

## Bioética

Paloma DE LAS MORENAS TRAVESEDO \*

### Resumen

*Se presenta una disciplina de gran actualidad y controversia, la Bioética. Es la forma en la que renace desde hace 25 años una gran idea, la ética, que utilizada y abusada por tantos, llegó a carecer de valor y a punto estuvo de desaparecer de la vida común y convertirse en un tópico más de la cultura de consumo.*

*Hoy los avances de las técnicas médicas, biológicas, etc. han llevado a los hombres a preguntarse por la ética de las posibilidades de actuar sobre el hombre y la naturaleza y modificar aspectos hasta ahora impensables de ambos.*

*El presente artículo plantea brevemente el fundamento de la Bioética, y muestra en tres casos prácticos la aplicación en el campo de la actividad sanitaria actual de esta disciplina.*

### Abstract

*Bioethics is the latest and most controversial intellectual discipline on offer. The great subject of ethics is reborn after 25 years having suffered use and abuse at the hands of the countless many, becoming devalued to the point of virtual extinction in our daily lives, until it was little more than just another cliché of the consumer society.*

*Nowadays, advances in medical techniques, biology, etc., have obliged mankind to consider the ethics of the scope for action which may affect and cause changes to man and the natural world, which were hitherto unthinkable.*

*This article deals briefly with the fundamentals of Bioethics, and illustrates, with the help of three real cases, the application of this discipline to the field of modern healthcare.*

*Todo lo técnicamente posible no es moralmente aceptable*

Diego Gracia Guillén

**L**a persona sufre cuando le sucede algo que percibe como una amenaza importante para su existencia psíquica y orgánica, cuando cree que no tiene ni capacidad ni recursos

para hacer frente a la situación que le hace sufrir.

Hoy los hombres, viven, sufren, aman y mueren, envueltos en razona-

\*\* Diplomada en Trabajo Social. Especializada en Psicología Clínica y Pedagógica. Magister en Bioética. Ha trabajado como Trabajador Social desde 1971 hasta 1996. En la actualidad es miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

mientos anquilosados, fuera de los debates de la ciencia. Ciencia que avanza y les sobrepasa vertiginosamente a ellos, que son el objeto y sujeto de esa ciencia.

La Bioética nace para alumbrar la razón, no para aumentar las tinieblas en las que el avance tecnológico parece envolver al hombre actual. No se apoya ni en misterios ni en actos de fe, que lluevan sobre las personas con normas de comportamientos fijos e inmutables, creando una falsa y confortable seguridad, tan necesaria a la humana debilidad. Es una filosofía investigadora de interrogantes, que intenta liberar al hombre en su interior, buscando un desarrollo de la conciencia individual en el íntimo debate que se produce en la búsqueda de respuestas. Respuestas ante los dilemas de la vida y la muerte. Dilemas eternos, tan universales como individuales, ante los cuales no hay ni habrá una respuesta única y conciliadora, sino muchas, diversas, antagónicas y complementarias que pueden dar una respuesta hoy, pero seguramente distinta a la que se dará mañana.

Los hombres hoy, tal como ayer, tienden a aceptar dogmas de pensamiento y acción, con tal de delegar sus responsabilidades y ver resueltos sus abatimientos y sus dudas. Porque la libertad del uso de su razón no les proporciona la paz a la que aspiran, ni la entereza que necesitan para aceptar los pensamientos y las razones de los otros. La Bioética pretende que el hombre ejerza su libertad de pensamiento dialéctico y que el debate social, democrático, produzca una conciencia y una

consciencia ante problemas que no son filosóficos, ni religiosos, ni políticos ni éticos, que son todo eso porque son puramente humanos.

No es una moda, ni un lujo, ni algo superfluo. El ser capaz de manejar racionalmente ciertos procedimientos, que tengan en cuenta los valores morales en la toma de decisiones, es muy importante, pues con ello pretende aumentar la calidad y la corrección ética de las decisiones clínicas.

Pensar racionalmente en Bioética, no significa proclamar soluciones inauditas ni geniales. Pensar es llevar a nuestra mente la experiencia sensible de nuestra vida. Y como las vidas humanas se parecen en lo fundamental (mucho más de que nuestra vanidad admite), lo más probable es, que lo que pensemos, ya haya sido pensado antes, y quizás mejor pensado, pero por otros. Lo importante no será lo que pensemos, sino que lo piense "yo" por primera vez. Porque la vida que nos ha tocado vivir es única, y no es más difícil que otras vidas ya vividas, ni tiene conflictos mayores que en otras épocas.

Esta vida humana es como siempre, iluminada por conocimientos y oscurecida por supersticiones. Se trata pues de identificar las luces y las sombras de nuestra época. Sin nostalgia de la lucidez de nuestros antepasados, ni con desprecio a sus desconocimientos porque lo esencial es igual, es lo mismo.

El hombre está donde ha estado siempre; a la VIDA que vive no le falta

nada, pero tampoco tiene nada nuevo que no tuviera antes. Es el mismo desafío: la extrañeza fatal del drama del aquí y el ahora, del para qué y del cómo.

