



CONOCIMIENTO Y LECTURA DEL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. VALORACIÓN DE SU UTILIDAD POR LOS MÉDICOS DE UN SECTOR SANITARIO PÚBLICO DEL ÁREA DE MALLORCA

J.A. PÉREZ ARTIGUES^(1,2), S. FERRER GELABERT⁽¹⁾, F.J. RUBIO ALONSO⁽¹⁾

1. Comisión de Ética y Deontología. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Illes Balears

2. Comisión Central de Deontología. Organización Médica Colegial

1. Introducción

En el año 2013, se pasó una encuesta validada a los médicos de un sector sanitario público del Área de Mallorca sobre conocimientos en Deontología y del Código de Deontología Médica (CDM) vigente desde 2011. La intención era demostrar el poco conocimiento del mismo entre los profesionales. A los profesionales que afirmaron conocer el Código se les planteó una serie de cuestiones sobre su lectura y conocimiento.

2. Material y Métodos

Estudio descriptivo, mediante encuesta autocumplimentada con respuesta cerrada, dirigido a los médicos de un sector sanitario público del Área de Mallorca realizada entre julio y octubre de 2013. Los profesionales que afirmaron conocer el CDM contestaron una serie de ítems sobre su lectura y utilidad.

3. Resultados

De una población de 351 que contestaron el cuestionario, sólo un 18% afirman conocer el CDM, un total de 63 individuos.

Sólo un 47% señala el año 2011 como el del código vigente, siendo el año 1985 como el segundo más señalado con un 25%.

Un 60 % refiere haber leído algunos capítulos, sólo el 13 % refiere haberlo leído completamente.

Un 50% refiere haberle sido útil en la asistencia.

Los capítulos más útiles son: relaciones del médico con sus pacientes, secreto profesional, objeción de conciencia y atención médica al final de la vida.

4. Discusión

Se demuestra el poco conocimiento del CDM en los médicos encuestados, incluso inferior a otros estudios^(1,2). El año 1985 sea señalado en segundo lugar como el del código vigente, pudiera ser por la referencia de la Ley General de Sanidad. Parece que la actitud de la mayoría es recurrir a la lectura del capítulo del código en función de la duda planteada. Los capítulos seleccionados coinciden con las cuestiones que plantean conflictos éticos con más frecuencia.

Referencias

1. Collazo Chao E (2009). Propuesta de actualización del Código de Ética y Deontología Médica (1999) de la Organización Médica Colegial de España. Universidad de Córdoba. Córdoba.
2. García Guerrero J, Vera Remartínez E, Jiménez de Aldosoro M. "Deontología profesional y ejercicio médico en prisiones". XI Jornadas Nacionales de Comisiones Deontológicas de Colegios de Médicos de España; 2012 junio 13-15; La Coruña.



¿SE HAN TRANSFORMADO LOS PULPOS EN HUMANOS?

ÁNGEL GUERRA SIERRA

Instituto de Investigaciones Marinas (CSIC).

Hasta no hace mucho, la aplicación del término “personalidad” en los estudios etológicos con animales se circunscribía a los mamíferos superiores. Actualmente, tienen “personalidad” hasta los animales invertebrados, como por ejemplo los pulpos. ¿Qué ha sucedido?

En primer lugar, que la investigación sobre la conducta animal, en lugar de enfocarse sobre el comportamiento de la especie, se centra en las variaciones individuales. En segundo término, que ha dejado de considerarse que los invertebrados tengan comportamientos estereotipados. En tercer lugar, que “personalidad” se considera un término técnico.

Esto no tendría excesiva importancia si se considerase “personalidad” en sentido “débil”. Sin embargo, subyace en muchos científicos una banalización de ese término, que afecta al concepto de “persona”. Para muchos de ellos, ese concepto carece de un significado unívoco, claro y preciso, aplicable únicamente a Dios, al ser humano, y, por analogía, a los entes jurídicos. Esta postura ha

originado un loable desarrollo de las normas éticas para el trato de los seres vivos sintientes en experimentación.

