo permita el estado de salud del paciente.

Demorar la intervención quirúrgica en la medida en que lo permita el estado de salud del paciente, y ofrecerle el apoyo y la información precisa para que pueda sopesar, debidamente, las ventajas e inconvenientes de la decisión terapéutica aconsejada.

#### **Curso óptimo.**

Demorar la intervención quirúrgica en la medida en que lo permita el estado de salud del paciente, y ofrecerle el apoyo y la información precisa para que pueda sopesar, debidamente, las ventajas e inconvenientes de la decisión terapéutica aconsejada. Pese a que la amputación de parte del pie lesiona su integridad corporal, se trata de una actuación curativa que le permite seguir con vida.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La opción escogida por parte del CEA respeta la actual normativa reguladora tanto del consentimiento informado del paciente como del Testamento Vital.

#### **-Prueba de publicidad.**

La opción del CEA es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

Si el Sr. Ignacio está consciente y orientado se deben consultar con él personalmente las actuaciones terapéuticas a realizar. Sólo en el caso de no poder manifestarlo por sí mismo se debe consultar el Testamento Vital, que debe estar incorporado en todo caso en su Historia Clínica.

## **Caso 8. Consentimiento informado por representación, concreción del sustituto.**

### **La Señora Patricia.**

#### **Hechos.**

La Sra. Patricia es una paciente de 72 años de edad del Servicio de Medicina Infecciosa, diagnosticada de Alzheimer en grado 3 severo, con dependencia total para las actividades de la vida diaria, sepsis de origen urinario y úlceras por presión en grado 3.

A raíz de su ingreso su actual pareja de hecho plantea la necesidad de proceder a una Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), por su estado de salud y la mala evolución de su enfermedad.

Se presenta al Comité de Ética el caso clínico por parte del equipo médico responsable de la paciente, en relación con la Limitación del Esfuerzo Terapéutico a adoptar.

Se debate el caso clínico de la Sra. Patricia y los vocales del Comité coinciden en insistir en la necesidad de que se mejore la información dada a la familia, por parte del Servicio Médico responsable.

En el debate del caso en el Comité de Ética se cuestiona si las parejas de hecho cumplen los requisitos establecidos por la ley para que tenga validez legal su opinión. Y caso de no ser así, a qué familiar se debería consultar.

Otro vocal del Comité indica si la pareja de hecho de la Sra. Patricia no está formalmente legalizada, debería demostrarse la relación y su vinculación, de cara a pedir su opinión para determinar las actuaciones terapéuticas a llevar a cabo con la Sra. Patricia.

Finalmente, otro vocal entiende que de acuerdo con la normativa vigente la opinión familiar a tener en cuenta viene fijada en primer lugar por el representante designado en el Testamento Vital, seguidamente por el designado por el paciente fuera de dicho documento, el tutor legal caso de existir, y finalmente la familia, incluyendo, dentro de ésta, a la pareja de hecho.

## Conceptos presentes.

### Alzheimer<sup>31</sup>

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de demencia entre las personas mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades cotidianas.

La EA comienza lentamente. Primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Las personas con EA pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron recientemente o los nombres de personas que conocen. Un problema relacionado, el deterioro cognitivo leve, causa más problemas de memoria que los normales en personas de la misma edad. Muchos, pero no toda la gente con deterioro cognitivo leve, desarrollarán Alzheimer. Con el tiempo, en el Alzheimer, los síntomas empeoran. Las personas pueden no reconocer a sus familiares o tener dificultades para hablar, leer o escribir. Pueden olvidar cómo cepillarse los dientes o peinarse el cabello. Más adelante, pueden volverse ansiosos o agresivos o deambular lejos de su casa. Finalmente, necesitan cuidados totales. Esto puede ser muy estresante para los familiares que deben encargarse de sus cuidados.

### Fases o Etapas del Alzheimer

Según la Fundación Alzheimer España<sup>32</sup> son 3 las fases del Alzheimer, que se describen a continuación:

#### Fase Ligera

– Memoria: El enfermo olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas (relaciones o amigos), los objetos familiares. Tiene dificultades para seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas, no paga las facturas.

– Actividades de la vida diaria: Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas, incluso sus actividades profesionales. De hecho, todavía no está afectado más que por pérdida de memoria.

En esta fase, el enfermo todavía está bien. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.

#### Fase Moderada

– Memoria: se altera progresivamente. El enfermo olvida los sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer; acusa a sus amigos de abandonarlo porque no vienen a visitarlo. No puede asimilar o comprender los hechos nuevos: un matrimonio o el fallecimiento de un pariente. El recuerdo de hechos lejanos persiste, aunque los sitúe mal en el tiempo en que transcurrieron: el

---

<sup>31</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html> consultado 20190224.

<sup>32</sup> Disponible en <http://www.alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer>, consultado 20180605. Cada autor referente establece su propia categoría de las diferentes fases o etapas de evolución de la enfermedad.

enfermo pide noticias de su madre fallecida recientemente o menciona a personas a las que no ha visto desde hace años.

– Actividades de la vida diaria: Su creciente confusión hace que le resulte cada vez más difícil enfrentarse a la vida diaria.

No es capaz de elegir:

-entre sus ropas, pues se viste sin importarle como, y sin tener en cuenta la estación o los convencionalismos sociales;

-entre las etapas habituales de su baño o ducha: ¿cuándo quitarse la ropa?, ¿cuándo enjabonarse?, ¿cuándo secarse?

Pierde su autonomía ya que no puede conducir, ni viajar en metro o en autobús sin compañía. Se pierde incluso en un trayecto que le es familiar.

Puede dedicarse a actividades peligrosas para si mismo y para los demás como abrir la llave del gas sin encenderlo, u olvidar su cigarrillo y prender fuego por accidente.

El enfermo ha de ser vigilado las 24 horas del día, lo que significa que sus familiares deben prestarle atención constante.

### **Fase Severa:**

– Memoria: El enfermo olvida los hechos recientes y pasados. No reconoce a su cónyuge o a sus hijos. Sin embargo, conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que le cuida, le ayuda y le quiere. Este hecho debe estar siempre presente en la mente de quien se ocupa de él.

– Comportamiento: Su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación.

– Lenguaje y comprensión: El enfermo balbucea, repite palabras sin pies ni cabeza, y solo utiliza correctamente algunas palabras concretas. No comprende lo que se le dice.

– Coordinación de los gestos: No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece incontinencia.

– Actividades de la vida diaria: Han desaparecido totalmente. Con gran frecuencia permanece en la cama, lo que conduce a la aparición de llagas en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

La muerte sobreviene generalmente debido a una enfermedad asociada (cáncer, accidente cardíaco o vascular cerebral), a veces como consecuencia de permanecer encamado (infecciones de las llagas, infecciones respiratorias y o urinarias...).

### **Sepsis<sup>33</sup>**

La sepsis es una enfermedad grave. Ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana. Las sustancias químicas liberadas a la sangre para combatir la infección desencadenan una inflamación generalizada, lo que conduce a la formación de coágulos de sangre y la filtración de vasos sanguíneos. Esto causa un pobre flujo sanguíneo, lo que priva a los órganos de nutrientes y oxígeno. En los casos más serios, uno o más órganos puede fallar. En el peor de los casos, la presión arterial baja y el corazón se debilita, lo que lleva a un shock séptico.

<sup>33</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/sepsis.html> consultado 20190224.

## **Derecho a la información.**

**Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>34</sup>**

### **Artículo 4. Derecho a la información asistencial.**

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

### **Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.**

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

---

<sup>34</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180605.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

### **Decisión por sustituto.**

**Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte<sup>35</sup>.**

**Artículo 10. Derechos de las personas en situaciones de incapacidad respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.**

1. Cuando la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico o médica responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 12.2, se realizarán, por este orden, por la persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada, por la persona que actúe como representante legal, por el cónyuge o la cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal (...).

### **Algunos problemas éticos**

1. Decisiones por sustitución.
2. Futilidad y Limitación del Esfuerzo Terapéutico, limitación de medidas de soporte vital, orden de no reanimación cardiopulmonar, orden de no intubación orotraqueal, orden de no administración de drogas vasoactivas.
3. Testamento vital.
4. Eutanasia

### **Problema ético objeto de discusión.**

¿Es preciso un tratamiento activo de la patología aguda que presenta la Sra. Patricia o bien debe establecerse una Limitación del Esfuerzo Terapéutico orientada a proporcionarle confort?

### **Principios éticos implicados.**

Principio ético de **autonomía**.

Testamento Vital, designación de representante.

---

<sup>35</sup> Disponible en <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>, consultado 20180605.

Hay que tener en consideración que en este caso, se trata de una ley andaluza, que sólo puede servir a nivel orientativo fuera del ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza. En un supuesto concreto habrá que consultar la normativa autonómica y la legislación civil de la vecindad civil específica del paciente.

Principio ético de **beneficencia**.

Hacer el bien para el paciente.

Principio ético de **no maleficencia**.

Evitar daño al paciente: Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

**Cursos de acción.**

**Cursos extremos.**

Mantener con vida a la Sra. Patricia, llevando a cabo todas las medidas terapéuticas y/o cuidados que pueda precisar.

Dejar de ofrecer todo tratamiento médico a la Sra. Patricia, de acuerdo con los designios de su familia.

**Cursos intermedios.**

Seguir ofreciendo el tratamiento y/o cuidados que la Sra. Patricia requiere, e irlos modificando en función de su evolución.

Establecer una Limitación del Esfuerzo Terapéutico dado su mal pronóstico a corto plazo, orientado las actuaciones a mantener su confort.

**Curso óptimo.**

Establecer una Limitación del Esfuerzo Terapéutico dado su mal pronóstico a corto plazo, orientando las actuaciones a mantener su confort.

**Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

**-Prueba de legalidad.**

La opción del CEA respeta la normativa actualmente vigente en relación con la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Si la Sra. Patricia no hubiera tenido persona de referencia -con independencia de que en este caso se trata de una pareja de hecho "no legalizada" pero que es el único allegado de la paciente durante su ingreso hospitalario- el equipo asistencial hubiera llegado a la misma decisión dado el estado de salud de la paciente.

**-Prueba de publicidad.**

La decisión del CEA es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

Dada la irreversibilidad del estado de salud de la Sra. Patricia esta decisión supera la prueba del tiempo.

## **Caso 9. Privilegio terapéutico y consentimiento informado. La Señora Rosa.**

### **Hechos.**

La Sr. Rosa es una paciente de 78 años afecta de HTA, y valvulopatía arterial severa, con una gangrena en extremidad inferior que requiere de una amputación curativa.

La familia de la paciente indica que no quiere que le amputen la pierna.

El Servicio de Cirugía se dirige al Comité de Ética para saber qué actitud terapéutica adoptar ante una paciente que, se indica, está consciente, orientada y es capaz.

Consultados los cirujanos por miembros del Comité de Ética, indican que la paciente no ha sido informada de la necesidad de proceder a la amputación, y que tampoco se ha recabado si la misma está de acuerdo en que se le practique la misma.

Al preguntarle a la paciente específicamente, tras recibir la información pertinente, si da su consentimiento informado para proceder a realizar la amputación, la enferma consiente.

## Conceptos presentes.

### Privilegio terapéutico/estado de necesidad terapéutico<sup>36</sup>.

**Consentimiento informado en cuidados paliativos**, documento del Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos de 15 de febrero del 2002:

#### **“5. Excepciones al Consentimiento:**

A. La voluntad indudable y clara del enfermo a no ser informado: esto ya es una manera de elegir y de mostrar sus valores; suele dejar la toma de decisiones en manos de otra persona. Esta persona que asume la decisión puede ser tanto un familiar como un médico que haya sido elegido por el paciente

B. La otra excepción es lo que se conoce como 'privilegio terapéutico': es la decisión de no informar por parte del equipo terapéutico, al considerar que tal información puede suponer un acto maleficente para el enfermo; es decir, de la información no se obtendría un beneficio para el paciente sino un perjuicio. Esta decisión debe estar sólidamente fundada y no adoptarse por indicios especulativos.”

### El consentimiento “informado” en el ámbito sanitario.

**Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>37</sup>**

#### **Artículo 2. Principios básicos.**

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los

<sup>36</sup> Disponible en <http://www.unav.es/cdb/secpal3.html>, consultado 20180605.

<sup>37</sup> Disponible en <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180605.

deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

#### **Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.**

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. **El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.**

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

#### **Información clínica<sup>38</sup>**

Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

#### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad de la paciente. ¿Es la paciente capaz para tomar decisiones?
2. Decisiones de sustitución. ¿Pueden decidir por la paciente sus familiares y/o allegados si la misma está consciente, orientada y es capaz?
3. Discriminación negativa por cronicidad. ¿Existe en el estamento sanitario discriminación negativa de los pacientes que tienen enfermedades crónicas e invalidantes?
4. Calidad de vida subjetiva/ objetiva. ¿Debe prevalecer la calidad de vida percibida por la paciente de manera subjetiva, o por el contrario la calidad de vida objetiva medida a través de índices?

#### **Problema ético objeto de discusión.**

¿Cabe que decidan por la paciente sus familiares y/o allegados si la misma está consciente, orientada y es capaz?

---

<sup>38</sup> Definición recogida en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, en su artículo 3, disponible en <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> consultado 20180605.

## **Principios éticos implicados.**

### Principio ético de **autonomía**.

Testamento Vital, designación de representante, consentimiento informado.

### Principio ético de **beneficencia**.

Hacer el bien para la paciente.

### Principio ético de **no maleficencia**.

Evitar daño a la paciente: Limitación del Esfuerzo Terapéutico, eutanasia.

## **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

Mantener con vida a la Sra. Rosa, llevando a cabo todas las medidas terapéuticas y/o cuidados que pueda precisar para ello.

Dejar de ofrecer todo tratamiento a la Sra. Rosa, de acuerdo con los designios de su familia.

### **Cursos intermedios.**

Explicar a la familia que la decisión a adoptar debe buscar siempre conseguir el beneficio de aquel por quien se decide, en este caso la Sra. Rosa.

Recabar la opinión de la paciente, en este caso consciente, orientada y capaz, y actuar de acuerdo con la misma.

### **Curso óptimo.**

Se opta por recabar la opinión de la paciente, que en este caso está consciente, orientada y es capaz, y se actúa de acuerdo con la misma, procediendo a la amputación, que es curativa.

## **Pruebas de consistencia del curso de acción escogido.**

### **-Prueba de legalidad.**

La decisión adoptada por parte del CEA respeta la normativa actualmente vigente del consentimiento informado del paciente.

### **-Prueba de publicidad.**

La decisión del CEA es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

La decisión adoptada no variaría en el tiempo, salvo que el estado de conciencia y la capacidad de la Sra. Rosa se vieran modificadas debido a la evolución de su estado de salud.

**Caso 10. Excepciones al consentimiento informado.  
La Señora Juana.**

**Hechos.**

La Sra. Juana es una paciente de 35 años de edad, que presenta tos, fiebre y una erupción cutánea, que se diagnostica como sarampión. Se le practica una Radiografía de tórax, dado el cuadro febril, el dolor en punta de costado y la expectoración purulenta que padece la misma, siendo diagnosticada asimismo de neumonía, motivo por el que se requiere su ingreso en el Servicio de Pneumología.