Los verdaderos instrumentos para pensar sobre los dilemas de la vida no serán las novedades de la tecnología, sino el amor y el odio, la compasión y la crueldad, la verdad y la mentira, el valor y la cobardía. Es decir las capacidades e incapacidades del hombre hacia sí mismo y hacia el otro. Instrumentos que le han capacitado anteriormente y que le siguen capacitando en la actualidad para buscar y encontrar respuesta éticas a los problemas de la vida.

Y si eso es así, ¿qué es la Bioética? ¿qué aporta? ¿por qué nace otro término que trata de lo que ya se ha hablado con otros títulos?

Es la Bioética una conclusión filosófica aplicable al cuidado del hombre enfermo. Es el desarrollo del razonamiento moral aplicado a la práctica de la asistencia sanitaria.

Los hombres que tienden a ser moralmente avanzados son aquellos que han conseguido interiorizar los valores y las normas considerados correctos por la sociedad democrática donde vivían. Los que aplicaron una conducta moral (por ejemplo, no hacer mal, no mentir) tanto en situaciones extraordinarias, como en la vida cotidiana.

Hombres capaces de aplicar la razón a la conducta, no sólo capaces de cumplir las reglas y respetar las nor-

mas del deber, sino con consciencia de la justicia y bondad de esas normas. Hombres que concluyeron sobre la importancia del cumplimiento de las normas negativas (no hacer mal) tanto como de la aplicación de las positivas (hacer el bien). Que establecieron los principios morales, no sólo como reglas concretas de acción, sin como razones para la propia acción. Determinando que la esencia de la moralidad reside más en el sentido de la justicia y el respeto a este principio, que en el cumplimiento de algunas de las normas morales vigentes. Considerando que el desarrollo moral nace del estudio de las razones para la justicia. Y que pueden darse circunstancias donde el sujeto ético pueda verse obligado a violar normas legales, consideradas morales, para ser justo.

La Bioética nace en los países anglosajones, más sensibles a los derechos individuales y grupales. Como respuesta al desarrollo de la tecnología que posibilita la existencia de técnicas productivas, de técnicas de soporte vital y de terapias casi ilimitadas. Es herencia de la lógica que determinaba la actividad clínica: causa-efecto. Y que se ha transformado en una lógica probabilística: epidemiología-efectos:  $a + b + c + d$  - probabilidades.

Llega al final de una lenta evolución del pensamiento determinista, siendo comprensibles las causas de esta lentitud. La enfermedad no ha posibilitado a lo largo de la historia de la medicina las relaciones horizontales entre el paciente y el médico (o cualquier otro profesional sanitario). La

enfermedad ha privado psicológica y físicamente a la persona de su completa manifestación personal. El enfermo se transforma en un personaje que tiene asignado un papel en el que los rasgos sobresalientes no son capacidades, sino deficiencias, y que carece de recursos para hacer algo al respecto por sí mismo y para sí mismo. Es evaluado en lo privado y en lo personal, pero no en su totalidad, sino en la parte en la que está carente. Para la medicina, todo paciente dejaba de ser una persona autónoma y capaz, para convertirse en un sujeto-objeto sobre el que había que actuar. La medicina ha sido la última profesión que ha admitido la autonomía de su cliente. Es a través de la Bioética clínica cuando se plantea el respeto a la autonomía, y establece como principio ético que "Todo enfermo es competente para su autodeterminación para su bien, mientras no se demuestre lo contrario", y no al revés.

Así ha nacido una nueva relación clínica. De la sincera creencia de que todos los seres humanos son respetables, porque son seres morales autó-

nomos. Que persiguen como último fin la felicidad, y esta es entendida de muy diversas formas, y debe ser respetada.

En esta nueva relación clínica, el médico entiende como competencia la capacidad del paciente para comprender lo que le sucede y participar en la decisión que se le propone consintiendo a un tratamiento. Hoy es evidente que siempre que se establece una relación humana, sea la que sea (amigos, vecinos, familia), se establece un compromiso, un vínculo moral que obliga a hacer el bien y a no hacer el mal. Esta obligación se concreta en el respeto a los valores morales, culturales e ideológicos privados que ha elegido ese ser humano como forma de alcanzar su proyecto vital, y con ése su felicidad.

La primera tarea práctica de la Bioética clínica es distinguir el campo de los hechos científicos concretos de la medicina, y establecer el manejo discursivo de los valores por los que se llegan a adoptar decisiones médicas que sean decisiones morales. Esta tarea impone el carácter multidisciplinar de la Bioética y, por lógica, se aconseja la for-

| <i>Relación clínica</i>                                                       |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1ª <i>Conocimiento Científico</i>                                             | 1ª <i>Vivencia Personal</i>                                 |
| a. información que requiere el médico sobre el paciente                       | a. información que requiere el paciente sobre su enfermedad |
| b. ¿para qué la necesita?                                                     | b. ¿para qué la necesita?                                   |
| (Conferencia del Prof. Gracia. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid, 1996.) |                                                             |

mación de todo el personal sanitario y el entrenamiento en ética.

La segunda tarea de la Bioética ha sido y está siendo establecer un método o procedimiento que permita llegar a un juicio moral de los problemas éticos y que capacite en la toma de decisiones en una situación concreta.