Sin embargo, la elevación categórica de los animales a personas, así como la banalización de este concepto, tiene, al menos, tres consecuencias nocivas: i) la pulverización de la frontera entre ser humano y ser animal, que iguala sus dignidades; ii) la posibilidad de manipular y eliminar seres humanos por fines “superiores”; y iii) plantearse transformar la condición humana mediante tecnologías disponibles, que mejoren sus capacidades a todos los niveles, de tal forma que, pasando por una etapa de transhumanización, se llegue a fabricar seres con extensas capacidades, merecedores de la etiqueta “posthumanos”.

Por ello, considero que debe evitarse utilizar el término personalidad para referirse al comportamiento individual de los animales, pues introduce error y ambigüedad en la ciencia. Y, además, que debe hacerse una amplia instrucción sobre Antropología.



ACTUALIDAD DE LA ASOCIACIÓN GALEGA DE BIOÉTICA (AGABI)

ÁNGEL GUERRA SIERRA Y RICARDO PREGO REBOREDO

Instituto de Investigaciones Marinas (CSIC).

Hace ahora diez años que se fundó AGABI. El pasado 27 de enero de 2017, en la reunión de la Asamblea de esta asociación, se procedió a una profunda renovación de cargos, y a una redefinición de sus objetivos.

En este poster se detalla la información más relevante de esta asociación en la actualidad, así como de las actividades programadas para 2017.



DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DOWN: RELATOS DE LAS MADRES

TERESA VARGAS ALDECOA¹, JOSÉ LUIS MARTIN CONTY², ROSA MARÍA CONTY SERRANO² Y CRISTINA FERNÁNDEZ PÉREZ³

1. Investigadora asociada a la Cátedra de Bioética Jérôme-Lejeune, Madrid, España.

2. Department of Medical Sciences. School of Occupational Therapy, Speech Therapy, and Nursing. University of Castilla-La Mancha, Toledo, España.

3. Servicio de Medicina Preventiva. Instituto de investigación sanitaria San Carlos. Universidad Complutense de Madrid.

1. Introducción

La manera de comunicar el diagnóstico de síndrome de Down influye en gran medida tanto en la decisión de seguir o no con el embarazo, como en la aceptación del niño con discapacidad (Skotko, 2005).

El objetivo del estudio es conocer el relato de las madres sobre su experiencia personal cuando reciben un diagnóstico de síndrome de Down.

2. Material y métodos

El ámbito y la población son madres con hijos con síndrome de Down menores de 10 años de Down Madrid, Down España y Talita Madrid. El período de estudio fue de febrero a septiembre de 2013. El instrumento fue una encuesta online validada (Skotko & Canal). Para el análisis estadístico se calculó la fiabilidad entre observadores mediante el índice kappa (IC 95%) y se utilizó la metodología de la categorización. Cálculo distribución de frecuencias.

3. Resultados

En la categorización de las respuestas se llegó a un grado de concordancia entre observadores entre "moderada y casi perfecta"

Las madres que relataron sus experiencias prenatales negativas (108) destacan la presión tanto para "hacerse las pruebas prenatales" como para "interrumpir el embarazo", la "falta de apoyo psicológico" y la "falta de información".

28 madres expresaron haber tenido experiencias prenatales positivas.

En cuanto a las experiencias postnatales negativas, 163 madres recibieron una "comunicación fría" "tar-día", "les dieron el pésame" y "no recibieron información sobre el síndrome de Down".

Las madres que resaltan los aspectos positivos del diagnóstico postnatal fueron tratadas con "amabilidad, empatía, apoyo, optimismo, tranquilidad y les dieron la enhorabuena" (n=126). 19 madres recibieron material impreso.

4. Conclusiones

En general, las madres no están satisfechas con la manera en la que se les ha comunicado el diagnóstico de síndrome de Down, siendo más desfavorable el prenatal, tal y como reflejan sus relatos personales.

5. Agradecimientos

Soporte informático Encuestafacil.com: Condición especial por ser una ONG.

Referencias

- [1] Brian SKOTKO, Ricardo CANAL, "Postnatal support for mothers of children with Down syndrome". *Mental Retardation*, 43, 2005, 196-212.
- [2] Brian SKOTKO publications, <http://www.brianskotko.com/documents/spanishsurvey.pdf>, [20/04/2017].