La Sra. Juana viene acompañada de su hijo, James, de cinco años, que vive con ella, desde que se divorció.

James es visitado por el Pediatra de guardia.

Preguntada la Sra. Juana, sobre el cumplimiento del calendario de vacunación de su hijo, informa al Pediatra que examina al niño que éste no está vacunado contra el sarampión y que se niega a que lo vacunen.

El Pediatra, tras comentarlo con el Jefe Médico del Servicio de Urgencias, contacta con el Comité de Ética entendiendo que en este caso se trata de un supuesto de riesgo para la salud pública, con la posibilidad de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, como el sarampión, y que cabe proceder a la vacunación de James, aún en contra de la voluntad de la madre.

## Conceptos presentes.

### Sarampión<sup>39</sup>.

Es una enfermedad muy contagiosa, causada por un virus.

#### Causas, incidencia y factores de riesgo.

La infección se propaga por contacto con gotitas provenientes de la nariz, la boca o la garganta de una persona infectada. El estornudo y la tos pueden lanzar gotitas contaminadas al aire.

Aquellas personas que hayan tenido una infección de sarampión activa o que hayan sido vacunados contra la enfermedad tienen inmunidad contra dicha afección. Antes de la vacunación generalizada, el sarampión era una enfermedad tan común en la infancia que la mayoría de las personas ya había padecido la enfermedad a la edad de 20 años.

Algunos padres no permiten que sus hijos sean vacunados debido a temores infundados de que la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, pueda causar autismo. En grandes estudios realizados en miles de niños, no se ha encontrado conexión entre esta vacuna y el desarrollo de autismo. El hecho de no vacunar a los niños puede llevar a que se presenten brotes de sarampión, paperas y rubéola, todas las cuales son enfermedades de la infancia potencialmente graves.

#### Síntomas

Los síntomas generalmente comienzan de 8 a 12 días después de la exposición al virus, lo que se denomina período de incubación.

Los síntomas pueden abarcar:

Ojos inyectados en sangre, enrojecimiento e irritación de los ojos (conjuntivitis).

Tos, fiebre.

Sensibilidad a la luz (fotofobia).

Dolor muscular.

Erupción cutánea que:

- aparece generalmente de 3 a 5 días después de los primeros signos de la enfermedad
- puede durar de 4 a 7 días
- empieza usualmente en la cabeza y se extiende a otras áreas y progresa cuerpo abajo
- puede aparecer como áreas planas y decoloradas (máculas) o áreas sólidas, rojas y levantadas (pápulas) que después se juntan
- produce prurito o picazón

Congestión nasal.

Dolor de garganta.

Diminutas manchas blancas dentro de la boca (manchas de Koplik).

#### Pronóstico.

Aquellas personas que no presentan complicaciones, como la neumonía, tienen un buen pronóstico.

---

<sup>39</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001569.htm>, consultado 20180605.

## **Actuación en relación el menor de edad<sup>40</sup>.**

### **Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor.**

#### **Artículo 2. Interés superior del menor.**

1. Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor.

2. A efectos de la interpretación y aplicación en cada caso del interés superior del menor, se tendrán en cuenta los siguientes criterios generales, sin perjuicio de los establecidos en la legislación específica aplicable, así como de aquellos otros que puedan estimarse adecuados atendiendo a las circunstancias concretas del supuesto:

a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.

b) La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior.

c) La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor. En caso de acordarse una medida de protección, se priorizará el acogimiento familiar frente al residencial. Cuando el menor hubiera sido separado de su núcleo familiar, se valorarán las posibilidades y conveniencia de su retorno, teniendo en cuenta la evolución de la familia desde que se adoptó la medida protectora y primando siempre el interés y las necesidades del menor sobre las de la familia.

d) La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación del mismo por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad.

---

<sup>40</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>, consultado 20180605.

## **Actuación de la autoridad sanitaria en materia de salud pública<sup>41</sup>.**

### **Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.**

#### **Artículo segundo.**

Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

#### **Artículo tercero.**

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

#### **Algunos problemas éticos.**

1. Decisiones de sustitución en el menor de edad: determinación del interés superior del niño/menor.
2. Personas que pueden ejercer el rol de sustituto en casos de incapacidad para tomar decisiones: padres, tutores, representantes legales, autoridad judicial.
3. Consentimiento informado, excepciones.
4. Determinación del riesgo para la salud pública.

#### **Problema ético objeto de discusión.**

¿Defiende la decisión de la madre de no vacunar a su hijo contra el sarampión el interés superior del niño/menor?

#### **Principios éticos implicados.**

##### **Principio ético de autonomía.**

Decisiones por sustitución: ¿Obedece al principio del interés superior del niño/menor la negativa de la madre a vacunarle? En nuestra sociedad la poliomielitis, por ejemplo, prácticamente ha desaparecido después de la vacunación obligatoria.

¿Cabe sustituir en este caso concreto la voluntad de la madre por la de la autoridad sanitaria competente en base al riesgo para la salud pública?

---

<sup>41</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10498>, consultado 20180605.

Principio ético de **no maleficencia**.

¿Se puede evitar un mal a la sociedad adoptando las medidas pertinentes para impedir la propagación de un brote de sarampión que, además, entre la población adulta puede tener mayores complicaciones, y de mayor gravedad, que entre la población infantil?

Principio ético de **justicia**.

¿Responde a criterios de justicia el proponer planes gratuitos de vacunación infantil a nivel de salud pública?

**Cursos de acción.**

**Cursos extremos.**

Respetar la voluntad de la madre y no vacunar a James, ya que se opone a ello y está en su derecho dado que representa el interés superior del niño/ menor.

Poner en conocimiento de la Agencia de Salud Pública correspondiente -municipal, autonómica, estatal- la existencia de un posible brote de sarampión y que sea ésta, en tanto que autoridad sanitaria, quien determine la actuación a seguir.

**Cursos intermedios.**

Intentar convencer a la madre de la idoneidad de vacunar a su hijo, exponiéndole los riesgos de contraer la enfermedad, tanto para él como para las personas que han convivido con ellos durante la última quincena.

Si no accede voluntariamente a ello, cabe plantearse solicitar la autorización administrativa y/o judicial pertinente para proceder a la vacunación obligatoria de su hijo.

Explicar a la madre la necesidad de seguir y cumplir el calendario de vacunación infantil y si no vacuna a su hijo comunicarlo a la autoridad de salud pública competente para que adopte las medidas pertinentes -suspensión de la actividad escolar de James hasta el momento en que se haya superado el período de posible transmisión de la enfermedad en su entorno sociofamiliar-.

**Curso óptimo.**

El Comité de Ética opta por convencer a la madre de la idoneidad de vacunar a su hijo, exponiéndole los riesgos existentes, tanto para él como para las personas que han convivido durante la última quincena, de poder contraer la enfermedad, el riesgo de que la misma se extienda entre las personas referidas y que, caso de no acceder a ello voluntariamente, solicitar la autorización administrativa y/o judicial pertinente para proceder a la vacunación obligatoria de su hijo.

**Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

**-Prueba de legalidad.**

La opción que ha escogido el Comité de Ética respeta la normativa actualmente vigente en relación con el consentimiento informado por representación del menor de edad de menos de 12 años.

**-Prueba de la publicidad.**

La opción por la que opta el CEA es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

La decisión del Comité de Ética seguiría siendo la misma si se volviera a plantear, siempre y cuando el cumplimiento del calendario de vacunación infantil y la vacunación del niño/a siga siendo una actuación que precisa de la autorización de los padres y/o representantes legales del menor.

**Caso 11. La equidad en el reparto de los recursos sanitarios.  
El Señor Antonio.**

**Hechos.**

El Sr. Antonio, de 54 años de edad, fue atendido por los servicios de emergencias en la vía pública, por haber sufrido un traumatismo craneoencefálico, a consecuencia de una caída accidental y golpearse la cabeza contra un objeto contundente.

Los servicios sanitarios de emergencias, como estaba inconsciente tras el accidente, lo trasladaron al servicio de urgencias más próximo tras darle las primeras atenciones sanitarias.

Al llegar al servicio de Urgencias del hospital público más cercano, el médico que le atendió le solicitó una Tomografía Axial Computarizada urgente, donde se objetivó una hemorragia subaracnoidea.

Como que al paciente no le correspondía ser atendido en dicho centro sanitario, por temas administrativos, el Servicio de Urgencias en ese momento no lo podía ingresar, por ser un paciente “fuera de zona”.

El médico que le atendía entendió que en esta situación debía consultar de manera urgente con el Comité de Ética.

## Conceptos presentes.

### Hemorragia subaracnoidea<sup>42</sup>.

Es un sangrado en la zona comprendida entre el cerebro y los delgados tejidos que lo cubren. Esta zona se llama espacio subaracnoideo.

### Causas

La hemorragia subaracnoidea puede ser causada por:

- Sangrado de una maraña de vasos sanguíneos llamado una malformación arteriovenosa (MAV).
- Trastorno hemorrágico.
- Sangrado de un aneurisma cerebral.
- Traumatismo craneal.
- Causa desconocida (idiopática).
- Uso de anticoagulantes.

La hemorragia subaracnoidea relacionada con una lesión a menudo se observa en las personas mayores que han tenido caídas y se han golpeado en la cabeza. Entre los jóvenes, la lesión más común que lleva a una hemorragia subaracnoidea es un choque automovilístico.

Los riesgos incluyen:

- Aneurisma en otros vasos sanguíneos.
- Displasia fibromuscular (DFM) y otros trastornos del tejido conectivo.
- Presión arterial alta.
- Antecedentes de poliquistosis renal.
- Tabaquismo.

Un fuerte antecedente familiar de aneurismas también puede incrementar su riesgo.

### Equidad

El término genérico de equidad se utiliza como sinónimo de justicia social<sup>43</sup>.

De la definición de equidad ((Del lat. *aequitas*, *-ātis*) del Diccionario de la Real Academia pueden ser útiles las acepciones 3 y 5 de dicho término<sup>44</sup>:

**3.f.** Justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva.

**5.f.** Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece.

### Algunos problemas éticos.

1. Decisiones de sustitución en pacientes mayores de edad: paciente incapaz a criterio del médico responsable: determinación del mejor interés para el paciente.

2. Criterios de ingreso en centro sanitario en caso de urgencia. ¿Son los criterios de ingreso por urgencia vital suficientemente explícitos para

<sup>42</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000701.htm>, consultado 20190302.

<sup>43</sup> Disponible en Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña, Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013, disponible en [https://www.agoradenfermeria.eu/files/codi\\_etica.pdf](https://www.agoradenfermeria.eu/files/codi_etica.pdf), consultado 20180605.

<sup>44</sup> Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=equidad>, consultado 20180605.

aceptar/denegar el ingreso de este paciente? ¿Deben prevalecer criterios organizativos/ administrativos *versus* criterios de urgencia vital?

3. Rol del comité/ consultor de ética. En caso de consulta, ¿Debe el Comité de Ética implicarse en la decisión de aceptar/ denegar Cuidados Intensivos a este paciente? En todo caso, ¿Debe adoptar un papel activo en la decisión, para crear una cultura ética a través de la formación del personal sanitario?

4. Prestaciones del Sistema Público de Salud. ¿Debe el Sistema Público de Salud definir con exactitud cuáles son sus prestaciones y en qué condiciones se deben proporcionar las mismas?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Criterios de ingreso en un centro sanitario en caso de urgencia. ¿Son los criterios de ingreso por urgencia vital suficientemente explícitos para aceptar/denegar el ingreso de este paciente? ¿Deben prevalecer criterios organizativos/ administrativos *versus* criterios de urgencia vital?

### **Principios éticos implicados.**

Principio ético de **beneficencia**.

Determinar el mejor interés para el paciente: ¿Proceder al traslado del mismo al centro sanitario que le corresponde por “zona” pese a su crítico estado de salud? ¿Hay que darle la atención que precisa en el centro en que se encuentra dado que existe disponibilidad de camas?

Principio ético de **justicia**.

¿Responde a criterios de justicia el proponer el traslado del paciente a otro centro de la misma red sanitaria porque no está donde le correspondería?

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Contactar con el centro sanitario que le correspondería a nivel administrativo y comunicar el traslado inmediato del enfermo.

Ingresar al paciente en el centro en que se encuentra y atenderlo hasta el momento del alta médica.

#### **Cursos intermedios.**

Ingresar al paciente en el centro en que se encuentra y darle la atención que precisa hasta que la evolución de su estado de salud permita un traslado, sin riesgos incrementados para su integridad, al hospital que le correspondería a nivel administrativo.

Ingresar al paciente en el centro en que se encuentra y darle la atención que precisa hasta que la evolución de su estado de salud permita un traslado al hospital que le correspondería a nivel administrativo.

### **Curso óptimo.**

Ingresar al paciente en el centro en que se encuentra y darle la atención que precisa hasta que la evolución de su estado de salud permita un traslado, sin riesgos incrementados para su integridad, al hospital que le correspondería a nivel administrativo.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La decisión adoptada respeta la normativa actualmente vigente en relación con el derecho a la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

La opción escogida se volvería a repetir en un supuesto similar que aconteciera con posterioridad.

## **Caso 12. Interrupción voluntaria del embarazo. La Sra. Silvia.**

### **Hechos.**

El Servicio de Ginecología y Obstetricia presenta al Comité de Ética el caso clínico de la Sra. Silvia, de 40 años de edad, que solicitó en su momento se le aplicaran técnicas de reproducción humana asistida para tener descendencia.

La Sra. Silvia tiene una pareja de hecho desde hace 5 años, con la que convive y, de mutuo acuerdo, querían ser padres. Con la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida la Sra. Silvia quedó embarazada hace dos meses, 8 semanas, siendo la evolución de su gestación, así como el estado del feto, satisfactorios.

La consulta que presenta al Comité de Ética el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital hace referencia a la solicitud de la Sra. Silvia, de proceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ya que tanto ella como su pareja están en paro y, dada su situación socioeconómica, no pueden afrontar el cuidado de otro hijo, dado que además tienen una hija de 4 años,.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia se plantea si cabría practicar una objeción de conciencia ante este supuesto de aborto.

Se abre un debate entre los miembros del Comité.

Se plantea por parte del Comité que es comprensible la situación no prevista a la que tienen que hacer frente la Sra. Silvia, y su pareja, con su nuevo embarazo. Por otro lado se considera que habría que plantearles que recapacitaran, su decisión de llevar a cabo la IVE.

## Conceptos presentes.

### Técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)<sup>45</sup>.

“Surgen con el objetivo principal de conseguir un embarazo viable...  
En la actualidad se realizan los siguientes tratamientos para los problemas de fertilidad:

**La estimulación ovárica (EO)** consiste en la administración de fármacos para estimular la ovulación. Existen diferentes sustancias y pautas de administración. Es importante un control estricto de las dosis y un seguimiento adecuado, ya que entre sus complicaciones está el riesgo de embarazo múltiple y de síndrome de hiperestimulación ovárica (OHSS).

**La inseminación artificial (IA)** se define como el depósito de espermatozoides de forma no natural en el aparato reproductor femenino, con la finalidad de lograr una gestación. Dependiendo de la procedencia del semen, se puede clasificar en:

1. Inseminación artificial con semen conyugal, de pareja u homólogo, e
2. Inseminación artificial con semen de donante o heteróloga.