Siendo una disciplina con personalidad propia, igual que la ética social o la ética económica, la Bioética no se propone establecer nuevos principios éticos, pero elige y encumbra como pilares de su fundamentación cuatro principios, cuatro valores, que como un láser introduce en el proceso de toma de decisiones clínicas con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

### ***No maleficencia-justicia-autonomía-beneficencia***

El desarrollo de la Bioética en todo el mundo, desde que Potter pronunciara el neologismo hace 25 años, ha sido extraordinario y se ha extendido al ámbito de la cultura contemporánea a través de los medios de comunicación, tanto, que cualquier tema que se discuta puede ser considerado bio-ético. Esto demuestra que los temas que aborda no pueden entenderse aisladamente, y que tanto por los contenidos y por los procedimientos en el análisis, como en la toma de decisiones, la Bioética es una disciplina abierta.

“El alcance y la amplitud de los temas en el terreno de la Bioética obli-

ga a renunciar a la moral de cercanías, y a extender los límites al universo entero así como a las futuras generaciones” (Silva L. Brussino, *Bioética, racionalidad y principio de realidad*).

“La Bioética persigue la armonización entre dos derechos fundamentales: el derecho a la dignidad humana y el derecho a la participación en los beneficios del progreso científico y tecnológico” (Marcelo Palacios, 1999: 57-58).

“La Bioética cumple la función social de preservar el respeto a la dignidad humana en el desarrollo de la ciencia biológica y sus aplicaciones” (Adela Cortina, 1999).

Fue en 1974, cuando el Congreso de los EE.UU. de América creó la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical Research, con el mandato de que estudiara y estableciera los principios éticos básicos que orientasen la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento humano y en biomedicina. En 1978 fue publicado el Informe Belmont, en el que se propuso a los legisladores unos principios éticos que fueron considerados particularmente relevantes: autonomía como principio de respeto a todo ser humano, Beneficencia y Justicia.

Las aplicaciones concretas e inmediatas de estos principios éticos se concretaron en el Consentimiento Informado, reflejado en un documento que comprendiera la información, comprensión y voluntariedad del paciente al tratamiento médico.

La evaluación del riesgo y del beneficio fue fundamentada en el principio de No Maleficencia. La Justicia fue matizada con el desarrollo de la idea de imparcialidad en la distribución de las cargas y de los beneficios.

En 1979, Beauchamp y Childress, en su tratado paradigmático sobre Bioética, establecen que “con los principios en la mano se consiguen decisiones idénticas sobre problemas éticos iguales”.

Ante el conflicto se evidenció que, cuando en el análisis de un caso clínico se enfrentaban dos o más principios, había que establecer unos deberes de *prima facie* y los deberes considerados reales o efectivos (David Ross). Así, los cuatro principios fueron y son considerados obligatoriamente deberes *prima facie*, es decir, que sí no aparecen enfrentados existe siempre la obligación de respetarlos, pero en caso de conflicto habría que dar prioridad a uno de ellos. Éste pasaría a ser considerado como deber efectivo: el que prevalece. (Por ejemplo, en el mundo anglosajón el principio de Autonomía es el que prevalece y deshace los conflictos entre principios.)

### **Procedimientos en las decisiones de Bioética clínica**

“Las responsabilidades de la medicina son tres: generar los conocimientos científicos y enseñarlos a otros; usar los conocimientos en pro de la salud del individuo y de la comunidad, y juzgar la propiedad moral y ética de

cada acto médico que afecte directamente a un ser humano” (Dr. Walsh McDermontt).

Hace ocho siglos Moese ben Maimon, Maimónides, filósofo, médico y matemático, rogaba: “Concédaseme la oportunidad de mejorar y extender mi adiestramiento, pues no existe ningún límite al conocimiento. Ayúdeseme a corregir y a complementar mis defectos educativos a medida que se ensanchan la amplitud de la ciencia y sus horizontes día a día. Concédaseme el valor de darme cuenta de mis errores diarios para que mañana pueda ver y comprender bajo la luz escasa de ayer”.

A punto de comenzar el nuevo milenio, la vigencia de las palabras anteriores conmueven y confortan al mismo tiempo. Todos los seres humanos seremos sujetos de la intervención de un médico a lo largo de nuestra vida. Todos seremos afectados y beneficiados por los aspectos éticos de las decisiones médicas. Por lo tanto el debate presente y futuro de la Bioética nos incumbe a todos y de todos puede recibir aportaciones que amplíen sus fundamentos y procedimientos. La biología, el derecho, el trabajo social, la filosofía, la sociología, la ecología, constituyen, entre otras materias, los enfoques de reflexión interdisciplinar de las que se debe nutrir la Bioética para intentar alcanzar las aplicaciones prácticas que persigue, ampliando sus horizontes de reflexión a los problemas del hambre, incultura y deterioro del medio ambiente. Traslado el saber racional a las ciencias sociales y de la naturaleza, y buscando las aplicacio-

nes de la ética práctica en el uso de la ciencia y tecnología a favor de la dignidad humana. Es como ha de conseguir la Bioética inculcar en la sociedad la conciencia de que existen unas formas de vivir más justas que las actuales, que proporcionarán mayor felicidad, y que esas formas nacen de preguntarse sobre lo justo y lo bueno para compartir y aplicar las respuestas que juntos encontremos.