UNA BIOÉTICA GLOBAL PARA UN MUNDO GLOBAL

CARLOS COSTA GOMES^(1,2), JOANA ARAÚJO^(1,2)

1. Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

2. Cátedra de Bioética da UNESCO, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

1. Introducción

La Bioética se presenta al mundo cultural en 1970 por Van Rensselaer Potter, como la ciencia de la supervivencia. En el pensamiento del autor americano la humanidad se enfrenta a un riesgo real de extinción y este nuevo conocimiento puede salvarla.

Potter es claramente el creador de la bioética para el siglo XXI [1]. El pensamiento humano no ha dejado de ampliar y profundizar los conocimientos de quién es y qué es el hombre y el mundo. El desarrollo técnico y científico de su estructura han permitido conocer hasta los más pequeños detalles de la "máquina" del cuerpo humano. Pero aún así el bios humano aparece, sin embargo, como un sistema vulnerable que puede ser objeto de intervenciones que pueden mejorarlo o destruirlo. La bioética global tiene su base a partir de la creación de una nueva disciplina científica rigurosa - Bioética - que deberá "cerrar la brecha entre las ciencias y las humanidades utilizando especialmente los valores de biología y humanos para crear una ciencia de la supervivencia" [2].

2. Material y métodos

Para llevar a cabo este estudio se hizo una revisión de la literatura sobre el tema utilizando el método analítico

y hermenéutico usado y un enfoque histórico-crítico con herramientas de evaluación de análisis de contenido.

3. Resultados

Desde el diseño del estudio fue posible establecer los criterios –el fundamento y la base– que deben guiar los procesos de toma de decisiones del punto de vista bioético. El fundamento ético y la base de todos los criterios es la persona humana.

4. Conclusiones

Bioética del Siglo XXI se basa en una bioética global, en la que se va a construir una economía global más justa, una ecología más sensata, una política más responsable y una religión más alegre - para la realización del mejor bien de la persona humana.

Referencias

- [1] Daniel SERRÃO, "Bioética: a aventura de uma utopia saudável", *Colóquio de Ciências*, n.º 18, 1996, p. 56-66.
- [2] Diego GRACIA, *Fundamentos de Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2007.



ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA (IN) FERTILIDAD HOY EN ESPAÑA

RAQUEL CEDIEL SÁEZ Y DOLORS COMAS D'ARGEMIR

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

1. Introducción

En este artículo se analizan, dentro de los cambios que acontecen drásticamente en la estructura de la población española, la edad de acceso a la maternidad y los partos múltiples con datos comparables de los últimos 15 años.

Hemos identificado factores sociales y culturales, algunos poco evidentes, que están influyendo sobre la conducta de las mujeres nacidas entre 1970-1980, quienes pertenecen a la generación española del baby boom.

2. Material y métodos

Se ha analizado el número anual de nacidos y partos múltiples en relación con la edad de las madres primerizas utilizando la base de datos del Instituto Nacional de Estadística. Para este análisis hemos delimitado las variables 'madre de nacionalidad extranjera' y 'nacidos de madre de nacionalidad extranjera' y los hemos comparado sincrónica y diacrónicamente a los datos de 'madre de nacionalidad española' y 'nacidos de madre de nacionalidad española'.

3. Resultados

La estructura de la población está cambiando drásticamente en tres puntos importantes: la Tasa de natalidad nacional sigue disminuyendo, mientras la edad de las madres primerizas de nacionalidad española aumenta y el número de partos múltiples también aumenta.

4. Conclusiones

La población diana intenta resolver individualmente con Técnicas de Reproducción Asistida unos problemas estructurales de carácter colectivo. Por tanto, asume de manera personal los riesgos de la aplicación de técnicas reproductivas que no son inocuas. La baja tasa de natalidad general y en concreto, de las mujeres con nacionalidad española, junto al aumento de la edad de la maternidad explica la tolerancia de los partos múltiples, buena parte de ellos relacionados con la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida.