Dependiendo del lugar de inseminación se habla de inseminación intracervical, intrauterina (IIU). La más frecuentemente utilizada, técnica de reproducción sencilla, poco costosa y accesible. Entre sus inconvenientes destaca que se asocia a una alta tasa de embarazos múltiples, si se acompaña de estimulación ovárica. En la literatura se recomienda realizar un máximo de 6 ciclos de tratamiento antes de pasar a otra técnica más agresiva.

La IA con semen de donante se ha utilizado durante años como tratamiento de la esterilidad de origen masculino por patología severa del semen.

**La Fertilización In Vitro con Transferencia de Embriones (FIV-TE)** implica la recuperación de ovocitos por aspiración guiada por ultrasonidos. Se utiliza para muchas indicaciones, pero en la única en que está demostrada su efectividad es la lesión tubárica bilateral inoperable. En las demás indicaciones (endometriosis, infertilidad idiopática..) se debe emplear tras al menos 6 fallos con IIU.

**La transferencia intratubárica de gametos (TIG)** implica la colocación de los ovocitos y del semen en la trompa de Falopio para que allí tenga lugar la fertilización.

**La inyección intracitoplasmática (ICSI)** de un solo espermatozoide (con cabeza o núcleo espermático) en el ovocito permite conseguir fecundación y embarazo en casos en donde se recupera un escaso número de espermatozoides móviles”.

---

<sup>45</sup> Jausoro A. Reproducción Humana Asistida: Descripción de las opciones terapéuticas disponibles, Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2000. Informe nº: Osteba E-00-05, pag 5-6, disponible en [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2000\\_osteba\\_publicacion/es\\_def/adjuntos/2000/e\\_00\\_05\\_reproduccion\\_humana.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2000_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/2000/e_00_05_reproduccion_humana.pdf), consultado 20190304.

## **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)<sup>46</sup>.**

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un procedimiento clínico para finalizar un embarazo, realizado por profesionales sanitarios acreditados.

Los métodos utilizados para la IVE son distintos según las semanas de gestación y la situación clínica de la gestante. Pueden ser tanto instrumentales (quirúrgicos) como farmacológicos. Estos últimos solo son efectivos antes de la 7ª semana de gestación. Hasta la semana 14ª los métodos más útiles son los de aspiración /legrado y generalmente no requieren hospitalización. Para estados de gestación más avanzados se suele utilizar habitualmente la inducción del parto.

## **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)<sup>47</sup>.**

### Artículo 2. Definiciones.

A los efectos de lo dispuesto en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

- a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

### Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

## **Objeción de conciencia.**

## **Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad<sup>48</sup>.**

“Se entiende por “objeción de conciencia” la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia. El Estado de Derecho, en la medida en que reconoce el derecho fundamental a la

---

<sup>46</sup> Disponible en <http://www.euskadi.eus/informacion/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive/web01-a3embar/eu/>, consultado 20190304.

<sup>47</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>, consultado 20180606.

<sup>48</sup> Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad, pag. 3, disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>, consultado 20180606.

libertad ideológica y religiosa, puede regular el ejercicio de la objeción de conciencia como manifestación del pluralismo ético y religioso presente en la sociedad. La objeción de conciencia consiste en manifestar la incompatibilidad entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico al que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida de llevarlas a cabo sin sufrir sanción. De ello se sigue que el concepto de objeción de conciencia incluya los siguientes elementos:

1. La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales de los individuos, y que no puede obviarse sin incurrir en sanción. Es necesario que el contenido de la norma jurídica sea tal que pueda resultar incompatible con las convicciones morales o religiosas de los individuos y no meramente contrario a ciertas opiniones o intereses personales de éstos.

2. La existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, requisito sobre el que el ordenamiento jurídico puede requerir verificación.

3. La ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto entre una o varias normas y la conciencia individual o posibiliten alternativas aceptables para el objeto.

4. La manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia, sin que sea relevante la mera presunción sobre la existencia de conflicto. En consecuencia, son inválidas las manifestaciones que al respecto realicen terceras personas en nombre de algún colectivo.”.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Concepto de salud: elementos que configuran la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

2. Profesional encargado de concretar los conceptos de salud física, mental y social.

3. ¿Debe el Comité de Ética pronunciarse sobre el derecho a la objeción de conciencia? ¿Es este un derecho individual, colectivo o institucional?

4. Consumo de recursos y prestaciones del Sistema Público de Salud. ¿Debe el Sistema Público de Salud definir con exactitud cuáles son sus prestaciones? ¿Debe financiar por un lado una técnica de reproducción humana asistida y por otro, en el mismo caso, una interrupción voluntaria del embarazo?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Concepto de salud: elementos que configuran la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

## **Principios éticos implicados.**

### **Principio ético de autonomía.**

En un supuesto de interrupción voluntaria del embarazo, ¿Quién debe dar el consentimiento para su práctica? ¿La gestante? ¿La gestante y su pareja caso de tenerla? ¿El equipo sanitario? ¿La autoridad administrativa?

### **Principio ético de no maleficencia.**

Derechos del concebido y no nacido.

### **Principio ético de justicia:**

¿Es posible conseguir y mantener un concepto de salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades?

## **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

Denegar a la Sra. Silvia su derecho personal y legal a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, IVE, dado que los profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia alegan “objeción de conciencia” con respecto a la IVE.

Proceder a practicar la IVE tal como solicita la Sra. Silvia.

### **Cursos intermedios.**

Plantear a la Sra. Silvia revalorar su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo -dispone aún de un plazo legal de seis semanas para decidirse definitivamente- y presentarle otras opciones cual podría ser dar el futuro niño en adopción.

Plantear a la Sra. Silvia revalorar su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo -dispone aún de un plazo legal de seis semanas para decidirse definitivamente- o incluso seguir adelante con la gestación dado que su situación personal y económica, y la de su pareja, puede cambiar durante este tiempo.

### **Curso óptimo.**

Plantear a la Sra. Silvia revalorar su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo -dispone aún de un plazo legal de seis semanas para decidirse definitivamente- y presentarle otras opciones cual podría ser dar el futuro niño en adopción. En todo caso se puede convenir con ella que hable con el servicio de Trabajo Social de la Institución para valorar las alternativas que dispone, por ejemplo de ayudas a la maternidad.

## **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

### **-Prueba de legalidad.**

-La opción escogida respeta la normativa que actualmente regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

### **-Prueba de la publicidad.**

La opción que propone el Comité de Ética es defendible públicamente.

### **-Prueba del tiempo.**

En función de la decisión del Comité para este caso clínico cabe replantear la misma ante situaciones semejantes que se puedan dar en el futuro.

## **Resolución del Comité de Ética Asistencial.**

“Una vez valorado el caso presentado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia, relativo a la Sra. Silvia, el Comité entiende que la decisión de interrumpir su gestación, ya que alega que no puede hacerse cargo de otro hijo, dada su actual situación personal, debe respetarse, de acuerdo con la actual normativa, recogida en la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Ello se desprende tanto del artículo 14 de dicha Ley que establece que toda mujer mayor de edad y con plena facultad de obrar puede pedir que se ponga fin a su gestación dentro de las primeras 14 semanas cuanto porque si tomamos como referencia el concepto de salud recogido en el artículo 2 de dicha norma, como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” podemos decir que en estos momentos la Sra. Silvia no goza de plena salud, básicamente teniendo en cuenta su situación social.

Pese a ello este Comité entiende que sería recomendable plantear a la Sra. Silvia, bien por parte del equipo de ginecología o a través de los miembros del CEA o, si se considera preferible, por ambos conjuntamente, reconsiderar su decisión de abortar, seguir adelante con su gestación y si, llegado el momento del parto, siguiera en la misma situación que la que alega en estos momentos, dar a su hijo/a en adopción.”

**Caso 13. Eutanasia directa.  
El Sr. Alfonso.**

**Hechos.**

El Sr. Alfonso es un paciente de 85 años de edad, con Hipertensión Arterial (HTA), que ha sufrido una hemorragia cerebral, y que tras realizarse un TAC muestra un hematoma subdural, teniendo un Glasgow de 3.

El paciente está ingresado en el Servicio de Neurología desde hace 72 horas. Ante el mal pronóstico de su evolución se instauraron medidas de confort consistentes en hidratación endovenosa, morfina subcutánea 2,5 mgrs. cada 4 horas y escopolamina subcutánea si el paciente presentaba secreciones.

Su familia fue informada por parte del médico responsable del previsible mal pronóstico del Sr. Alfonso, pero su hija dijo que “todo esto está durando demasiado y no puedo aguantar más viendo así a mi padre, hay que adoptar medidas para acabar con esta situación”, y exigió que el caso fuera revisado por el Comité de Ética.

Informado el Comité de esta solicitud de consulta se procedió a convocar a sus miembros quienes, tras ser informados por la Neuróloga sobre la situación del Sr. Alfonso, ya referida, valoraron presencialmente al enfermo y hablaron con la familia del mismo para explicarle que el paciente era tributario de un tratamiento orientado a su confort, aún si ello podía acortar su existencia, procediendo a la par a limitar todo tratamiento que se pudiera considerar fútil en su estado.

## Conceptos presentes.

### Hematoma subdural<sup>49,50</sup>.

Es una acumulación de sangre en la superficie del cerebro, que se produce cuando las venas que están entre las meninges o membranas que cubren el cerebro filtran sangre después de una lesión en la cabeza. Ésta es una condición grave porque el aumento de la presión intracraneal puede causar daño al tejido cerebral y pérdida de la función cerebral.

#### Causas.

Los hematomas subdurales son con mucha frecuencia el resultado de un traumatismo craneal grave. Cuando uno ocurre de esta manera, se le denomina hematoma subdural "agudo". Los hematomas subdurales agudos están entre los más letales de todos los traumatismos craneales. El sangrado llena el área cerebral rápidamente, comprimiendo el tejido del cerebro. Esto a menudo ocasiona lesión cerebral y puede llevar a la muerte.

Los hematomas subdurales también se pueden presentar después de un traumatismo craneal menor, especialmente en las personas de edad avanzada. Estos hematomas pueden pasar inadvertidos por períodos de muchos días a semanas y se les denomina hematomas subdurales "crónicos". Con cualquier hematoma subdural, las pequeñas venas que están entre la superficie del cerebro y su cubierta externa (la duramadre) se estiran y se rompen, permitiendo que la sangre se acumule. En las personas de edad avanzada, las venas a menudo ya se han estirado debido a la atrofia cerebral (encogimiento) y se lesionan más fácilmente.

Algunos hematomas subdurales ocurren sin causa (espontáneamente).

Los siguientes factores incrementan el riesgo de sufrir un hematoma subdural:

- Medicamentos anticoagulantes, incluyendo ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Consumo excesivo de alcohol durante mucho tiempo.
- Caídas frecuentes.
- Traumatismo craneal repetitivo.
- Ser muy joven o de muy avanzada edad.

#### Pronóstico.

El pronóstico después de un hematoma subdural varía ampliamente dependiendo del tipo y localización del traumatismo craneal, del tamaño de la acumulación de sangre y de la rapidez con la que se realice el tratamiento.

Los hematomas subdurales agudos presentan el mayor reto, con altas tasas de lesión y muerte; mientras que los hematomas subdurales subagudos y crónicos tienen un pronóstico alentador en la mayoría de los casos, con síntomas que desaparecen después del drenaje de la sangre acumulada. Algunas veces se necesita un período de rehabilitación para ayudar a la persona a volver a su nivel normal de desempeño.

---

<sup>49</sup> Disponible

en [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp\\_imagepages/8737.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/8737.htm), consultado 20190304.

<sup>50</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000713.htm>, consultado 20180606.

Existe una alta frecuencia de crisis epilépticas después de un hematoma subdural, incluso después del drenaje, pero éstas generalmente se controlan bien con medicamentos. Las convulsiones o crisis epilépticas pueden ocurrir en el momento en que se forma el hematoma o hasta meses o años después.

## **Eutanasia.**

### **Código Penal español <sup>51</sup>.**

#### **Artículo 143.**

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. **El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.**

**Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte**, B.O.E. núm. 127, 25 de mayo 2010<sup>52</sup>.

#### **Artículo 5. Definiciones.**

A los efectos de la presente Ley, se entiende por:

c) **Cuidados paliativos:** Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.

f) **Limitación del esfuerzo terapéutico:** Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras,

---

<sup>51</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>, consultado 20180606.

<sup>52</sup> Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>, consultado 20180606.

constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

i) **Obstinación terapéutica:** Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

j) **Personas en proceso de muerte:** Personas que se encuentran en situación terminal o de agonía.

l) **Sedación paliativa:** Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Decisiones de sustitución. Definir el mejor interés para el paciente, calidad de vida versus cantidad de vida, vida digna, muerte digna.
2. Futilidad. ¿Debe ser considerado el proporcionar confort al Sr. Alfonso como fútil?
3. Eutanasia: ¿La sedación del paciente en situación de últimos días es

Principio ético **de autonomía.**

Consentimiento informado por sustitución: el mejor interés para el paciente. Testamento vital.

Principio ético de **no maleficencia.**

Limitación del Esfuerzo Terapéutico, sedación, principio del doble efecto.

Principio ético **de beneficencia.**

Hacer el bien para el paciente.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Retirar toda terapéutica activa que sólo busque alargar innecesariamente la vida del Sr. Alfonso, instaurando medidas que tengan como finalidad aumentar su confort, siempre y cuando no acorten su vida.

Retirar toda terapéutica y cuidados proporcionados al Sr. Alfonso, esperando su fin.

### **Cursos intermedios.**

Proceder a una Limitación del Esfuerzo Terapéutico, LET, con el Sr. Alfonso orientando todos los tratamientos que reciba a mejorar su confort en estos momentos finales de su vida, obviando la instauración de una sedación.

Proceder a una Limitación del Esfuerzo Terapéutico con el Sr. Alfonso orientando todos los tratamientos que reciba a mejorar su confort en estos momentos finales de su existencia. En caso ser necesario instaurar una sedación: su finalidad es incrementar el confort del paciente -aliviar el dolor, disnea, agitación/delirium- aún si ello puede conllevar acortar su vida, resultado conocido, pero no deseado directamente en el momento de instaurar dicha sedación.

### **Curso óptimo.**

Proceder a una Limitación del Esfuerzo Terapéutico con el Sr. Alfonso orientando todos los tratamientos que reciba a mejorar su confort en estos momentos finales de su existencia. En caso ser necesario instaurar una sedación: su finalidad es incrementar el confort del paciente -aliviar el dolor, disnea, agitación/delirium- aún si ello puede conllevar acortar su vida, resultado conocido, pero no deseado directamente en el momento de instaurar la sedación.

Esta actuación es respetuosa con el principio del doble efecto.

Todas estas decisiones se deben explicar detalladamente a la familia del Sr. Alfonso, dándoles todo el soporte que pudieran precisar.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La opción escogida es respetuosa con la regulación actualmente vigente de la eutanasia.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

Mientras no se produzca un cambio en la regulación legal de la eutanasia la decisión a adoptar en un supuesto semejante sería la misma que en este caso clínico.