Finalizadas estas reflexiones preliminares, es momento de presentar aspectos de la aplicación que la Bioética aporta a la actuación de los médicos y sanitarios.

Es la *Historia Clínica* el documento inicial e imprescindible para el estudio de los problemas éticos asistenciales. En ella deben figurar los aspectos biológicos, diagnósticos y terapéuticos tradicionales, pero también datos sociales, económicos, culturales, laborales, etc. del paciente y de la estructura familiar a la que pertenece. Porque se sabe desde hace mucho tiempo que las enfermedades son tanto problemas socioeconómicos como biológicos (ejemplo: sida, alcoholismo, drogadicción, cardiopatías, hipertensión).

“La medicina es tanto una ciencia biológica como una disciplina social, ya que los problemas a cuya resolución se enfrenta, están influidos, sino causados, por factores económicos, sociales y culturales” (Gracia Guillén, 1987).

Una vez estudiada la Historia Clínica y la Historia de Enfermería + Trabajo Social se deben identificar, exponer y aclarar los problemas éticos.

¿Qué es un problema ético? Es toda situación que plantee un conflicto moral de actuación activa o pasiva. Es el conflicto que obliga a preguntarse ¿cómo proceder? ¿hasta dónde se ha de proceder? Y para ello hay que evitar las respuestas que provengan del “ojo clínico” y del “instinto moral” por el peligroso subjetivismo profesional y emocional que pueden acarrear. 1º) es preciso adquirir una habilidad metodológica de identificación de todos los problemas, 2º) saber enunciar lingüísticamente los problemas identificados, y 3º) analizar con rigor y diferenciadamente los problemas detectados.

Y ¿cómo analizarlos? 1º) Los problemas éticos son problemas de valores no de hechos, es decir, de la cualidad y grado de felicidad que otorga una situación, del bienestar que produce un acto o en ambos casos que resta o quita. 2º) Valor es la significación que se le asigna a esa realidad, estimable o no, que se produce como consecuencia de la evolución de la enfermedad y del acierto o fracaso del tratamiento.

Los hechos se perciben por los sentidos, los valores no son perceptivos, a ellos se llega por estimación lógica, ética, estética, porque se pueden fundamentar. Los valores en Bioética se fundamentan con una referencia sistemática a los Principios de **autonomía-no maleficencia-beneficencia-justicia**.

El principio canónico o formal es: **igual consideración y respeto de todos y hacia todos los seres humanos**.

La virtud esencial es la imparcialidad que está unida al principio de autonomía de la persona y del derecho a poder ejecutar su "proyecto vital".

La toma de decisiones se debe iniciar contrastando el problema con los principios y con las consecuencias, ya que el carácter proyectivo del ser humano es el que obliga a la Bioética a evaluar continuamente el futuro del paciente.

Así los principios informan de "lo que debe ser", el problema "lo que es" y la toma de decisiones derivará de una ponderación de las acciones y de las consecuencias. De esta manera se llegaría al establecimiento de la norma de respuesta Bioética al problema. Norma que tendrá excepciones, y que deberá justificarse con argumentos morales en función del principio canónico: Respeto a la Dignidad del Ser Humano.

Así es como la disciplina llamada Bioética clínica introduce los valores morales en las decisiones médicas y en las actuaciones de todos los profesionales de la salud. El objeto queda pues muy claro: mejorar la calidad asistencial, y buscar una forma estándar de actuaciones correctas que consigan un nivel de utilidad y bien.

Según lo anteriormente expuesto, es obvia la necesidad de formación y adiestramiento en Bioética, tanto para los médicos, como para todo el personal sanitario en general; formación no considerada como una asignatura, sino como un entrenamiento. Preguntas tales como ¿es necesario decir siempre la verdad al paciente? ¿cuándo no debe

reanimarse a un enfermo? ¿qué deber ético incumbe al médico en el gasto de recursos limitados? ¿cómo decir al paciente que la medicina ya no puede hacer nada por él? ¿cómo debe morir una persona? se producen continuamente en la asistencia y las respuestas tanto implícitas como explícitas evidenciarán la necesidad de esa formación imprescindible para la adquisición de capacidades para las decisiones éticas.

Los médicos se enfrentan con frecuencia a problemas éticos en la práctica, que les provocan conflictos emocionales y graves dilemas tanto personales como dentro del equipo asistencial. La experiencia y el sentido común no depara una capacidad para identificar, jerarquizar y resolver problemas bioéticos, por ello parece esencial conseguir un adiestramiento con una rigurosa formación en los fundamentos bioéticos. Respetar la autonomía, valorar la capacidad de tomar decisiones que tiene el paciente, dilucidar entre la actuación benéfica, según los valores que tiene el paciente, decidir con él el mejor bien.