SALUD, BIOÉTICA Y CAMBIO CLIMÁTICO

ANTERO ENRIQUE YACARINI MARTÍNEZ

Docente de Ecología y Desarrollo Sostenible, Microbiología y Bioética adscrito al Departamento de Ciencias de la Salud – Escuela de Medicina Humana-Facultad de Medicina. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Av. San Josemaría Escrivá de Balaguer N° 855. Chiclayo-Perú

1. Introducción

La bioética propuesta por Potter como una ciencia que articula las humanidades y las ciencias de la vida, evidencia la necesidad de una responsabilidad por la ecología y el ambiente.

Por otro lado, la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, implica factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades emergentes y re-emergentes que afectan el equilibrio entre la salud y la ecología humana.

2. Material y métodos

Se sistematizaron artículos científicos de acuerdo a la problemática ambiental y de salud en nuestro país y en particular en la Región Norte tomando como casuística el reciente fenómeno climatológico denominado: “Niño Costero” que afectó la costa del Perú.

La metodología utilizada fue de análisis e interpretación de la información científica sistematizada y de los eventos relacionados con este fenómeno.

3. Resultados

Entre los resultados obtenidos de este análisis se encontró: falta de una visión antropológica social como parte del ordenamiento territorial; alta prevalencia de enfermedades metaxénicas como dengue, chikunguya y zyka; falta de políticas en salud y ambiente; y finalmente un alto nivel de corrupción de la gestión pública en la prevención del impacto climático.

La información analizada a la luz de la bioética revaloriza la dignidad humana y la responsabilidad ambiental considerando la aplicación de: 1) un estudio de la problemática con una visión científica y biológica, 2) implicancias antropológicas, y 3) aplicación del principio de respeto e inviolabilidad de la vida y de equidad, sociabilidad y subsidiaridad.

4. Conclusiones

- El estudio de la Bioética en la ecología permite una conexión entre el respeto por la naturaleza y la biodiversidad.
- Se debe analizar con criterio social y científico el cambio climático y su impacto en la salud humana.



LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) A LA LUZ DE LA OBRA DE EMMANUEL LÉVINAS: EL "ROSTRO" DEL PACIENTE ME INTERPELA

RICARDO ABENGÓZAR MUELA⁽¹⁾, MANUEL FERNANDEZ DE LA CUEVA⁽²⁾

1. Director Instituto de Bioética Francisco de Vitoria. Universidad Francisco de Vitoria (UFV)

2. Profesor de Historia de la Filosofía Moderna y Contemporánea. Master Humanidades UFV

1. Introducción

Lévinas es un filósofo lituano de origen judío. Sufrió el azote nazi. Desarrolló su obra en Francia. Para él la filosofía primera no es la metafísica sino la ética. Demuestra enorme interés por la alteridad y la trascendencia.

Queremos descubrir en su obra argumentos que enriquezcan la RPM. La reflexión antropológica y ética que se deduce del concepto de "el rostro" son claves.

2. Material y métodos

Revisión bibliográfica de su obra.

3. Resultados

Encontramos interesantes argumentos que enriquecen la RPM:

La apertura a la trascendencia en dos direcciones: horizontal (¿quién es el otro?) y vertical (¿quién es El Otro?).

La reflexión ética que se deduce de lo anterior.

4. Conclusiones

Lévinas nos anima a educar la mirada hasta llegar al asombro ante el otro, que conduce a responderle de forma responsable, desde el descubrimiento de que es un *otro-yo*, pero necesitado y vulnerable, que además acude a nosotros pidiendo ayuda. Nos hace responsables de él. Nuestra responsabilidad es irrenunciable.

Su "rostro" nos exige y nos impide actuar de forma violenta con él (cosificarle, no respetarle como agente autónomo, no respetar su dignidad o la *lex artis*, etc.)

Su rostro frágil y vulnerable nos "vacuna" contra las tentaciones frecuentes de la práctica clínica (prestigio, dinero, comodidad, etc.).

Su rostro da sentido a cada acto médico porque significa el *Infinito*, y lo convierte en una nueva oportunidad de aspiración a la plenitud.