## **Caso 14. Testamento Vital. La Sra. Mercedes.**

### **Hechos.**

La Sra. Mercedes es una paciente ingresada en el Servicio de Digestología, de 65 años de edad, diagnosticada de cirrosis hepática secundaria a un hábito enólico, con encefalopatía hepática y que actualmente ha entrado en una situación de coma que se considera irreversible por parte del digestólogo.

El digestólogo consulta al Comité de Ética dado que la paciente hizo un Testamento Vital -Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), o de Instrucciones Previas- en el que dejaba constancia de que caso de encontrarse en una situación de coma irreversible, pedía que se le aplicaran las medidas terapéuticas pertinentes para abreviar su vida.

En dicho Testamento Vital la Sra. Mercedes no designaba ningún representante.

Se entre los miembros del Comité de Ética sobre la necesidad de respetar la voluntad de la paciente recogida en su Testamento Vital, dado que ahora no puede manifestar directamente su opinión por estar en coma, y la idoneidad de designar un representante para ayudar a decidir en casos como el presente.

Una vocal del Comité indica que el Testamento Vital es vinculante, obligatorio, para el personal asistencial siempre y cuando las previsiones de quien lo redactó no vayan contra lo dispuesto en las normas legales, no atenten contra la *lex artis* -actuar profesionalmente de acuerdo con los protocolos asistenciales y/o guías de práctica clínica aplicables al enfermo y la patología de que se trate en el caso concreto- y que el supuesto previsto por la persona que haya redactado el Testamento Vital sea análogo al que padece en el momento en que dicho testamento le sería de aplicación.

El Sr. Presidente indica la necesidad de llegar a un acuerdo entre los miembros del Comité de Ética para acordar una resolución en respuesta a esta consulta.

## **Conceptos presentes.**

### **Encefalopatía hepática<sup>53</sup>.**

Es la pérdida de la función cerebral que ocurre cuando el hígado ya no es capaz de eliminar las toxinas de la sangre.

#### **Causas.**

La causa exacta de la encefalopatía hepática se desconoce. Es causada por trastornos que afectan al hígado, entre ellos:

- Patologías que reducen la función hepática (como la cirrosis o la hepatitis).
- Afecciones en las cuales la circulación sanguínea no entra al hígado.

Un trabajo importante del hígado es transformar en el cuerpo sustancias tóxicas en inofensivas. Éstas pueden incluir sustancias producidas por el cuerpo al igual que cosas que la persona consume (como los medicamentos). Cuando el hígado sufre daño, estos "tóxicos" se pueden acumular en el torrente sanguíneo. El amoníaco, que produce el cuerpo cuando las proteínas se digieren, es una de las sustancias dañinas que normalmente el hígado transforma en inofensiva. Otras toxinas también se pueden acumular y causar daño al sistema nervioso.

Cuando ocurre daño al hígado, la encefalopatía hepática puede presentarse de manera súbita incluso en personas que previamente no tenían problemas hepáticos. Con mayor frecuencia, el problema se desarrolla en personas con enfermedad hepática crónica.

#### **Pronóstico.**

La encefalopatía hepática aguda puede ser curable. Las formas crónicas de la enfermedad a menudo siguen empeorando o reapareciendo.

Ambas formas de la enfermedad pueden ocasionar un coma irreversible y la muerte. La mayoría de las personas que entran en coma morirán. Las posibilidades de mejorar varían de una persona a otra.

### **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>54</sup>.**

#### **Artículo 11. Instrucciones previas.**

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como

---

<sup>53</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000302.htm>, consultado 20180606.

<sup>54</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180606.

interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte**, B.O.E. núm. 127, 25 de mayo 2010<sup>55</sup>.

k) Representante: Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

#### **Algunos problemas éticos:**

1. Testamento Vital: ¿Debe respetarse siempre y en todo caso como manifestación del respeto al principio bioético de autonomía?

2. Futilidad. ¿Debe ser considerado todo el tratamiento ofrecido a esta paciente como fútil?

3. Consentimiento por sustitución: rol del representante vital.

4. Consumo de recursos sanitarios en pacientes de mal pronóstico. ¿Es el consumo de recursos sanitarios desproporcionado en relación al beneficio que se puede obtener?

#### **Problema ético objeto de discusión.**

El Testamento Vital: ¿Debe respetarse siempre y en todo caso como manifestación del respeto al principio bioético de autonomía?

---

<sup>55</sup> Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>, consultado 20180606.

## **Principios éticos implicados.**

### **Principio ético de autonomía.**

Consentimiento informado del paciente. ¿Es el Testamento Vital una manifestación del mismo? Límites del carácter vinculante del Testamento Vital para el personal asistencial que atiende a la paciente.

### **Principio ético de justicia.**

Uso de recursos sanitarios en pacientes en situación de últimos días.

## **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

Suspender todo tratamiento activo del que pueda ser tributaria la Sra. Mercedes dado que es la única manera de respetar su voluntad. La práctica de la eutanasia está prohibida por la Ley.

Llevar a cabo las medidas terapéuticas necesarias para mantener a la Sra. Mercedes con vida.

### **Cursos intermedios.**

Aplicar a la Sra. Mercedes los cuidados que precise y el tratamiento orientado a proporcionarle el confort necesario, suspendiendo todo cuidado y tratamiento no orientado a dicho fin, obviando la instauración de una sedación.

Proceder a una Limitación del Esfuerzo Terapéutico orientando todos los tratamientos que reciba a mejorar su confort en estos momentos finales de su vida. En caso ser necesario instaurar una sedación: su indicación es incrementar el confort de la paciente -tratar el dolor, disnea, agitación/delirium- aún si ello puede conllevar acortar su vida, resultado conocido pero no deseado directamente en el momento de instaurarla.

### **Curso óptimo.**

Proceder a una Limitación del Esfuerzo Terapéutico con la Sra. Mercedes orientando todos los tratamientos que reciba a mejorar su confort en estos momentos finales de su vida. En caso ser necesario instaurar una sedación; su indicación es incrementar el confort de la paciente -tratar el dolor, disnea, agitación/delirium- aún si ello puede conllevar acortar su vida, resultado conocido, pero no deseado directamente en el momento de instaurarla. Esta actuación es respetuosa con el principio del doble efecto.

## **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

### **-Prueba de legalidad.**

La opción escogida es respetuosa con la regulación actualmente vigente del Testamento Vital y de la eutanasia.

### **-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida es defendible públicamente.

### **-Prueba del tiempo.**

Mientras no se produzca un cambio en la regulación legal de la eutanasia la decisión a adoptar en un supuesto semejante sería la misma que ante este caso clínico.

### **Resolución del Comité de Ética:**

El Testamento Vital es a nivel ético una manifestación, la última quizás, del consentimiento informado, esencia del principio de autonomía.

En él se prevé que el paciente manifieste los cuidados que desea que se le proporcionen a nivel asistencial cuando, debido a su estado de salud, no pueda decidir por sí mismo: administración de analgésicos para no tener dolor pese a que ello pueda abreviar su vida, si quiere ser donante o no de órganos una vez fallecido, si quiere ser o no mantenido artificialmente con vida si su situación de salud es irreversible y no existen posibilidades de recuperación, etc.

Además, es vinculante para el equipo asistencial, de acuerdo con la Ley estatal 41/2002 que lo regula. Sin embargo, la ley mencionada establece una serie de excepciones a dicho carácter vinculante, recogidas en su artículo 11, apartado 3:

“No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *«lex artis»*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.”

En este supuesto entendemos que la petición expresa de la Sra. Mercedes, de poner fin a su vida si su situación de enfermedad es irreversible, como sucede presumiblemente en estos momentos, entra de lleno en los supuestos de “instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico”: la eutanasia está expresamente prohibida por el artículo 143, apartado, 4 del Código Penal actualmente vigente.

Ello, sin embargo, no debe ser óbice para seguir atendiendo a la Sra. Mercedes conforme requiera su estado de salud, estableciendo las medidas de Limitación del Esfuerzo Terapéutico pertinentes, y teniendo siempre como objetivo conseguir su confort.

**Caso 15. Discriminación positiva.  
El Sr. Eduardo.**

**Hechos.**

El Sr. Eduardo es un paciente de 57 años de edad, que vive en la vía pública, sin que conste que existan familiares o personas allegadas conocidas, según informes del Servicio de Trabajo Social.

Tras su ingreso hospitalario por un cuadro febril, que se orienta como una neumonía, y las exploraciones y analíticas pertinentes, se diagnostica al Sr. Eduardo de SIDA

Dada la situación social del mismo, se habla de nuevo con el Servicio de Trabajo Social de la Institución con vistas a proporcionar al Sr. Eduardo un centro donde pueda residir y, a la par, poder garantizar el tratamiento antirretroviral que se le quiere instaurar.

Al hablar con el paciente de esta cuestión, el mismo se opone radicalmente a ingresar en ningún centro asistencial manifestando claramente que está bien donde vive, aunque sea en la vía pública. Respecto a la necesidad de que se comprometa a seguir el tratamiento antirretroviral el paciente manifiesta que lo cumplirá.

El Servicio de Medicina Infecciosa, dada la problemática social que rodea al Sr. Eduardo, duda de si empezar o no a administrarle el tratamiento antirretroviral que precisa. Se decide presentar el caso clínico ante el Comité de Ética Asistencial.

Un vocal del Comité de Ética indica que hay que respetar la voluntad del enfermo, y que ello no debe conllevar que no se le administre el tratamiento que pueda precisar.

Por parte de la Presidenta del Comité se indica que en ocasiones se habla de discriminación positiva, en el sentido de destinar más recursos a colectivos y/o personas que por su condición social y/o económica, precisan más atenciones sanitarias en momentos dados.

Otro vocal considera que si no existen garantías suficientes de que el Sr. Eduardo tomará la medicación, no tiene sentido destinarle recursos sanitarios. Debería ser un paciente que ofrezca más garantías de cumplir con dichas prescripciones quien reciba estas atenciones, y no el Sr. Eduardo. Finalmente indica que si nos encontráramos con dos pacientes que deben ingresar para recibir hemodiálisis y sólo tuviéramos una cama para uno de ellos, seguro que nuestra decisión no se inclinaría a favor de enfermos que no van a seguir correctamente el tratamiento prescrito.

## **Conceptos presentes.**

### **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, HIV/VIH<sup>56</sup>.**

VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana, un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de esta infección.

El VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El SIDA también puede contagiarse por compartir agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto.

Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años.

Con un análisis de sangre se puede saber si una persona tiene una infección por VIH. No existe una curación, pero hay muchas medicinas para combatir la infección por VIH y las infecciones y cánceres que la acompañan. Las personas pueden vivir con la enfermedad por muchos años.

### **Tratamiento antirretroviral<sup>57</sup>.**

El tratamiento antirretrovírico (TAR) estándar consiste en combinar al menos tres antirretrovirales (ARV) para suprimir al máximo el VIH y frenar la progresión de la enfermedad. Se han observado enormes reducciones de las tasas de mortalidad y del sufrimiento en respuesta a un régimen de antirretrovirales de gran actividad, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad. La ampliación del acceso al TAR también puede reducir la transmisión del VIH a nivel poblacional, hacer disminuir el número de huérfanos y preservar las familias.

### **Discriminación positiva.**

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua<sup>58</sup>, hablamos de discriminación positiva cuando nos encontramos ante una “protección de carácter extraordinario que se da a un grupo históricamente discriminado”

---

<sup>56</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hiv aids.html>, consultado 20180606.

<sup>57</sup> Disponible en <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/es/>, consultado 20180606.

<sup>58</sup> Disponible en <http://dle.rae.es/?id=DtDzVTs>, consultado 20190305.

**Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,**  
BOE, núm. 240, de 05/10/2011<sup>59</sup>.

### **Artículo 3. De los principios generales de acción en salud pública.**

Las Administraciones públicas y los sujetos privados, en sus actuaciones de salud pública y acciones sobre la salud colectiva, estarán sujetos a los siguientes principios:

a) Principio de equidad. Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad.

### **Artículo 6. Derecho a la igualdad.**

1. Todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones?
2. Consumo de recursos sanitarios en pacientes de que no ofrecen garantías de seguir el tratamiento ¿Es el consumo de recursos sanitarios desproporcionado en relación al beneficio que se puede obtener?
3. Calidad de vida subjetiva/objetiva. ¿Debe prevalecer la calidad de vida percibida por el paciente de manera subjetiva, o por el contrario la calidad de vida objetiva medida a través de índices?
4. Prestaciones del Sistema Público de Salud. ¿Debe el Sistema Público de Salud definir con exactitud cuáles son sus prestaciones?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Consumo de recursos sanitarios en pacientes de que no ofrecen garantías de seguir el tratamiento ¿Es el consumo de recursos sanitarios desproporcionado en relación al beneficio que se puede obtener?

### **Principios éticos implicados.**

Principio ético **de autonomía.**

Consentimiento informado del paciente.

---

<sup>59</sup> Disponible en <http://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>, consultado 20180606.

**Principio ético de beneficencia.**

Paternalismo: ¿Decidimos en este caso por el paciente dado que consideramos es incapaz de entender su estado de salud y la necesidad de recibir tratamiento antirretroviral?

**Principio ético de justicia.**

Uso de recursos sanitarios en pacientes que no ofrecen garantías de seguir el tratamiento. Situaciones de riesgo para la salud pública.

**Cursos de acción.**

**Cursos extremos.**

No administrar antirretrovirales al Sr. Eduardo, dado que las garantías que ofrece de seguir el tratamiento previsto por los médicos para el SIDA son nulas.

Trasladar forzosamente al Sr. Eduardo a otro centro asistencial, alegando motivos de riesgo para la salud pública para garantizar que seguirá el tratamiento prescrito, comunicándolo a la autoridad judicial competente.

**Curso intermedio.**

Iniciar el tratamiento antirretroviral con el Sr. Eduardo con independencia de que siga viviendo en la vía pública, citándolo a consultas externas del Servicio de Medicina Infecciosa, donde se podrá verificar si cumple o no el tratamiento.

Iniciar el tratamiento antirretroviral con el Sr. Eduardo durante su ingreso hospitalario intentando, durante su ingreso, convencerlo de la idoneidad de ingresar en otro centro asistencial para poder seguir el tratamiento.

**Curso óptimo.**

Iniciar el tratamiento antirretroviral con el Sr. Eduardo con independencia de que siga viviendo en la vía pública, citándolo a consultas externas del Servicio de Medicina Infecciosa, donde se podrá verificar si cumple o no el tratamiento.

**Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

**-Prueba de la legalidad.**

La decisión adoptada respeta la legalidad actualmente vigente en relación con el consentimiento informado del paciente y el riesgo para la salud pública.

**-Prueba de la publicidad.**

La opción propuesta por el Comité de Ética es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

La decisión adoptada por el Comité de Ética no difiere de la que se pueda adoptar en un futuro ante un caso similar.

## **Caso 16. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico. La Sra. Antonia.**

### **Hechos.**

Se presenta ante el Comité de Ética el caso clínico relativo a la Sra. Antonia, paciente de 84 años de edad, afecta de Alzheimer en grado 3, que sufre la enfermedad desde hace 10 años.