Es imprescindible que todo el equipo, tenga la oportunidad de debatir sistemáticamente tanto los problemas éticos, como se debaten los diagnósticos y los tratamientos. Esta práctica, contribuirá indudablemente a una mentalización moral, a una mejora de la comunicación, enseñará a afrontar las grandes decisiones, a evaluar las creencias personales, a tolerar la angustia y la duda, y sobre todo a respetar profundamente las creencias de los demás.

### Caso Clínico 1

#### Resumen de la Historia Clínica:

Varón de 55 años, casado, padre de dos hijos emancipados, de profesión representante, trabajador asalariado, nivel económico y cultural medio.

Hace diez años fue diagnosticado de artritis reumatoide seropositiva. Fue tratado ambulatoriamente durante siete años. Hace tres años tuvo un brote articular tratado según protocolo. Experimentó una breve mejoría. Causó baja laboral. Aquejado de limitaciones articulares invalidantes, se le cambió varias veces de tratamiento hasta lograr una mejoría de su sintomatología dolorosa pero sin llegar a reintegrarse al trabajo. La medicación le ocasionó complicaciones digestivas y úlceras orales por lo que fue sustituida y como consecuencia se produjo un empeoramiento funcional grave.

Hace dos años sólo era capaz de levantarse de la cama y lavarse por sí mismo. Se ensayaron nuevos tratamientos farmacológicos sin resultados notables. Hace un año ya no podía lavarse ni vestirse solo, y sólo camina sobre terreno llano. Está deprimido. Seis meses después, come y se mueve con gran dificultad, manifiesta muchos dolores y tristeza. Suele ser la esposa la que acude al médico, pues el enfermo se siente incapacitado.

Ingresó por fiebre de varios días con muy mal estado general, úlceras por presión, algunas infectadas, anemia, leucocitosis, obnubilación, taquipnea. Pese al tratamiento no remonta la

tensión arterial y se objetiva fibrilación auricular. El médico responsable de Medicina Interna, solicitó la opinión del intensivista, quién a la vista del estado agónico del enfermo tuvo dudas de la indicación de cuidados intensivos, y así se lo manifestó a los familiares. El médico de la planta insistió en el ingreso en la UCI, pero con limitación de las actuaciones en caso de fracaso respiratorio. Se expuso a la familia el estado terminal del paciente, pero un hijo insistió en que se utilizasen todos los medios para prolongar la vida del paciente. La mujer y las hijas, con dudas, se sumaron a la petición del hijo.

Ingresado en la UCI fue sondado, entubado, se le practicó un cateterismo y fue transfundido en tres ocasiones. Dos días después falleció.

#### Problemas éticos

— La Historia Clínica carece de datos laborales (calificación de incapacidad), económicos (ingresos, etc.), familiares (quién vivía con él o próximo a él). Parece que sólo es un cuerpo enfermo, no un ser humano enfermo.

— Durante la larga enfermedad no hay cuidados socio-sanitarios, ni intervención de los servicios sociales, ni rehabilitación física y/o psicológica.

— Posible discriminación por el hecho de vivir en una localidad alejada de áreas sanitarias especializadas.

— Cuántos cuidados (paradójicamente) se le otorgan al final de la vida, cuántos profesionales actúan

sobre el enfermo, cuántas caras terapéuticas se utilizan cuando está desahuciado, y qué pocos, parece, se utilizaron mientras su vida fue tan penosa y carente de calidad en los últimos dos años de vida.

Esto nos lleva a pensar que debe producirse una revisión de la asignación de recursos económicos a las diversas áreas de asistencia sanitaria, so pena de producir problemas de justicia y equidad.

— Parece que no se hizo todo lo posible, por ser un enfermo crónico, de antemano mal tratado médica y socialmente.

— La decisión última no contó con la decisión del familiar sustituto, bien informado de las posibilidades y limitaciones que ofrece la medicina, llegados a esta situación.

— Posible abuso inútil de recursos terapéuticos.

— Conflicto entre profesionales, posible maleficencia.

### *Conclusiones*

Comunicarse con eficacia es imprescindible, el mensaje debe ser claro y comprensible, asegurándose de lo que se dice es lo cierto, sin oscurecer la información con grandes rodeos. Escuchar atentamente lo que el interlocutor diga, y repetirlo uno mismo para evaluar si se ha comprendido lo dicho y si ha sido comprendido lo expuesto. Algunas veces lo comunicado puede ser más eficaz si se apoya en algún

escrito que la familia pueda conservar para repensarlo y comentarlo con otros deudos. La atención que se presta en los servicios de urgencia, es seguramente la más estresante desde el punto de vista ético pues, está sometida a muchas incertidumbres; no sólo se carecen de datos biográficos sobre el paciente, sino también las decisiones deben realizarse en el menor tiempo posible. Además, pueden producirse discrepancias entre los profesionales que proponen los tratamientos.

### **Caso Clínico 2**

#### *Resumen de la Historia Clínica*

Mujer de 82 años, viuda, pensionista, nivel socioeconómico y cultural bajo. Vive en su propia vivienda con una hija casada con dos nietos, comparte la habitación con una nieta adolescente. Aunque usa bastón, es independiente para las actividades de la vida diaria.