5. Discusión

La medicina debe tener un pie en lo biológico y otro en lo metabiológico (espiritual). Es ciencia y humanidades. Si falta alguna, queda amputada. Debemos recuperar la filosofía en la formación de los médicos. Sin ella, el riesgo de caer seducidos por el cientifismo es alto, y el de deshumanizar la medicina también.

Referencias

Alteridad y trascendencia. Arena Libros (1995).

Entre nosotros: ensayos para pensar en otro. Editorial Pre-Textos. (1993).

Ética e infinito. A. Machado Libros. (1991). *Humanismo del otro hombre*. Caparrós Editores. (1993).

Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad. Ediciones Sígueme. (1997).



EDITH STEIN Y SU ANTROPOLOGÍA DIFERENCIADA: ¿DE LA METAFÍSICA A LA BIOLOGÍA O VICEVERSA?

RICARDO VALENCIA⁽¹⁾, JEANNETTE ROBLES⁽²⁾

1. Facultad de Filosofía, Escuela de Pedagogía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

2. Prof. Filosofía de la Ciencia. Seminario Mayor de Guayaquil, Ecuador

1. Introducción

El realismo sugiere una articulación indispensable entre: las propiedades de los entes –biológicos en esta investigación– y el análisis filosófico de las esencias, para comprender la complejidad de lo real, en nuestro caso: la persona humana

2. Material y métodos

Se realizó el análisis bibliográfico de la antropología diferenciada de Stein: insumo filosófico del análisis. Los componentes fenomenológicos: resultados de la investigación de la neurociencia y sus referencias científicas consignadas en "*Cerebro de mujer, cerebro de varón*" de Natalia López, y las declaraciones de la Dra. Anne Campbell en "Brainwash"¹ (en video).

3. Resultados

Stein propone en su antropología diferenciada que la especie ser humano se expresa en dos modos diversos: El hombre tiende más a lo objetivo situado, dedica sus energías a un ámbito y someterse a las leyes correspondientes a esa realidad le es connatural; la mujer tiende a lo personal, a la persona viva, concreta y a la totalidad de ella. El hombre experimenta un

desarrollo unidireccional. La mujer vive una tendencia natural al todo y a lo acabado.²

La Dra. López afirma que la diferenciación sexual se evidencia en las diferentes habilidades que presentan ellos y ellas, que a pesar de no estar condicionadas por la biología cerebral, no pueden producirse a sus espaldas. La Dra. Campbell explica la diferenciación desde la psicología evolutiva y la genética.

4. Conclusiones

Diversos estudios experimentales han evidenciado que la diferencia sexual se fundamenta en las conexiones neuronales cerebrales cuyo trazado es innato y específico al sexo. Sin determinismos involucran la adaptación libre al nicho humano cognitivo y cultural.

Esta conclusión de la biología no hace más que sustentar desde el fenómeno las argumentaciones antropológicas steinianas acerca del dinamismo diferencial "varón-mujer", cerrando el círculo de la propuesta realista: "no sólo es útil conocer la esencia para comprender las causas de las propiedades que corresponden a las entidades sino que también –y a la inversa– las propiedades contribuyen en buena parte al conocimiento de la esencia:"³

1 http://www.dailymotion.com/playlist/x1xv47_Brainwashin-glnNorway_hjernevask-english/1#video=xp0tg8

2 Edith STEIN, *Obras Completas IV*. Monte Carmelo, -EDE-El Carmen. Burgos, Madrid, Victoria, 2003, p. 75, 163,492,502,503

3 Aristóteles, "*De Anima*", Libro I, I



DE HIPÓCRATES A MENGELE, UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ÉTICA MÉDICA

RICARDO ABENGÓZAR MUELA⁽¹⁾, JOSÉ JARA RASCÓN⁽²⁾

1. Director Instituto de Bioética Francisco de Vitoria. Universidad Francisco de Vitoria

2. Departamento de formación humanística. Universidad Francisco de Vitoria

1. Introducción

Estudiar en profundidad la medicina nazi ayuda a descubrir que los fines de la medicina sufrieron un cambio de paradigma. El enfermo y la enfermedad dejaron de interesar. El objetivo era el ario sano con herencia genética saludable sirviendo a la política nazi y su visión del mundo. Queremos promover la reflexión sobre cómo el nazismo pudo favorecer dicho cambio de paradigma y valorar si cambios similares pueden acontecer en otros momentos de la historia.