Actualmente vive en una Residencia, dado que no tiene familiares conocidos, aunque sí una vecina que la viene a visitar.

Es traída al Hospital por presentar fiebre de 38° C. Se le practica una Radiografía de tórax y se ve una imagen sugestiva de pneumonía por broncoaspiración.

Pese a que se instaura tratamiento antibiótico, por parte de la Doctora de Urgencias encargada de atender a la paciente se consulta al Consultor de Ética del Hospital sobre la conveniencia o no de colocar a la paciente una sonda nasogástrica para administrarle nutrición enteral.

Posteriormente, en la reunión ordinaria del Comité de Ética el Consultor explica el caso clínico que le fue planteado relativo a la Sra. Antonia y la decisión adoptada, procediendo seguidamente a debatir el mismo entre los miembros del Comité.

Toma la palabra una vocal del Comité e indica que, con independencia de las medidas de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, LET, que se lleven a cabo en la Sra. Antonia, no cabría incluir entre ellas la nutrición.

Otro vocal entiende en el caso de la Sra. Antonia, dado su estado de salud, cabe plantearse que el hecho de que no coma es porque está en situación terminal, lo cual es diferente de morir de inanición. Refiere asimismo el caso de Karen Ann Quinlan.

En opinión de otro vocal si bien puede plantearse la conveniencia o no de suspender la nutrición, no se puede hacer lo mismo en relación con la hidratación, ya que algunos autores hablan de sensación de sed "celular" en personas que pueden estar en situación terminal.

Para otro vocal no tiene sentido plantearse una LET en que se suspende la nutrición y, por otro lado, establecer una hidratación que va a requerir cuando menos de la administración de sueros por vena.

Finalmente, el Sr. Presidente del Comité indica que en relación con la administración de hidratación se puede llevar a cabo por vía subcutánea, que no resulta tan agresiva para el paciente, y ello evitaría caer en situaciones calificables de encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica.

## Conceptos presentes.

### Karen Ann Quinlan<sup>60</sup>.

#### “KAREN ANN QUINLAN, 31, fallece...”

Por ROBERT D. McFADDEN, Publicado: junio 12, 1985

Karen Ann Quinlan, que permaneció en coma durante 10 años y devino el centro de un debate nacional sobre el concepto de vida y el derecho a morir, falleció ayer en un centro en Morris Plains, N.J. Tenía 31 años. Falleció en su habitación, con su madre acompañándola. Su padre había estado acompañándola el día anterior.

"Han perdido a una hija y han reaccionado cómo reaccionan unos padres" dijo el reverendo Thomas Trapasso, que ha acompañado a la familia durante estos años y le administró los últimos ritos. "...El momento del fallecimiento fue un momento duro".

El Dr. James Wolf, el internista que ha tratado a Miss Quinlan durante su estado de coma en los últimos seis años dijo que Miss Quinlan falleció por un fallo respiratorio secundario a una neumonía debida a una congestión pulmonar de larga evolución.

Miss Quinlan, que había sido alimentada por una sonda nasogástrica, pesaba 29 kilos -65 libras- en el momento de fallecer, dijo Monseñor Trapasso. Pesaba 52 kilos -115 libras- cuando entró en coma.

El Dr. Wolf dijo que la familia pidió que no se adoptaran medidas extraordinarias con Miss Quinlan, incluyendo la administración de antibióticos y drogas vasoactivas.

"No se llevaron a cabo medidas de reanimación, de acuerdo con la familia" dijo. "pensaban que era inapropiado, falleció sin ser molestada, de muerte natural...".

Monseñor Trapasso dijo que al morir la cara de Miss Quinlan parecía tranquila. Diez años antes Miss Quinlan entró en coma tras una tarde en la que tomó tranquilizantes y bebidas alcohólicas. Hace un año se le retiró el respirador que la había ayudado a respirar, el final de una acción cargada de drama y complejidad que originó un debate nacional.

En un procedimiento judicial histórico, el 12 de septiembre de 1975, los Quinlan pidieron la desconexión del respirador con el fin de que su hija muriera "con gracia y dignidad", dado que no había esperanzas para su recuperación.

La demanda se produjo después de que los médicos que atendían a Miss Quinlan rechazaran una petición de sus padres de dejarla morir. La Corte Suprema de Morristown, N.J., denegó también la petición de los padres, pero dicha decisión fue objeto de apelación ante la Corte Suprema de New Jersey.

La Corte Suprema determinó el 31 de marzo de 1976, en una nueva interpretación del derecho a la privacidad/intimidad, que la decisión de seguir manteniendo a Miss Quinlan conectada a un respirador excedía de las atribuciones de la autoridad de mantenerla con vida, teniendo en cuenta que los médicos no apreciaban posibilidades racionales de recuperación.

---

<sup>60</sup> La traducción es del Comité. El texto original en inglés está disponible en The New York Times, <https://www.nytimes.com/1985/06/12/nyregion/karen-ann-quinlan-31-dies-focus-of-76-right-to-die-case.html>, consultado 20180606.

Dado que estaba en coma la Corte dictaminó que debían ser los padres y no los médicos o la Corte quien debía decidir sobre las actuaciones a seguir. Asimismo, determinó que nadie podía ser perseguido penalmente por desconectar el respirador, dado que su muerte “no sería un homicidio, sino una muerte por causas naturales”.

Adoptada a las cuatro semanas de vida, la llamaron Mary Anne Monahan cuando nació un 29 de marzo de 1954 en Joseph’s Children’s and Maternity Hospital in Scranton, Pa., donde vivían madres solteras.

La llamaron Karen Ann desde el principio, pero legalmente su nombre cambió al ser adoptada en junio de 1955.”

### **Enfermedad de Alzheimer<sup>61</sup>**

El mal de Alzheimer es una forma de demencia que gradualmente empeora con el tiempo y afecta la memoria, el pensamiento y el comportamiento.

### **Fases o Etapas**

Según la Fundación Alzheimer España<sup>62</sup> son 3 las fases del Alzheimer, que se describen a continuación:

#### **Fase Ligera**

– Memoria: El enfermo olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas (relaciones o amigos), los objetos familiares. Tiene dificultades para seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas, no paga las facturas.

– Actividades de la vida diaria: Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas, incluso sus actividades profesionales. De hecho, todavía no está afectado más que por pérdida de memoria.

En esta fase, el enfermo todavía está bien. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.

#### **Fase Moderada**

– Memoria: se altera progresivamente. El enfermo olvida los sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer; acusa a sus amigos de abandonarlo porque no vienen a visitarlo. No puede asimilar o comprender los hechos nuevos: un matrimonio o el fallecimiento de un pariente. El recuerdo de hechos lejanos persiste, aunque los sitúe mal en el tiempo en que transcurrieron: el enfermo pide noticias de su madre fallecida recientemente o menciona a personas a las que no ha visto desde hace años.

– Actividades de la vida diaria: Su creciente confusión hace que le resulte cada vez más difícil enfrentarse a la vida diaria.

No es capaz de elegir:

-entre sus ropas, pues se viste sin importarle como, y sin tener en cuenta la estación o los convencionalismos sociales;

---

<sup>61</sup> Disponible en [https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=enfermedad+alzheimer&\\_ga=2.28954492.1363684040.1551783630-1117596844.1551783630](https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=enfermedad+alzheimer&_ga=2.28954492.1363684040.1551783630-1117596844.1551783630)ll, consultado 20190306.

<sup>62</sup> Disponible en <http://www.alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer>, consultado 20180606. Cada autor referente establece su propia categoría de las diferentes fases o etapas de evolución de la enfermedad.

-entre las etapas habituales de su baño o ducha: ¿cuándo quitarse la ropa?, ¿cuándo enjabonarse?, ¿cuándo secarse?

Pierde su autonomía ya que no puede conducir, ni viajar en metro o en autobús sin compañía. Se pierde incluso en un trayecto que le es familiar.

Puede dedicarse a actividades peligrosas para si mismo y para los demás como abrir la llave del gas sin encenderlo, u olvidar su cigarrillo y prender fuego por accidente.

El enfermo ha de ser vigilado las 24 horas del día, lo que significa que sus familiares deben prestarle atención constante.

### **Fase Severa**

– Memoria: El enfermo olvida los hechos recientes y pasados. No reconoce a su cónyuge o a sus hijos, aunque conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que le cuida, le ayuda y le quiere. Este hecho debe estar siempre presente en la mente de quien se ocupa de él.

– Comportamiento: Su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación.

– Lenguaje y comprensión: El enfermo balbucea, repite palabras sin pies ni cabeza, y solo utiliza correctamente algunas palabras concretas. No comprende lo que se le dice.

– Coordinación de los gestos: No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece incontinencia.

– Actividades de la vida diaria: Con gran frecuencia permanece en la cama, lo que conduce a la aparición de llagas en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

La muerte sobreviene generalmente debido a una enfermedad asociada (cáncer, accidente cardíaco o vascular cerebral), a veces como consecuencia de permanecer encamado (infecciones de las llagas, infecciones respiratorias y o urinarias...).

### **Sonda de alimentación nasogástrica, SNG<sup>63</sup>**

Una sonda nasogástrica, SNG, es un tubo especial de plástico y/o silicona, que lleva alimento y medicamento hasta el estómago a través de la nariz. Puede usarse para todos los alimentos.

### **Retirada de la alimentación:**

¿Se debe limitar el esfuerzo terapéutico en nutrición artificial?<sup>64</sup>

“Se distribuyó una encuesta a 219 individuos (84 usuarios del Sistema Nacional de Salud, SNS, 135 trabajadores sanitarios), que incluía variables sociodemográficas, la opinión sobre diferentes aspectos de ética y soporte nutricional y qué medidas se consideran como cuidado paliativo.

---

<sup>63</sup> Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000182.htm>, consultado 20180606.

<sup>64</sup> [R. Alvarez Nido, R. de Diego Muñoz, R. Sánchez González, Miguel León Sanz, María Angeles Valero Zanuy, José Manuel Moreno Villares](#), ¿Se debe limitar el esfuerzo terapéutico en nutrición artificial? [Revista clínica española](#), ISSN 0014-2565, [Vol. 203, Nº. 12, 2003](#), págs. 582-587, disponible en <http://www.revclinesp.es/es/se-debe-limitar-el-esfuerzo/articulo/13053727/>, consultado 20180606.

## **Resultados.**

La mayoría de los encuestados opinan que la Nutrición Enteral (70,8%; IC 95%: 64,2-76,8) y Nutrición Parenteral (54,8%; IC 95%: 47,9-61,6) forman parte de los cuidados básicos, con diferencias entre el personal sanitario y los usuarios del SNS. El 50,2% considera que no existen diferencias entre instaurar o retirar soporte nutricional. El 71,3% de los profesionales sanitarios responden que esta decisión depende del médico y el 60,5% de los usuarios del SNS opinan que depende del propio enfermo y/o familiares. Todas las medidas interrogadas se consideran como cuidados básicos, independientemente de las características del encuestado.

## **Conclusiones.**

La nutrición artificial se entiende como un cuidado básico, independientemente de la situación y calidad de vida del paciente. Mientras los profesionales sanitarios opinan que la decisión de iniciar/retirarlas depende del médico, los usuarios del SNS consideran que depende del enfermo/familia en caso de incapacidad de éste.”

## **Obstinación terapéutica<sup>65</sup>**

Situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

## **Algunos problemas éticos**

1. Decisiones de sustitución. ¿Quién debe decidir si proceder o no a suspender la nutrición en el caso de la Sra. Antonia?
2. Futilidad. ¿Debe ser considerado fútil el tratar la posible neumonía de la Sra. Antonia?
3. Discriminación negativa por cronicidad. ¿Existe dentro del estamento sanitario discriminación negativa de los pacientes que tienen enfermedades crónicas e invalidantes?
4. Consumo de recursos en pacientes de mal pronóstico. ¿Es el consumo de recursos destinados a la atención de la Sra. Antonia desproporcionado en relación al beneficio que se puede obtener?

## **Problema ético objeto de discusión.**

Decisiones de sustitución. ¿Quién debe decidir si proceder o no a suspender la nutrición en el caso de la Sra. Antonia?

## **Principios éticos implicados.**

### **Principio ético no maleficencia.**

*Primum non nocere*: ¿Es maleficiente la alimentación por sonda de la Sra. Antonia?

---

<sup>65</sup> Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>, consultado 20180606.

Principio ético de **autonomía**.

Consentimiento informado del paciente. Decisión por representante en paciente incapaz.

Principio ético **de justicia**.

Uso de recursos sanitarios en pacientes de mal pronóstico vital y con escasas o nulas previsiones de recuperación.

**Cursos de acción.**

**Cursos extremos.**

Ofrecer a la Sra. Antonia todos los cuidados y tratamientos que pueda requerir para solucionar su actual problema de salud y los que se puedan derivar de su evolución.

Suspender todo tratamiento y cuidado que pueda requerir la Sra. Antonia, dado el estado de evolución de su enfermedad de Alzheimer.

**Cursos intermedios.**

Hablar con la vecina para intentar saber cuál hubiera sido la voluntad de la Sra. Antonia.

Ofrecer a la Sra. Antonia el tratamiento que pueda requerir y establecer una Limitación del Esfuerzo Terapéutico, en función de su evolución, siempre teniendo presente su confort.

**Curso óptimo.**

Hablar con la vecina para intentar saber cuál hubiera podido ser la voluntad de la Sra. Antonia. Acordar, llegado el caso, establecer una Limitación del Esfuerzo Terapéutico dado su mal pronóstico a corto plazo, orientando las actuaciones a mantener su confort, suspendiendo la nutrición de la paciente, pero no su hidratación.

**Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

**-Prueba de legalidad.**

La opción del CEA se ajusta a la normativa vigente en relación con la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. En el caso de la Sra. Antonia se tiene en cuenta la opinión de su vecina, que la conocía y sabía cuáles eran sus deseos.

**-Prueba de publicidad.**

La decisión del CEA es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

Dada la irreversibilidad del estado de salud de la Sra. Antonia esta decisión supera la prueba del tiempo.

## **Caso 17. Principio de beneficencia y paternalismo justificado. El Sr. Alberto.**

### **Hechos.**

Se presenta al Comité de Ética el caso clínico del Sr. Alberto, un paciente de 40 años de edad, con una enfermedad hematológica. En la visita de control en el Hospital de Día de Hematología, le ha pedido a su doctora que le instaure un tratamiento que, afirma el paciente, ha verificado por Internet y se les administra a otros pacientes con su patología.

La Hematóloga, indica en su consulta al Comité de Ética, se puso en contacto con los centros sanitarios que salían referenciados en Internet en relación con dicho tratamiento, quienes le especificaron las características de la patología de los pacientes que estaban tratando y que, según entiende la especialista, no se corresponde con la enfermedad que aqueja al Sr. Alberto. Por todo ello, considera que no debe instaurar dicho tratamiento al Sr. Alberto, dado que podría ser maleficiente.

Un vocal del Comité indica que todo tratamiento que se instaure a cargo del Sistema Público de Salud debe ofrecer garantías de eficiencia y no ser, en ningún momento y bajo ningún concepto, un tratamiento fútil

Otra vocal del Comité entiende que, si el paciente está de acuerdo en recibir dicho tratamiento, y ello no le ha de comportar perjuicio alguno, se puede proceder a su administración, aún si dicho medicamento no tiene como indicación específica la patología a la que se aplica.