Acude a urgencias hospitalarias por edemas en miembros inferiores de una semana de evolución, disnea basal a moderados esfuerzos, refiere que desde hace meses esporádicamente sangra en deposiciones y micción. No más síntomas. Bien orientada temporopacialmente.

Exploración física: destacan edemas hasta las rodillas, tacto vaginal con palpación de masa pétreo en cuello uterino, fija y sangrante. Pruebas complementarias normales. La paciente es dada de alta con diagnóstico de metrorragia pendiente de estudio y es remitido

da con carácter preferente a ginecología.

La paciente se negó a ir al ginecólogo "porque no había ido nunca y si era malo, que fuese".

A los pocos días acude otra vez a urgencias por oligoanuria de tres días de evolución, dolor abdominal y aumento de edemas en miembros inferiores.

Exploración física: Consciente, orientada taquipneica, auscultación pulmonar con crepitaciones bibasales; abdomen distendido, muy doloroso a la palpación, edemas en ambas extremidades inferiores hasta los muslos con exudación serosa. La radiografía de tórax muestra signos de insuficiencia cardíaca y la eco abdominal es informada como Hidronefrosis grado II bilateral con dilatación uretral asociada. No puede valorarse tramos medios ni pelvis por falta de reelección vesical, EKG normal. Avisado el urólogo de guardia informa: "paciente con insuficiencia renal aguda obstructiva. Masa en cuello uterino, fija y sangrante". Ante la sospecha de infiltración uretral por neoplasia uterina se habló con la familia decidiéndose abstención terapéutica.

#### *Problemas éticos*

- Ageismo (discriminación por la edad) por parte de la familia.
- Posible *mala praxis*, inadecuado tratamiento de los síntomas iniciales.
- Falta de coordinación entre los profesionales de las áreas de salud.

— No fue tenido en cuenta el principio de autonomía.

— No fue respetado el principio de "no abandono".

— Futilidad.

— Discriminación socio sanitaria por la categoría sociocultural de la paciente.

#### *Problema ético elegido para el debate*

Decisión imprudente, con insuficiente diagnóstico y pronóstico. Primó la decisión del urólogo, quién determinó la abstención terapéutica. Quizás debería solicitarse la figura del médico responsable, que coordine las actuaciones intrahospitalarias y llegado el caso sea quien informe al paciente o familiar sustituto el diagnóstico y el pronóstico. Si se produjese discrepancias entre el *internista* y el *especialista* se podría recurrir al jefe de la guardia para evaluar con mayores garantías. El nefrólogo valoró la posible maleficencia que hubiera podido suponer para la paciente una intervención.

#### *Conclusiones*

La toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes ancianos provoca una catarsis de preguntas que se podrían resumir en las siguientes: ¿Tratar o no tratar? ¿qué tratamiento? *La vida y la muerte están unidas* crecientemente a cuestiones éticas, dados los avances técnicos que permiten prolongar la vida un tiempo muy dilatado,

pero hoy el valor es la calidad de la vida que se puede prolongar. El cuidado de los ancianos plantea cuestiones primordiales de política social urgentes. Las posibles directrices que la sociedad pactase, deberían tener en cuenta las variables diagnóstica, las alternativas y las consecuencias, el pronóstico, la edad y la disposición de la sociedad para asumir el coste.

La medicina supone un compromiso moral al establecer el tratamiento, que debe hacerse según posibilidades, la decisión autónoma y el mejor interés del paciente. Es, idealmente, una decisión compartida en caso de conflicto. El diálogo y la abierta comunicación con las partes es la mejor conducta ética a aplicar.

### **Caso Clínico 3**

Mujer de 52 años, jubilada, casada sin hijos, toda su familia reside en el extranjero, marido de 55 años, profesional liberal, nivel socioeconómico medio alto.

#### *Antecedentes médicos*

Fue operada de cáncer de mama hace diez años, hace cinco se le practicó un triple by-pass por cardiopatía isquémica. Ingresó por urgencias con fiebre alta y diarrea incontenible. La paciente refirió una evolución de molestias gástricas desde hace cuatro meses. Ha perdido peso, sin precisar cuanto. Diagnosticada de adenoma hepático, es tratada según protocolo,

con buena tolerancia a la quimioterapia. En el segundo ciclo sufre parestesias en los cuatro miembros, por lo que se le aplicó otro tipo de quimioterapia para evitar intolerancias. Un mes después ingresó nuevamente con diarreas y obstrucción intestinal que precisó intervención: recesión del intestino delgado. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta. Transcurrido otro mes recibió un nuevo ciclo de quimioterapia.

Dos meses después acude a urgencias con fiebre alta, se le detectan varias complicaciones de vías respiratorias, digestivas y epidérmicas. Se le aplicó el tratamiento adecuado y a los pocos días pidió el alta voluntaria. Se manifestó muy deprimida, dijo que no quería recibir ningún tratamiento y dijo expresamente que "sólo quería morir dignamente y sin dolor". El médico solicitó un informe psiquiátrico que determinó lo siguiente: "La paciente se muestra desconfiada e irritable, no aparenta riesgo de suicidio, y rechaza tratamiento psíquico". No se anotaron en la Historia Clínica los deseos de la paciente. Cinco días después ingresó e informada de la evolución de su mal, se negó a continuar con más exploraciones y quimioterapia. Quince días después ingresa por fiebre muy alta y edemas en las piernas consecuentes de la retención urinaria. Se niega a ser estudiada y tratada, solo le fue administrado tratamiento paliativo, tras el cual la paciente solicitó el alta voluntaria.