2. Material y métodos

Revisión bibliográfica sobre medicina y holocausto.

Análisis cualitativo de la reflexión de estudiantes de medicina durante un seminario itinerante a lugares de memoria de la medicina nazi en septiembre 2016.

3. Resultados

a) Soporte "científico": darwinismo social, eugenesia e higiene racial. b) Riguroso respeto a la ley. c) Primacía del bien común frente al del individuo a quien se cosifica. d) Recurso al emotivismo y la obediencia debida para justificar acciones inhumanas. e) Prácticas impropias de la medicina (esterilización, eutanasia, investigación no consentida...). f) Escasos testimonios de sanitarios objetores. g) Aceptación acrítica de la nueva ideología.

4. Conclusiones

El cambio de paradigma de la medicina nazi es una herramienta docente interesante para el estudio de la antropología y la ética médica. Su análisis reflexivo provoca en el alumno innumerables preguntas. En la búsqueda de las respuestas obligatoriamente se enfrentan a la realidad actual, al detectarse algunas situaciones que parecen análogas.

5. Discusión

Actualmente nadie duda que la medicina nazi se alejó de Hipócrates y fue una barbarie. Parece que la mayoría de los médicos nazis no eran conscientes de ello. Cabría preguntarse si nos podría estar pasando algo parecido en el momento actual. ¿Es posible que alguna ideología basada en una pseudociencia, con respaldo legal, cosificando a seres humanos, con el emotivismo a pie de calle, con escasa objeción, y con aceptación acrítica esté influyendo en la medicina actual?

Referencias

R. Abengózar Muela.: Seminario itinerante de ética para estudiantes de medicina: Lugares de la "medicina" nazi. <https://www.doctutor.es/2014/06/12/seminario-itinerante-para-estudiantes-de-medicina-por-lugares-de-memoria-de-la-medicina-nazi-aprendiendo-de-la-historia/> (abril 2017)

- Nager A.L. et al.: *Holocaust Student Tour: The Impact on Spirituality and Health*. *Isr J Psychiatry Relat Sci*; 2011;48(3):186-194
- Halioua B. *Visit of the extermination camp Auschwitz-Birkenau: What lessons for medical students*. *Presse Med*. 2012; 41: 745-748.
- Oberman A.S. et al: *Medicine and the Holocaust: a visit to the Nazi death camps as a means of teaching medical ethics in the Israel Defense Forces Medical Corps*. *J Med Ethics* 2010;36;821-826.
- Abengózar Muela R; Monge Martín D; García de Leonardo C; Lorenzo Rego F; Caballero Martínez F.: *Impacto en la sensibilidad ética de estudiantes de medicina de un seminario itinerante a lugares de memoria de la medicina nazi*. *Cuadernos de Bioética XXIV*, 2013/2ª, 338
- Alonso Ecenarro F, et al.: *Enseñanzas del holocausto para la educación médica: un viaje de estudios a lugares de memoria de la medicina nazi con estudiantes de medicina*. *Cuadernos de Bioética XXIV*, 2013/2ª, 293.



LA FORMACIÓN EN ÉTICA MÉDICA, DESDE GREGORIO MARAÑÓN HASTA LA ACTUALIDAD, ¿COMO UN ESLABÓN PERDIDO O MEJOR ENCADENADO?

RICARDO ABENGÓZAR MUELA⁽¹⁾, MIGUEL ORTEGA DE LA FUENTE⁽²⁾

1. Director Instituto de Bioética Francisco de Vitoria. Universidad Francisco de Vitoria

2. Decano de la Facultad de Comunicación. Universidad Francisco de Vitoria

1. Introducción

Pasaron los tiempos de Gregorio Marañón, para quien los estudiantes de medicina no tenían por qué formarse en ética médica. Sus argumentos eran válidos en su época, pero en la actualidad, no hay ninguna duda en la necesidad de dicha formación. Pero ¿cómo ha de llevarse a cabo? ¿Ha de ser una asignatura? ¿Ha de formar parte de un itinerario formativo? ¿Sería éste posible?