Para otro vocal es el médico quien debe establecer la terapéutica pertinente en función de la patología del paciente, no según los antojos de éste, y no se puede someter al Sistema Nacional de Salud a gastos que no ofrecen garantías de mejorar el estado de salud del paciente.

Finalmente indica la Sra. Presidenta del Comité que es preciso actualmente extremar las cautelas de cara a prevenir a los pacientes de que las informaciones a las que se puede acceder, mediante Internet, no siempre están debidamente contrastadas a nivel médico y además pueden no estar indicadas en un caso concreto, puesto que la medicina no es una ciencia exacta.

## Conceptos presentes.

### Paternalismo médico<sup>66</sup>

“La actividad médica se enfrenta a numerosos desafíos propios de la denominada sociedad del riesgo .... Estos riesgos son percibidos con mayor facilidad por los usuarios del servicio de salud, pues el paciente posee más conciencia ciudadana en torno a los Derechos sociales que les corresponde.

Este cambio de mentalidad, obedece a la evolución de la relación médico-paciente, esto es, el cambio de un modelo paternalista propio de la cultura hipocrática, al actual paradigma de la autonomía de la voluntad. De esta forma, se aprecia la necesidad de delimitar y plantear los derroteros que se deben seguir en la actuación médica, con el fin de actuar en beneficio del paciente, y con la garantía de realizar dicha actuación conforme a Derecho.

Como su nombre nos lo indica, la relación médico-paciente, ha sido un asunto propio de la bioética, que posee grandes repercusiones jurídicas, en donde podemos cuestionar ¿cuál es la relación médico-paciente razonable?

Si partimos del respeto al derecho a la libertad que poseen todos los individuos en someterse o no, según sus criterios de voluntad, a un determinado tratamiento médico, o si, por el contrario se le da prioridad al Derecho a la vida y salud por encima de dicha libertad de los individuos, se trata en concreto de un enfrentamiento de derechos, que ha originado el desarrollo de dos máximas clásicas: “*salus aegroti suprema lex*” (la salud del paciente es Ley superior) y “*voluntas aegroti suprema lex*” (la voluntad del paciente es Ley superior), que a su vez han dado luz a dos modelos o formas de enfocar la relación médico-paciente.

Un primer modelo es el paternalista, que se caracteriza por su afán de buscar el beneficio del paciente sin respetar la voluntad contraria del mismo en el sentido de no aceptar un tratamiento médico, y un segundo modelo denominado de autonomía, preocupado por garantizar el respeto de la voluntad del paciente, así se llegue a resultados fatales como la muerte.

#### I. Modelo paternalista (Verticalidad)

La relación médico-paciente, se ha desarrollado en una práctica paternalista de la medicina que lleva más de XXV siglos de tradición, propia del modelo hipocrático. El modelo clásico de relación médico-paciente es paternalista. Para dicho modelo, el médico como experto, debe procurar el mayor bien para sus pacientes sin que éstos puedan tener opinión al respecto, ya que son profanos en la materia. Dicho bien siempre venía determinado por la aceptación del orden natural y, para conseguirlo, el paciente debía obedecer sin cuestionar todo lo que el médico le propusiera.

---

<sup>66</sup> C.I. Machado Rodríguez, La relación médico-paciente. De la verticalidad a la horizontalidad, Publicado: 15/12/2010, *Medicina Forense y Legal*, , disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2668/1/La-relacion-medico-paciente-De-la-verticalidad-a-la-horizontalidad.html>, consultado 20180606.

Este modelo responde al pensamiento en donde el médico es quien sabe lo que le conviene o no a paciente, parte del concepto de *infirmus* como limitación moral por causa de la enfermedad, por ello el médico ocupa el lugar del paciente y como tal, decide lo que es más conveniente. Este esquema de la medicina paternalista se ha querido atribuir a la medicina que se ha venido practicando desde Hipócrates hasta los años sesenta. “

### **Medicamentos de uso compasivo.**

**Situaciones en las que se puede solicitar un "uso compasivo" de medicamentos<sup>67</sup>.**

**Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.**

#### **Artículo 24. Garantías de disponibilidad de medicamentos en situaciones específicas y autorizaciones especiales.**

1. En circunstancias excepcionales, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá conceder una autorización supeditada a la obligación por parte del solicitante de cumplir determinadas condiciones revisables anualmente. Dichas condiciones quedarán, en especial, referidas a la seguridad del medicamento, a la información a las autoridades competentes de todo incidente relacionado con su utilización y a las medidas que deben adoptarse. Reglamentariamente se establecerán los criterios para la concesión de estas autorizaciones.

2. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá, de oficio o a solicitud de las comunidades autónomas interesadas, por razones sanitarias objetivas y debidamente motivadas, sujetar a reservas singulares la autorización de medicamentos que así lo requieran por su naturaleza o características, así como sus condiciones generales de prescripción y dispensación.

**3. La prescripción y la aplicación de medicamentos no autorizados a pacientes no incluidos en un ensayo clínico con el fin de atender como uso compasivo necesidades especiales de tratamiento de situaciones clínicas de pacientes concretos se regulará reglamentariamente, con pleno respeto a lo establecido en la legislación vigente en materia de autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

**La persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá las condiciones para la prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilicen en condiciones distintas a las autorizadas, que en todo caso tendrá carácter excepcional.**

4. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá autorizar la importación de medicamentos no autorizados en España siempre que estén legalmente comercializados en otros Estados, cuando esta importación resulte imprescindible para la prevención, el diagnóstico o el

---

<sup>67</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>consultado 20190307.

tratamiento de patologías concretas por no existir en España alternativa adecuada autorizada para esa indicación concreta o por situaciones de desabastecimiento que lo justifiquen.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones?
2. Futilidad. ¿Debe ser considerado fútil el tratamiento con medicamentos de uso compasivo?
3. Consumo de recursos sanitarios en pacientes de pronóstico incierto. ¿Es el consumo de recursos sanitarios desproporcionado en relación al beneficio esperado?
4. Prestaciones del Sistema Público de Salud. ¿Debe el Sistema Público de Salud definir con exactitud cuáles son sus prestaciones?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Prestaciones del Sistema Público de Salud. ¿Debe el Sistema Público de Salud definir con exactitud cuáles son sus prestaciones?

### **Principios éticos implicados.**

#### **Principio ético de beneficencia.**

Paternalismo médico: justificación del mismo cuando el paciente no está bien informado. La información médica en Internet.

#### **Principio ético de justicia.**

Medicamento de uso compasivo. Prestaciones públicas de salud. Eficiencia sanitaria.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Ofrecer al Sr. Alberto el tratamiento que pide, dado que sólo actuando de esta manera vamos a respetar su autonomía.

Indicar al Sr. Alberto que es función del facultativo establecer el tratamiento pertinente en función de la enfermedad, y que su propuesta es una intromisión en un ámbito en el que no es competente, negándole toda opción a que el médico considere su propuesta terapéutica.

#### **Cursos intermedios.**

Valorar las fuentes de información que ha utilizado el Sr. Alberto para realizar su propuesta, y sopesar la validez de las mismas y la idoneidad de su aplicación a su patología, comentando con el mismo las conclusiones a las que se llegue al respecto.

Valorar las fuentes de información que ha utilizado el Sr. Alberto para realizar su propuesta, y sopesar la validez de las mismas y la idoneidad de su aplicación a su patología, decidiendo el tratamiento a instaurar en consecuencia.

### **Curso óptimo.**

Valorar las fuentes de información que ha utilizado el Sr. Alberto para realizar su propuesta, y sopesar la validez de las mismas y la idoneidad de su aplicación a su patología, comentando con el mismo las conclusiones a las que se llegue al respecto.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La decisión adoptada por el Comité de Ética respeta la normativa actualmente vigente en relación con la prescripción médica y el consentimiento informado del paciente.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida por el Comité de Ética es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

La resolución de un caso semejante pasado un tiempo podría variar en función de la existencia o no de avances terapéuticos.

**Caso 18. Consentimiento informado en un intento de autolisis.  
El Sr. Jonathan.**

**Hechos.**

Se presenta al Comité de Ética el caso clínico de Jonathan, un joven de 21 años diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, que es llevado por sus padres al Servicio de Urgencias por una sobredosis de benzodiazepinas.

En el momento de ser atendido por el médico de guardia el paciente refiere que lo ha dejado con la novia, motivo por el que se ha tomado 80 mgrs. de benzodiazepinas, porque quería dormir. Posteriormente ha avisado a sus padres porque se sentía mareado y había vomitado.

Como antecedentes, manifestados por sus padres, el paciente tiene varios episodios de intentos de autolisis también relacionados con desengaños amorosos y acompañados todos ellos por la posterior ingesta de benzodiazepinas.

A la exploración por parte del Médico de Urgencias, el paciente está consciente, orientado, eupneico, a nivel cardíaco presenta tonos rítmicos, la exploración abdominal presenta un abdomen blando, depresible, con peristaltismo conservado.

La exploración neurológica no presenta focalidades ni meningismo, los pares craneales están conservados, Glasgow 15, fuerza muscular y sensibilidad conservadas, ROTS presentes y simétricos.

Seguidamente el Médico de Urgencias solicita valoración por parte de la Psiquiatra de Guardia.

La Psiquiatra en su valoración entiende que el paciente no presenta ansiedad en el momento de la exploración, existe ideación autolítica episódica, aunque actualmente no tiene tales ideas ni signos de pasar al acto inminente, aceptando ayuda ambulatoria y volver a recabar ayuda urgente, en caso de volver a tener crisis de ansiedad importante. El paciente, una vez ha hablado con la Psiquiatra, pide el alta voluntaria, a lo que accede la facultativa.

En el momento de informar a sus progenitores, con autorización de Jonathan, disienten del alta asistencial de su hijo en el servicio de Urgencias, y piden que siga en observación durante un tiempo prudencial, más teniendo en cuenta que no es la primera vez que deben afrontar episodios de intentos de suicidio de su hijo, situaciones en las que se procedió a darle el alta a Jonathan y el mismo, en las 24 horas siguientes al alta, volvió a intentar suicidarse.

Solicitan asimismo que se plantee al Comité de Ética si un paciente, con las características de su hijo, puede ser considerado capaz para decidir o bien, por el contrario, se trata de un supuesto de paciente incapaz a criterio del médico responsable.

Toma la palabra un vocal del Comité de Ética e indica que Jonathan es mayor de edad, ha sido valorado por parte del especialista en salud mental y el mismo entiende que puede ser dado de alta.

Otro vocal indica que no hay que olvidar que los padres son quienes, sin duda alguna, mejor conocen a su hijo y las posibles reacciones que puede tener en casos como éste.

## **Conceptos presentes.**

### **Trastorno límite de la personalidad<sup>68</sup>.**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una afección mental por la cual una persona tiene patrones prolongados de emociones turbulentas o inestables. Estas experiencias interiores a menudo los llevan a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas.

#### **Causas.**

La causa del TLP se desconoce. Se cree que se relaciona con factores genéticos, familiares y sociales.

Los factores de riesgo incluyen:

- Abandono o miedo al abandono en la niñez o en la adolescencia.
- Vida familiar disociada.
- Comunicación deficiente en la familia.
- Abuso sexual, físico o emocional.

El TLP tiende a ocurrir más a menudo en las mujeres. Los síntomas pueden mejorar después de la mediana edad.

#### **Síntomas.**

Las personas con TLP a menudo presentan incertidumbre acerca de quiénes son. Como resultado, sus intereses y valores pueden cambiar rápidamente. También tienden a ver las situaciones en términos extremos, o todo es bueno o todo es malo. Sus puntos de vista sobre otras personas pueden cambiar rápidamente. Una persona que luce admirable un día puede lucir despreciativa al siguiente día. Estos sentimientos súbitamente cambiantes a menudo llevan a relaciones intensas e inestables.

Otros síntomas de TLP incluyen:

- Miedo intenso de ser abandonado.
- Intolerancia a la soledad.
- Sentimientos de vacío y aburrimiento.
- Manifestaciones de ira inapropiada.
- Impulsividad, como con el consumo de sustancias o las relaciones sexuales.
- Actos de autolesión, como hacerse cortes en las muñecas o tomar sobredosis.

#### **Pruebas y exámenes.**

El trastorno límite de personalidad se diagnostica sobre la base de una evaluación psicológica. El proveedor de atención médica valorará los antecedentes y gravedad de los síntomas de la persona.

#### **Tratamiento.**

La psicoterapia individual puede tratar eficazmente el TLP. Además, la terapia de grupo algunas veces puede servir.

---

<sup>68</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000935.htm>, consultado 20180606.

Los medicamentos tienen un papel menor al tratar el TLP. En algunos casos, pueden mejorar los altibajos en el estado de ánimo y tratar la depresión u otros trastornos que se pueden presentar con este trastorno.

### **Expectativas (pronóstico).**

Las perspectivas del tratamiento dependen de la gravedad de la afección y de si la persona está dispuesta a aceptar ayuda. Con la psicoterapia a largo plazo, la persona a menudo mejora gradualmente.

### **Posibles complicaciones.**

Las complicaciones pueden incluir:

- Depresión.
- Drogadicción.
- Problemas con el trabajo, la familia y las relaciones sociales.
- Intentos de suicidio y suicidio.

### **Capacidad<sup>69</sup>.**

“La capacidad que, según la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente, pueden y deben evaluar los médicos en el contexto clínico habitual, es lo que denominamos “capacidad de obrar de hecho o natural”, también conocida como *competencia*. Se refiere a las condiciones psicológicas internas que permiten a una persona gobernar efectivamente su vida, de tal modo que podamos concluir que sus decisiones son auténticas, es decir, que reflejan de forma adecuada su propia personalidad, su autonomía moral. Esta capacidad de hecho tiene siempre un correlato jurídico que llamamos “capacidad de obrar de derecho o legal”.

Si cuestionamos la capacidad de hecho de una persona mayor, esto tiene automáticamente consecuencias en la esfera de su capacidad de derecho: le retiramos la potestad jurídica para que ejerza activamente y por sí mismo sus derechos y obligaciones, y buscamos a otra persona, su representante, para que lo haga en su lugar.

Es importante saber si esa limitación de la capacidad es transitoria o permanente. En el contexto clínico más habitual, lo más frecuente es que hablemos de situaciones potencialmente transitorias. Pero, en determinados campos clínicos, como la psiquiatría o la geriatría, la incapacidad puede devenir permanente.

Para diferenciar mejor a efectos prácticos ambas situaciones, tiende a recurrirse a los términos en negativo. Así, se habla de:

– *Incapaz*, el que no tiene aquí y ahora capacidad de hecho o natural, y como consecuencia de ello pierde transitoriamente su capacidad de derecho. Por ejemplo, un paciente en coma etílico, en encefalopatía hipercápnica grave o,

---

<sup>69</sup> Pablo Simón Lorda, I.M. Barrio Cantalejo Cómo evaluar la capacidad de los pacientes para decidir: algunas claves prácticas, Jano 17-23 de octubre de 2008. N.º 1.711, pags.104-107, pag 105.

simplemente, dormido con anestesia general.