Últimos días: acude para control hematológico llevada por su marido y no quiere ser tratada. A los 11 días recibió tratamiento quimioterápico con indi-

cación en protocolo paliativo, pese a expresar su negativa. Diez días después ingresa con infección generalizada, náuseas, vómitos y es alimentada con nutrición parenteral. La dedicación del marido es total, no quiere dejarla morir y así se lo manifiesta al equipo médico que la trata. Se mantuvo en esta situación 10 días, evidenciándose el progresivo deterioro. En la Historia Clínica figuraba: Sí PCR, No RPC (Sí parada cardiorespiratoria. No reanimación cardiopulmonar). Cuatro días después falleció.

#### *Problemas éticos*

- No fue respetada la autonomía de la paciente.
- No se evaluó adecuadamente su competencia, y se actuó con una utilización impositiva de los recursos terapéuticos.
- No parece que se utilizaran suficientes recursos paliativos a domicilio.
- Ausencia de abordaje psicológico adecuado. *Mala praxis* psiquiátrica.
- *Paternalismo del marido*.
- Falta de formación específica sobre el cuidado a pacientes terminales.
- La Historia Clínica que se estudió en este caso era indefinida e insuficiente, por contra la Historia de Enfermería contenía datos humanos imprescindibles y cuestiones sobre “valores” éticos en el tratamiento que se

prestó a la paciente. ¿Sería una práctica positiva unir las dos Historias?

- Abuso de siglas en las historias.

#### *Problema elegido para el debate*

La muerte genera angustia siempre, no sólo a los familiares, sino también a los profesionales. La proximidad de la muerte es transmitida a los pacientes (¿inevitablemente?) con muchos actos y lenguajes no verbales que pueden llegar a producirles un sufrimiento grande. En algunos casos es posible que más que una información al respecto.

Cuando el fallecimiento se producía en los domicilios, el sufrimiento era más sensible. Hoy día se produce una manifestación “extraña” en la escenografía hospitalaria sobre la que los sanitarios deberían debatir para, seguramente, encontrar unas formas acordes con los valores humanos que todos deseáramos sentir al final de la vida.

En un porcentaje elevado, los enfermos están ingresados porque creen que se van a curar. No se suele hablar con ellos para exponerles la situación en la que se encuentran. La familia, en su angustia, insiste en que se les alimente, porque les parece que si se les deja de proporcionar comida, se van a morir... Aunque se les informe que al darle alimento probablemente vomitarán y les producirá grandes molestias, el aspecto cultural y social de la comida como cuidado tiene un peso muy grande.

En el desarrollo de una ética asistencial, es prioritario establecer tiempos de información adecuada a pacientes y a los familiares más próximos, información anticipada de terapias, respuestas, síntomas, posibilidades y limitaciones. En la mayoría de los centros se carece de un personal destinado a realizar una terapia de apoyo a enfermos terminales y a sus familiares. Parece que hoy por hoy es el médico el más adecuado por ser el que más contactos habrá mantenido con el paciente y la familia. También es —en muchas ocasiones— muy sensible la actuación de los ATS y más próxima la sensación que inspiran al paciente.

El médico (en este caso) debería haberse planteado por encima del respeto al deseo humano del marido, el respeto a los deseos expresados por la paciente. Su "testamento vital oral" no fue atendido. Es preciso proponer que se incluya en los protocolos de asistencia a pacientes terminales (oncológicos y otros) el apoyo psicológico de acuerdo al principio de Beneficencia.

Se estima la conveniencia de dar en estos casos al paciente y a los familiares un documento en el que sea prescrita la consulta a la Unidad del Dolor cada vez que el paciente acuda al servicio de Urgencias. Es probable que el enfermo sea conocido de antemano en esta Unidad, y seguro que la Historia específica sobre el tratamiento de dolor que ha precisado hasta el momento ayude a adoptar decisiones paliativas de gran beneficio. Si la prudencia es importante en cualquier acto médico, la piedad es una virtud impres-

cindible en la ética asistencial a enfermos terminales.

### *Conclusiones*

Es evidente que la tecnología médica puede salvar vidas. También lo es que puede prolongar la agonía y no respetar la voluntad de los pacientes. Estos, si no han perdido su capacidad de decisión, o habiéndola perdido, han expuesto previamente sus deseos, pueden rechazar, ellos o sus sustitutos adecuados, las medidas de soporte vital.