Pretendemos plantear un espacio para la reflexión sobre este problema, desde nuestra propuesta formativa que ya hemos puesto en marcha y que queremos dar a conocer.

2. Material y métodos

Hemos llevado a cabo una investigación cualitativa con grupos focales entre nuestros alumnos de medicina mediante sobre la formación en ética médica. Hemos considerado la evaluación que éstos hacen de las asignaturas de humanidades de nuestro *currículum*. Además hemos realizado una reflexión crítica de nuestro plan de estudios.

3. Resultados

Los alumnos consideran importante su formación en humanidades médicas. Es necesaria una fundamentación antropológica previa a la ética y bioética.

La Antropología Fundamental no es bien acogida por los alumnos. La consideran un peaje que tienen que salvar y no encuentran ninguna relación con su fu-

tura profesión. Este déficit formativo dificulta el abordaje de la ética médica y de la bioética.

4. Conclusiones

Hemos replanteado la formación de humanidades médicas mediante un itinerario durante los seis cursos de la carrera, con el diseño de nuevas asignaturas y actividades extraacadémicas (cine, literatura, filosofía, viajes...).

5. Discusión

Nuestras autoridades sanitarias parecen conscientes de la necesidad de rehumanizar la medicina. Tenemos una oportunidad para promover cambios en la formación de los médicos que seducida por el cientifismo y la tecnología ha amputado a la medicina el ámbito humano que le es propio. Hacemos nuestra propuesta de mejora desde la Universidad.

Referencias

- Gregorio Marañón. Vocación y Ética. Espasa Calpe SA. 1935.
- R. Abengózar Muela: Humanidades Médicas: una propuesta formativa para el grado de medicina. <https://www.doctutor.es/2017/03/04/humanidades-medicinas-una-propuesta-formativa-para-el-grado-de-medicina/> (marzo 2017)
- R. Abengózar Muela, F. Caballero Martínez: Itinerario formativo en ética médica y bioética (EM/BE) para estudiantes de medicina. Cuadernos de Bioética XXVI 2015/3º, 498.



EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE BIOÉTICA DEL FINAL DE LA VIDA HUMANA EN ANESTESIÓLOGOS

JAVIER OROZCO MONTES⁽¹⁾, JOSÉ IGNACIO GARRIDO GÓMEZ⁽¹⁾, FRANCISCO CARRILLO NAVARRO⁽²⁾, NURIA DOMÍNGUEZ SERRANO⁽¹⁾, ANA BASTIDA CHACÓN⁽¹⁾, MARÍA DOLORES LORENTE MARTÍNEZ⁽¹⁾

1. FEA Anestesiología Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

2. FEA Pediatría, Centro de Salud San Andrés, Murcia.

1. Introducción

Los conocimientos bioéticos del final de la vida humana son fundamentales para poder tomar decisiones éticas y legales en estos pacientes. Aunque fundamentalmente estas situaciones ocurren en las plantas de los hospitales y unidades de cuidados intensivos, en ocasiones son los anestesiólogos los médicos responsables de tomar las decisiones. El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos bioéticos de los anestesiólogos que no se dedican habitualmente a cuidados críticos.

2. Material y métodos

Se repartieron 26 cuestionarios a los anestesiólogos que voluntariamente decidieron colaborar en este estudio. El test, que fue cumplimentado anónimamente, constaba de 9 casos clínicos que describían alguna de las situaciones del final de la vida (eutanasia, homicidio, sedación paliativa, limitación del esfuerzo terapéutico, rechazo al tratamiento), preguntando cuál era la situación descrita, si era legal en España y si la decisión tomada era acorde con su ética.

3. Resultados

Se recogieron 24 encuestas correctamente cumplimentadas en las que hubo un acierto del 85,68% de

las 25 preguntas (la ética de la eutanasia y el suicidio asistido no se evaluó por no existir un consenso ético amplio). Los encuestados tuvieron algunas dificultades en denominar correctamente los casos descritos, con un 75,44% de acierto, aunque la mayoría de los errores se concentraron en las situaciones de eutanasia, homicidio y rechazo al tratamiento por interrupción del mismo. El 88,71% de las respuestas de los encuestados estuvieron acorde a la actitud ética correcta (según el consenso mayoritario), y hubo un 93,55% de acierto identificando la legalidad o ilegalidad de los casos planteados.