– *Incapacitado*, el que no tiene de forma permanente capacidad de derecho o legal, porque un juez ha emitido una sentencia de incapacitación que así lo establece, por presentar una alteración mental que disminuye su juicio, su capacidad de hecho, de forma habitual y no meramente circunstancial. Por ejemplo, un paciente en estado vegetativo permanente, un psicótico con gran deterioro o una demencia avanzada.

**La capacidad de los pacientes –al menos de los mayores de edad– debe presumirse siempre, salvo que haya, lógicamente una sentencia de incapacitación. Por eso, de un paciente siempre hay que demostrar la incapacidad, no la capacidad. En caso de duda, la presunción de capacidad debe prevalecer.”**

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente afecto de una enfermedad mental. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones? Valoración de la capacidad. ¿Es el psiquiatra el profesional encargado de valorar la capacidad de decisión del paciente?
2. Decisiones de sustitución. ¿Caso de ser necesaria la decisión por parte de un tercero, corresponde al facultativo, a su familia?
3. Discriminación negativa por enfermedad mental. ¿Existe dentro del estamento sanitario discriminación de los pacientes que tienen enfermedades mentales?
4. Rol del Comité de Ética. ¿Debe el Comité de Ética proceder a revisar las decisiones terapéuticas de los facultativos y personal sanitario encargados de la atención directa al enfermo?

### **Problema ético objeto de discusión.**

Capacidad del paciente con una enfermedad mental. ¿Es el paciente capaz para tomar decisiones? Valoración de la capacidad. ¿Es el psiquiatra el profesional encargado de valorar la capacidad del paciente?

### **Principios éticos implicados.**

#### **Principio ético de autonomía.**

Capacidad del paciente con enfermedad mental para decidir por sí mismo, incapacidad judicial, representante legal.

#### **Principio ético de beneficencia.**

Paternalismo médico en el paciente con enfermedad mental.

#### **Principio ético de justicia.**

Discriminación negativa del paciente con enfermedad mental.

### **Cursos de acción.**

#### **Cursos extremos.**

Dar el alta hospitalaria a Jonathan dado que es mayor de edad y pide el alta voluntaria.

Retener a Jonathan en Urgencias en contra de su voluntad, alegando incapacidad transitoria a criterio del médico responsable, de acuerdo con los designios de sus progenitores y comunicarlo al Juzgado de Guardia.

#### **Cursos intermedios.**

Dar de alta hospitalaria a Jonathan una vez valorado su estado por parte de la psiquiatra y verificar que ha entendido que si vuelve a entrar en crisis de ansiedad y/o tiene de nuevo ideas autolíticas debe pedir ayuda.

Dar de alta hospitalaria a Jonathan una vez valorado su estado por parte de la psiquiatra y verificar que ha entendido que si vuelve a entrar en crisis de ansiedad y/o tiene de nuevo ideas autolíticas debe pedir ayuda e informar, con su permiso, detalladamente a la familia en los mismos términos, explicándoles el procedimiento para solicitar un ingreso urgente en un Servicio de Psiquiatría.

#### **Curso óptimo.**

Proceder a dar de alta hospitalaria a Jonathan una vez valorado su estado por parte de la psiquiatra y verificar que ha entendido que si vuelve a entrar en crisis de ansiedad y/o tiene de nuevo ideas autolíticas debe pedir ayuda, e informar, con su permiso, detalladamente a la familia en los mismos términos, explicándoles el procedimiento para solicitar un ingreso urgente en un Servicio de Psiquiatría.

### **Pruebas de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La opción que propone el Comité de Ética respeta la normativa actualmente vigente tanto con respecto al consentimiento informado del paciente cuanto a los requisitos de ingreso urgente en un Servicio de Psiquiatría.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida por el Comité de Ética es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

Si transcurrido cierto tiempo el Comité de Ética tuviera que valorar un caso clínico similar al de Jonathan adoptaría la misma resolución que en este caso.

## **Caso 19. Valoración de la idoneidad del donante vivo de órganos por parte del Comité de Ética Asistencial.**

**La Señora. Judith.**

### **Hechos.**

Se convoca por parte de la Comisión de extracción y trasplante de órganos del hospital al Comité de Ética Asistencial, para valorar la idoneidad de la Sra. Judith como donante viva de riñón para su pareja.

La pareja de la Sra. Judith es el Sr. Francisco, de 35 años de edad, afecto de una insuficiencia renal crónica de empezar tratamiento de hemodiálisis. Ambos se conocen desde hace seis meses. No existen antecedentes de enfermedad renal en la familia del Sr. Francisco, que vive con sus padres y una hermana de 30 años. Tiene trabajo estable.

La Sra. Judith, de 25 años de edad, goza de buen estado de salud. Hace medio año que tiene relación con su actual pareja. Es de origen hispanoamericano, en estos momentos está en paro, y tiene previsto ir a vivir con su actual pareja en los próximos días. Tiene dos hijos pequeños de 3 y 5 años de edad, de una relación anterior, que viven con ella en una habitación alquilada. No tiene otros familiares, pero sí conocidos en nuestro país.

La Sra. Judith es entrevistada por los representantes de la Comisión de trasplante del Comité de Ética Asistencial, dando cumplimiento al procedimiento legal establecido para el caso de donante vivo de órganos.

Los representantes de la Comisión informan a la Sra. Judith del objeto de dicha entrevista, establecida por la normativa vigente sobre extracción y trasplante de órganos, que requiere de un informe favorable del Comité, para que la extracción y posterior trasplante de órgano de donante vivo, en este caso un riñón, se pueda llevar a cabo. Asimismo, le indican que todas las preguntas que se le van a realizar vienen establecidas por un protocolo del hospital y que todo cuanto ella comente a los miembros de la Comisión de trasplante del Comité de Ética Asistencial es confidencial dada la obligación de secreto profesional que les vincula.

Se le pregunta a la Sra. Judith si sabe que si da su conformidad se le extraerá un riñón, para su trasplante a su actual pareja, que dicho trasplante puede llegar a buen término si no hay rechazo del mismo por el receptor -con una duración del riñón trasplantado que puede llegar a los 10 o 15 años según los estudios actualmente disponibles-. Asimismo, que teniendo en cuenta que tiene dos hijos, no podrá ser ya donante de riñón para ellos, si en un futuro estos lo requieren.

Responde la Sra. Judith que es consciente de ello, que ha sido informada por el nefrólogo de éstas cuestiones y que, en relación a sus hijos, espera no tener que afrontar una enfermedad renal suya en el futuro.

Un miembro de la Comisión le pregunta cómo surgió en ella la idea de ser donante, sino existe otro donante compatible en la familia de su pareja, y cuál es la opinión de los familiares directos y amistades de la Sra. Judith con respecto a su intención de donar.

Informa la Sra. Judith que ni los padres ni la hermana de su pareja son donantes compatibles. La decisión de ser donante surgió de ella espontáneamente, sin haber sido en ningún momento coaccionada. Sin embargo, al hablar de la opinión de sus familiares y amistades duda un poco antes de contestar, y manifiesta que su madre le preguntó repetidamente si realmente estaba segura de lo que pensaba hacer, y que, si ello no comportaba riesgo alguno para su integridad, y en el mismo sentido sus amigos.

Le pregunta una vocal de la Comisión que sí, caso de negarse a la donación, ello tendría consecuencias en su relación sentimental y en su futuro más inmediato, como el ir a vivir a casa de su pareja. Le indica que son preguntas que se ve en la necesidad de realizar dado que las exige el protocolo.

Responde la Sra. Judith que su pareja en ningún momento le pidió que fuera su “donante”, pero que está de acuerdo en que ella sea su donante, “así estaremos más unidos” le ha dicho. Añade que el hecho de ir a vivir con su pareja a casa de sus suegros no está en absoluto relacionado con la donación.

Al ser preguntada sobre si tiene independencia económica en la actualidad y que quién cuidará a sus hijos, durante y después de la donación, responde que está cobrando el paro, que el padre de sus hijos no paga ninguna pensión alimenticia, que recibe ayuda económica esporádica por parte de sus suegros, padres del receptor, y que son éstos los que se han ofrecido a cuidar de sus hijos mientras se recupera de la intervención precisa para la donación. Añade que, aunque no le hacen ninguna gracia las operaciones, acepta como un mal menor el tener que “pasar” por quirófano.

Seguidamente le pregunta un vocal si sabe que en España no está permitida la compraventa de órganos, que, si sabe que es ilegal, pese a que por Internet se puede comerciar con órganos cosa que, repite, en nuestro país están prohibido por la ley.

La Sra. Judith indica que no sabía nada al respecto pero que, en todo caso, no es ésa su situación: sabe que va a donar un riñón a su pareja, y no lo hace por dinero.

Le pregunta un vocal si sabe que puede retirar su consentimiento en cualquier momento previo a la extracción, sin que trascienda su decisión en ningún caso y ello sin olvidar que el equipo asistencial está obligado a guardar secreto profesional. La Sra. Judith dice que desconocía tal aspecto pero que está decidida a seguir adelante con su donación.

Finalmente le preguntan los miembros de la Comisión si tiene alguna cuestión que plantear y, ante la respuesta negativa de la Sra. Judith al respecto, le agradecen su atención. Una vez se despiden de la Sra. Judith, los miembros de

la Comisión debaten si emiten un dictamen favorable a la donación o bien lo tratan en el Comité de Ética.

### **Conceptos presentes.**

#### **Trasplante de riñón<sup>70</sup>.**

Es una cirugía para colocar un riñón sano en una persona con insuficiencia renal.

#### **Descripción.**

Los trasplantes de riñón son una de las operaciones de trasplantes más comunes.

Se necesita un riñón donado para reemplazar el trabajo previamente realizado por sus riñones.

El riñón donado puede provenir de:

- Un donante familiar vivo, emparentado con el receptor, como uno de los padres, un hermano o un hijo.
- Un donante no emparentado con el receptor, como un amigo o el cónyuge.
- Un donante muerto: una persona recientemente fallecida que se sepa no ha tenido enfermedad renal crónica.

El riñón sano se transporta en agua fría con sal (solución salina) que preserva el órgano hasta 48 horas. Esto le da a los médicos tiempo para llevar a cabo pruebas de compatibilidad de la sangre y el tejido del donante y del receptor antes de la operación.

#### **Procedimiento para un donante vivo de riñón.**

Si la persona va a donar un riñón, se le aplicará anestesia general antes de la cirugía, lo cual significa que estará dormido y no sentirá dolor. Actualmente, los cirujanos pueden emplear incisiones quirúrgicas más pequeñas con técnicas laparoscópicas.

#### **Extirpación del riñón<sup>71</sup>.**

La extirpación del riñón o nefrectomía es la cirugía para extraer todo o parte de un riñón. Puede implicar:

- Extirpar parte de un riñón (nefrectomía parcial).
- Extirpar todo un riñón (nefrectomía simple).
- Extirpar todo un riñón, los ganglios linfáticos circundantes y la glándula suprarrenal (nefrectomía radical).

---

<sup>70</sup> Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/kidneytransplantation.html>, consultado 20180606.

<sup>71</sup> Disponible <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003001.htm>, consultado 20180606.

## Descripción.

Esta cirugía se hace en el hospital mientras el donante está dormido y sin dolor (anestesia general). El procedimiento puede durar 3 o más horas.

Nefrectomía simple o abierta:

- El donante se acostará de lado. El cirujano hará una incisión (corte) de hasta unos 30 cms de longitud en uno de sus costados, justo por debajo de las costillas o por encima de las últimas costillas.
- Se corta y se retira músculo, grasa y tejido. Es posible que el cirujano deba extirpar una costilla para hacer el procedimiento.
- El conducto que lleva la orina desde el riñón a la vejiga (uréter) y los vasos sanguíneos se cortan del riñón y luego se extrae este último.
- Algunas veces, sólo se puede extirpar una parte del riñón.
- Luego la incisión se cierra con puntos de sutura y con grapas.

Los riesgos de cualquier cirugía son:

- Coágulos de sangre en las piernas que pueden viajar a los pulmones.
- Problemas respiratorios.
- Infección, incluyendo en la herida quirúrgica, los pulmones (neumonía), la vejiga o el riñón.
- Sangrado.
- Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular durante la cirugía.
- Reacciones a los medicamentos.

Los riesgos de este procedimiento son:

- La lesión a otros órganos o estructuras.
- Insuficiencia renal en el riñón que queda.
- Después de extraer un riñón, el otro riñón puede no trabajar igual de bien durante algún tiempo.
- Hernia de la herida quirúrgica.

## Donante vivo de órganos<sup>72</sup>.

**Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad, B.O.E. núm. 313, 29 diciembre 2012**

### Artículo 3. Definiciones.

14. Donante vivo: persona viva de la que, cumpliendo los requisitos aquí establecidos, se pretende obtener aquellos órganos, o parte de los mismos, cuya obtención sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.

---

<sup>72</sup> Disponible en [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15715](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15715), consultado 20180606.

19. Órgano: aquella parte diferenciada del cuerpo humano constituida por diversos tejidos que mantiene su estructura, vascularización y capacidad para desarrollar funciones fisiológicas con un grado importante de autonomía y suficiencia. Son, en este sentido, órganos: los riñones, el corazón, los pulmones, el hígado, el páncreas, el intestino y cuantos otros con similar criterio puedan ser obtenidos y trasplantados de acuerdo con los avances científicos y técnicos. Se considera asimismo órgano, la parte de éste cuya función sea la de ser utilizada en el cuerpo humano con la misma finalidad que el órgano completo, manteniendo los requisitos de estructura y vascularización. A efectos de este real decreto, también se consideran órganos los tejidos compuestos vascularizados.

#### **Artículo 8. Requisitos para la obtención de órganos de donante vivo.**

1. La obtención de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

a) El donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.

b) Debe tratarse de un órgano, o parte de él, cuya obtención sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.

c) El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, de los riesgos, para sí mismo o para el receptor, así como de las posibles contraindicaciones, y de la forma de proceder prevista por el centro ante la contingencia de que una vez se hubiera extraído el órgano, no fuera posible su trasplante en el receptor al que iba destinado. El donante debe otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

d) El donante no deberá padecer o presentar deficiencias psíquicas, enfermedad mental o cualquier otra condición por la que no pueda otorgar su consentimiento en la forma indicada. Tampoco podrá realizarse la obtención de órganos de menores de edad, aun con el consentimiento de los padres o tutores.

e) El destino del órgano obtenido será su trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida.

**2. No se obtendrán ni se utilizarán órganos de donantes vivos si no se esperan suficientes posibilidades de éxito del trasplante, si existen sospechas de que se altera el libre consentimiento del donante a que se refiere este artículo, o cuando por cualquier circunstancia pudiera considerarse que media condicionamiento económico, social, psicológico o de cualquier otro tipo.**

**En cualquier caso, para proceder a la obtención, será preceptivo disponer de un informe del Comité de Ética correspondiente.**

3. Los donantes vivos se seleccionarán sobre la base de su salud y sus antecedentes clínicos. El estado de salud físico y mental del donante deberá ser acreditado por un médico cualificado distinto de aquéllos que vayan a efectuar la extracción y el trasplante, que informará sobre los riesgos inherentes a la intervención, las consecuencias previsibles de orden somático o

psicológico, las repercusiones que pueda suponer en su vida personal, familiar o profesional, así como de los beneficios que se esperan del trasplante y los riesgos potenciales para el receptor. En este sentido, debe trasladarse al donante vivo la importancia que reviste la transmisión de sus antecedentes personales. A la luz del resultado de este examen, se podrá excluir a cualquier persona cuando la obtención pueda suponer un riesgo inaceptable para su salud, o el trasplante del órgano obtenido para la del receptor.