No es necesario que el paciente esté en situación terminal o en coma. Los tribunales han afirmado que no someterse a medidas de soporte vital no es un suicidio, ni un asesinato. Muchos profesionales se sienten más responsables del sufrimiento que de la muerte. Otros priman la responsabilidad sobre la muerte a la del sufrimiento del paciente. La mayoría expresan su mayor sentimiento de responsabilidad acerca del sufrimiento unido a la muerte si se decide suspender el tratamiento de mantenimiento vital, lo que les lleva a un conflicto ético. Este dilema late en cada ocasión y debe ser admitido como uno de los padecimientos de los médicos y personal sanitario. El rechazo a poner fin al tratamiento es lógico, pero las razones que justifican la retirada de las actuaciones encaminadas al mantenimiento de la vida también. Quizás el núcleo del debate actual sería plantearse que no se iniciasen los tratamientos que no pudieran ser suspendidos en una evaluación posterior sin causar daño.

Todas las decisiones pueden parecer confusas en el momento de mayor carga emocional, por ello la formación y el debate son herramientas imprescindibles y como "regla de oro" sólo se puede afirmar que cualquier tratamiento debe mantenerse si el beneficio para el paciente es superior al padecimiento físico y psíquico.

Si se carecen de directrices claras previas, que el enfermo haya expresado *habitualmente y en situaciones de equilibrio vital*, el médico debe decidir cómo actuaría el enfermo en estas circunstancias, utilizando toda la información que pueda recabar de familiares y amigos. Estimar que es lo mejor para el paciente es controvertido, especialmente cuando se trata de la calidad de vida y la duración de ésta.

Las opiniones sobre la calidad de vida serán las adecuadas si reflejan los valores sustentados por éste a lo largo de su vida, pero si no se conocen pueden ser una proyección de los valores de los próximos. Esto último estará impregnado por el sesgo inevitable de la valoración del sano (siempre más radical) sobre lo que entiende por calidad de vida para sí mismo, con más exigencias y también dándole al concepto "vida" unas propiedades distintas de las que podría expresar un enfermo.

### ***Bioética y Trabajo Social***

Se trata de dos actividades con un objetivo común, a saber: la lucha a favor del respeto a los derechos humanos. El Trabajo Social fundamentó su

actividad en valores éticos que hoy se presentan como principios bioéticos. La protección del ser humano sin discriminaciones, la promoción de desarrollo, tanto de la persona como de la comunidad, siendo prevalente el interés del individuo frente al interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia. Ésta es la regla de oro con que se escriben todos los códigos de ética en Trabajo Social desde hace muchísimas décadas. Legiones de profesionales han sido formados a la luz de principios como el de Justicia, Autonomía y Beneficencia. Los problemas derivados de un inadecuado trabajo social han sido descritos en códigos deontológicos con rigor, adoc-trinando contra la maleficencia.

El método de estudio de casos, el adiestramiento supervisado, y la evaluación continuada son prácticas sistemáticas en la formación académica de los estudiantes de Trabajo Social y en la formación continuada de los profesionales en ejercicio. El debate sobre objetivos y técnicas y la revisión de los programas sociales es un continuo en esta profesión. ¿Qué más se puede añadir?

Seguramente cuando estas líneas sean editadas, y profesionales del Trabajo Social pongan sus ojos sobre ellas, la sorpresa, a los que se acercan por primera vez a la Bioética, será pareja a la satisfacción de conocer a una hermana de actitudes e intereses. Ese singular sentimiento fue el motor que desencadenó el deseo de este profesional que tiene el atrevimiento de animar y sugerir un conocimiento mutuo entre los Trabajadores Sociales y los Bioeticistas. El derecho a la partici-

pación de los beneficios que se derivarían para los hombres, de la unión de estas dos profesiones en el campo sanitario, obliga a hablar de ello.

Es especialmente ilusionante que CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL dé cabida a la Bioética en su número 12, y que ello provoque el interés de trabajadores sociales hacia esta disciplina y a la participación en los Comités de Ética Asistencial. Comités que poco a poco comienzan a trabajar en los Hospitales y centros de Atención Primaria, y donde la aportación de todo ser humano impulsado por valores morales, y de todo profesional del Trabajo Social es imprescindible.

## Bibliografía

- BEAUCHAMP, T. L. y CILDRESS, J. (1991). *Principios de la Ética Biomédica*. Oxford University Press.
- CORTINA, A. (1999). *Ciudadanos como protagonistas*. Ed. Galaxia-Gutemberg.
- DE SANTIAGO, M. (1997). *Una perspectiva acerca de los fundamentos de la Bioética*. Du Pont Pharma.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1987). "La Bioética, una nueva disciplina académica". *JANO Revista de Humanidades Médicas*. Junio.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema Universidad.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1997-98). *Cursos de Magister en Bioética*. Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. UCM.
- KANT, I. (1988). *Lecciones de Ética*. Ed. Crítica.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1983). *La relación médico enfermo*. Alianza Universidad.
- MACINTYRE, A. (1988). *Historia de la Ética*. Ed. Paidós.
- PALACIOS, M. (1999). "Un siglo para la actividad bioética". *Temas para el Debate*.
- SILVA L. BRUSSINO (1999). *Bioética, racionalidad y principio de realidad*. Internet.
- TEMAS PARA EL DEBATE (1999). Nº 57-58. Agosto-Septiembre.

---

Paloma DE LAS MORENAS  
TRAVESEDO  
Hospital Clínico de San Carlos  
de Madrid