Los anteriores extremos se acreditarán mediante un certificado médico que hará necesariamente referencia al estado de salud, a la información facilitada y a la respuesta y motivaciones libremente expresadas por el donante y, en su caso, a cualquier indicio de presión externa al mismo. El certificado incluirá la relación nominal de otros profesionales que puedan haber colaborado en tales tareas con el médico que certifica.

4. Para proceder a la obtención de órganos de donante vivo, se precisará la presentación, ante el Juzgado de Primera Instancia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante, a elección del promotor, de una solicitud del donante o comunicación del Director del centro sanitario en que vaya a efectuarse, o la persona en quien delegue, en la que se expresarán las circunstancias personales y familiares del donante, el objeto de la donación, el centro sanitario en que ha de efectuarse la extracción, la identidad del médico responsable del trasplante y se acompañará el certificado médico sobre la salud mental y física del donante.

El donante deberá otorgar su consentimiento expreso ante el Juez durante la comparecencia a celebrar en el expediente de Jurisdicción Voluntaria que se tramite, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción y en presencia del médico al que se refiere el apartado 3 de este artículo, el médico responsable del trasplante y la persona a la que corresponda dar la conformidad para la intervención, conforme al documento de autorización para la extracción de órganos concedida.

5. El documento de cesión del órgano donde se manifiesta la conformidad del donante será extendido por el Juez y firmado por el donante, el médico que ha de ejecutar la extracción y los demás asistentes. Si alguno de los anteriores dudara de que el consentimiento para la obtención se hubiese otorgado de forma expresa, libre, consciente y desinteresada, podrá oponerse eficazmente a la donación. De dicho documento de cesión se facilitará copia al donante. En ningún caso podrá efectuarse la obtención de órganos sin la firma previa de este documento.

6. Entre la firma del documento de cesión del órgano y la extracción del mismo deberán transcurrir al menos veinticuatro horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención sin sujeción a formalidad alguna. Dicha revocación no podrá dar lugar a ningún tipo de indemnización.

7. La obtención de órganos procedentes de donantes vivos sólo podrá realizarse en los centros sanitarios expresamente autorizados para ello, debiendo informar del procedimiento a la autoridad competente responsable con anterioridad a su realización.

8. ... Deberá proporcionarse al donante vivo asistencia sanitaria para su restablecimiento y se facilitará su seguimiento clínico en relación con la obtención del órgano.

## **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente para ser donante vivo de órganos o parte de ellos.
2. Carácter terapéutico de la donación en donante vivo de órganos.
3. Principios inspiradores de la donación de órganos o parte de ellos por donante vivo: autonomía, gratuidad, confidencialidad.
4. Rol del Comité de Ética. ¿Debe el Comité de Ética verificar tan sólo que el donante vivo de órganos actúa libremente o además que la donación presenta todas las garantías para preservar su integridad (realización de estudios clínicos preceptivos), independencia económica, buen soporte social del donante?

## **Problema ético objeto de discusión.**

Rol del Comité de Ética. ¿Debe el Comité de Ética verificar tan sólo que el donante vivo de órganos actúa libremente o además que la donación presenta todas las garantías para preservar su integridad (realización de estudios clínicos preceptivos), independencia económica, buen soporte social del donante?

## **Principios éticos implicados.**

### **Principio ético de autonomía.**

Capacidad del donante para proceder a la donación “*in vivo*” de órgano o parte de él, requisitos legales del donante vivo de órganos.

### **Principio ético de beneficencia.**

Finalidad terapéutica de la donación, preservación de la vida de donante y receptor de órganos.

### **Principio ético de justicia.**

Gratuidad de la donación *versus* compra-venta de órganos.

## **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

Emitir una resolución del Comité de Ética favorable a la donación pese a las dudas sobre la existencia de un interés económico encubierto en la donación.

Emitir una resolución del Comité de Ética contraria a la donación dadas las sospechas de la existencia de un interés económico encubierto en la donación

### **Cursos intermedios.**

Solicitar al Departamento de Trabajo Social de la Institución una valoración de la situación de la Sra. Judith para verificar que su decisión de ser donante viva de órganos no es fruto de su situación social.

Emitir una resolución favorable a la donación dado que la Sra. Judith afirma haber recibido información sobre los requisitos legales de la donación de órganos de donante vivo, y que actúa voluntariamente y sin coacciones de ningún tipo.

**Curso óptimo.**

Emitir una resolución favorable a la donación dado que la Sra. Judith afirma haber recibido información sobre los requisitos legales de la donación de órganos de donante vivo.

**Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

**-Prueba de legalidad.**

La decisión adoptada por el Comité de Ética respeta la legislación actualmente en vigor en relación con la extracción y trasplante de órganos.

**-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida por el Comité de Ética es defendible públicamente.

**-Prueba del tiempo.**

La opción escogida por parte del Comité de Ética en este caso es similar a la que se pudiera plantear en un futuro trasplante, salvo si se produjera algún cambio legislativo en la regulación de los trasplantes de órganos.

**Caso 20. Consentimiento informado: negativa del paciente a recibir tratamiento oncológico específico para su enfermedad.**

**El Sr. Adrián.**

**Hechos.**

Se presenta al Comité de Ética el caso clínico del Sr. Adrián, por parte del Servicio de Oncología.

El Sr. Adrián es un paciente de 28 años ingresado en el Servicio de Oncología del Hospital, afecto de un cáncer testicular. Pese a que por parte de los facultativos del Servicio se le propone recibir tratamiento oncológico específico, con altas posibilidades de curación y de supervivencia, el Sr. Adrián explica que es “vegano”, que está en contra de la quimioterapia y de la medicina “oficial”, y que prefiere tomar medicinas y terapias alternativas, con las que se siente más seguro y que, según él, también le pueden ofrecer posibilidades de curación.

Los médicos especialistas en Oncología le indican que podrían valorar conjuntamente con él seguir el tratamiento convencional, que puede garantizar posibilidades de curación, y las terapias alternativas que el mismo Sr. Adrián pudiera proponer.

Acuerdan con él que trate sin demoras esta cuestión con sus familiares y/o allegados, ya que no conviene retrasar la decisión de tratarse, que están hablando de cáncer, y que les comunique cuál es su decisión al respecto.

Al cabo de 48 horas, el Sr. Adrián indica a los médicos que solicita la alta voluntaria del hospital ya que ha decidido definitivamente optar por otras alternativas terapéuticas, distintas de las que le ofrece el hospital.

Los médicos encargados de su atención se dirigen al Comité de Ética Asistencial, para consultar sobre la actuación a seguir en relación con la decisión del Sr. Adrián.

## Conceptos presentes.

### Vegano<sup>73</sup>

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua:

vegano<sup>2</sup>, na

Del ingl. *vegan*, de *vegetable* 'verduras' y *-an* '-ano'<sup>1</sup>.

1. adj. Perteneciente o relativo al veganismo.
2. adj. Que practica el veganismo. U. t. c. s.

veganismo

Del ingl. *veganism*, de *vegan* 'vegano<sup>2</sup>' e *-ism* '-ismo'.

1. m. Actitud consistente en rechazar alimentos o artículos de consumo de origen animal.

### Medicina complementaria y alternativa<sup>74</sup>

“La medicina complementaria y alternativa es un conjunto de sistemas, prácticas y productos que usualmente no se consideran parte de la medicina convencional. La medicina convencional es la medicina según la practican las personas que tienen títulos de M.D. (doctor en medicina) o D.O. (doctor en osteopatía) y otros profesionales de la salud asociados, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas. La medicina integral suele combinar tratamientos de la medicina convencional y de la medicina complementaria y alternativa, para los cuales existen pruebas de inocuidad y eficacia.”

### Cáncer de testículo<sup>75</sup>

“Los testículos son las glándulas sexuales masculinas y producen testosterona y espermatozoides. Las células germinativas dentro de los testículos producen espermatozoides inmaduros que, a través de una red de túbulos (tubos minúsculos) y tubos más grandes, llegan al epidídimo (un tubo largo en espiral cerca de los testículos), donde los espermatozoides maduran y se almacenan.

Los testículos tienen forma de huevo y están situados dentro del escroto (una bolsa de piel suelta que se encuentra suspendida directamente debajo del pene). Se sostienen dentro del escroto mediante el cordón espermático, que también contiene los vasos deferentes, y los vasos y nervios testiculares.

El cáncer de testículo es una enfermedad por la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de uno o ambos testículos, y es el cáncer más común en los hombres de 20 a 35 años de edad.

---

<sup>73</sup> Disponible en <http://dle.rae.es/?id=bR0cP2G|bR1FKp9>, consultado 20180606.

<sup>74</sup> Disponible en el sitio web del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés). <http://nccam.nih.gov/node/3858>, consultado 20180606.

<sup>75</sup> Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/testiculo/patient/#Keypoint1>, consultado 20180606.

Casi todos los cánceres de testículo comienzan en las células germinativas. Los dos tipos principales de tumores de células germinativas testiculares son seminomas y no seminomas. Estos dos tipos crecen y se diseminan de manera diferente y se tratan de distinta manera. Los no seminomas tienden a crecer y diseminarse más rápidamente que los seminomas. Los seminomas son más sensibles a la radiación. Un tumor testicular que contiene tanto células de seminoma como de no seminoma se trata como un no seminoma.”

### **Quimioterapia<sup>76</sup>**

“La quimioterapia es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación. Cuando la quimioterapia se toma por boca o se inyecta en una vena o un músculo, los medicamentos ingresan en el torrente sanguíneo y pueden llegar a las células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan sobre todo las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional)”

### **Derecho a la información y consentimiento informado.**

**Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE núm. 274, de 15/11/2002<sup>77</sup>**

#### **Artículo 4. Derecho a la información asistencial.**

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

#### **Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.**

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

---

<sup>76</sup> Disponible en [https://www.cancer.gov/espanol/tipos/testiculo/paciente/tratamiento-testiculo-pdq?redirect=true#\\_123](https://www.cancer.gov/espanol/tipos/testiculo/paciente/tratamiento-testiculo-pdq?redirect=true#_123), consultado 20190308.

<sup>77</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>, consultado 20180606.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

### **Artículo 8. Consentimiento informado.**

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

### **Algunos problemas éticos.**

1. Capacidad del paciente. ¿Puede decidir el paciente no recibir un tratamiento médico y/o quirúrgico que puede ser curativo, poniendo en peligro su vida?

2. Decisiones de sustitución. ¿Cabe pedir “auxilio” al Comité de Ética y/o a la autoridad sanitaria para obligar al paciente a someterse al tratamiento propuesto?

3. Valoración de la capacidad. ¿Es el psiquiatra el profesional encargado de valorar la capacidad del paciente?

4. Rol del Comité de Ética. En caso de consulta, ¿debe el Comité de Ética implicarse en la decisión de convencer al paciente para que cambie de opinión respecto a su decisión?

## **Problema ético objeto de discusión.**

Capacidad del paciente. ¿Puede decidir el paciente no recibir un tratamiento médico y/o quirúrgico que puede ser curativo, poniendo en peligro su vida?

## **Principios éticos implicados.**

### **Principio ético de autonomía.**

Capacidad del paciente para decidir sobre los tratamientos médicos y/o quirúrgicos que se le proponen. Información precisa para poder hablar de consentimiento “informado”.

### **Principio ético de beneficencia.**

Paternalismo médico: Privilegio terapéutico/ estado de necesidad terapéutico. Hacer el bien del paciente.

## **Cursos de acción.**

### **Cursos extremos.**

Respetar la decisión del Sr. Adrián, haciéndole saber que la misma conlleva que el Servicio de Oncología no pueda responsabilizarse del seguimiento de su enfermedad de ahora en adelante.

No respetar la decisión del Sr. Adrián, contactando con la autoridad judicial competente para poner en su conocimiento el riesgo vital en que incurre el mismo con su decisión, y pidiendo autorización para administrarle el tratamiento curativo.

### **Cursos intermedios.**

Requerir la colaboración de los familiares y/o allegados del Sr. Adrián, para que él mismo valore las ventajas que se podrían derivar de aceptar el tratamiento médico propuesto, e intentar que cambie de opinión, dado que el tratamiento propuesto puede ser curativo. Darle al paciente, en todo caso, garantías de seguir ofreciéndole el soporte asistencial que pudiera precisar en cualquier momento, con independencia de su decisión final respecto a si acepta o no el tratamiento propuesto, decisión que será en todo caso respetada por el Servicio de Oncología.

Solicitar al Sr. Adrián que reconsidere su decisión insistiendo en que, sino acepta el tratamiento propuesto por el Servicio de Oncología, se pueden producir consecuencias indeseables en la evolución del cáncer que padece. Darle, en todo caso, garantías de seguir ofreciéndole el soporte asistencial que pudiera precisar en cualquier momento, con independencia de su decisión final respecto a si acepta o no el tratamiento propuesto, decisión que será en todo caso respetada por el Servicio de Oncología.

### **Curso óptimo.**

Requerir la colaboración de los familiares y/o allegados del Sr. Adrián, para que él mismo valore las ventajas que se podrían derivar si acepta el tratamiento médico propuesto, e intentar que cambie de opinión, ya que dicho tratamiento puede ser curativo. Darle al paciente, en todo caso, garantías de seguir ofreciéndole el soporte asistencial que pudiera precisar en cualquier momento, con independencia de su decisión final respecto a si acepta o no el tratamiento propuesto, decisión que será en todo caso respetada por el Servicio de Oncología.

### **Prueba de consistencia del curso de acción escogido.**

#### **-Prueba de legalidad.**

La decisión adoptada por el Comité de Ética es respetuosa con la normativa actualmente reguladora del consentimiento informado.

#### **-Prueba de la publicidad.**

La opción escogida por parte del Comité de Ética es defendible públicamente.

#### **-Prueba del tiempo.**

La decisión del Comité de Ética sería similar en un caso semejante al del Sr. Adrián que se le pudiera plantear en el futuro.

## **Webs de interés**

Sociedad Internacional de Bioética, con sede en Gijón, con información y links de interés, en temas de Bioética:

**<http://www.sibi.org/>**

Boletín Oficial del Estado, que permite acceder a normativa legal estatal y autonómica:

**<http://www.boe.es/>**

Medline plus, página divulgativa de información sanitaria, de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos de América:

**<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>**

## **Bibliografía básica**

T. L. Beauchamp, J. F. Childress, Principios de Ética Biomédica, Masson, Barcelona, 1999

D. Gracia, Fundamentos de Bioética, 3ª Ed. Triacastela, Madrid, 2008

M. Casado, Materiales de Bioética y Derecho, Cedecs Editorial, Barcelona, 1996