4. Conclusiones

Los anestesiólogos conocen los aspectos legales básicos de la atención del paciente al final de la vida, pero deberían recibir más información para identificar correctamente estas situaciones y actuar de acuerdo a una buena praxis médica.

Referencias

- [1] Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles. "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras". *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(6):271-85.



EL PRINCIPITO DE ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY COMO HERRAMIENTA DOCENTE PARA BIOTECNÓLOGOS

RICARDO ABENGÓZAR MUELA

Director Instituto de Bioética Francisco de Vitoria. Universidad Francisco de Vitoria

1. Introducción

El Principito (*"Le Petit Prince"*) es una novela corta de Antoine de Saint-Exupéry publicada en 1943 y traducida a más de 250 idiomas y dialectos, incluido el braille.

Es considerado un libro infantil por su estilo, pero posee profundas observaciones sobre la vida, la naturaleza humana y las relaciones interpersonales.

Lo hemos utilizado como herramienta docente para humanizar la formación de alumnos del máster de terapias avanzadas e innovación biotecnológica (MUTAIB) y valorar sus descubrimientos.

2. Material y métodos

Análisis cualitativo de la reflexión escrita sobre El Principito de 16 alumnos del MUTAIB de nuestra universidad.

3. Resultados

Los tres descubrimientos más importantes se relacionan con:

- La medicina basada en la evidencia.
- Las relaciones interpersonales aterrizadas en la relación terapeuta-paciente y su dimensión ética.
- Las diferentes tipologías de pacientes.

Las tres frases más impactantes:

- "Solo se ve bien con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos".
- "Te haces responsable para siempre de lo que has domesticado".
- "El tiempo que perdiste con tu rosa hace que tu rosa sea tan importante".

4. Discusión

Los alumnos de un master tan tecnificado no suelen estar acostumbrados a la contemplación sobre la realidad del hombre en todas sus dimensiones. Durante sus estudios de grado suelen estar sumergidos en un ambiente cientifista muy seductor. La literatura, bien elegida, puede favorecer la apertura de la razón a otra dimensión, también real, que va más allá de la pura biología, que es el ámbito espiritual del ser humano.

5. Conclusión

La lectura reflexiva de El Principito proporciona a los alumnos la oportunidad de disfrutar con la lectura y descubrir por ellos mismos aspectos esenciales para su profesión y su vida. Creemos que la literatura, y en concreto El Principito es una buena herramienta docente para humanizar la biotecnología y a los biotecnólogos.



NO DESHUMANIZAR Y SÍ REHUMANIZAR LA ONCOLOGÍA EN ADULTOS. PERSPECTIVA DE UNA ALUMNA DE ENFERMERÍA

ALESSIA GUTIÉRREZ DELGADO

Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

1. Introducción

Desde hace un tiempo parece existir una insatisfacción generalizada en el mundo de la oncología en adultos. El tiempo de espera ante el diagnóstico de la enfermedad, la asignación de una cama en el hospital, la insuficiente información, las inadecuadas revisiones médicas, la incomunicación entre el profesional sanitario y el paciente son entre muchos, los principales motivos de descontento que pacientes, familiares y profesionales perciben cada día.

2. Metodología

Tras el estudio, análisis, revisión bibliográfica y la visita a diferentes servicios de oncología y paliativos, se realizó una evaluación lo más próxima posible a la situación actual de la oncología en adultos.

3. Resultados

Hoy en día, son muchas las prácticas que obstaculizan una medicina humanizada en el ámbito de la oncología en adultos y, que tienden a deshumanizarla.

Deseamos a ser atendidos más rápido de cuando lo somos y por profesionales sanitarios competentes que no solo sean descendientes de una medicina biologicista o empirista en la que únicamente importen los datos. Aspiramos a que el mundo de la oncología en adultos sea un encuentro entre personas.

4. Conclusiones

Un modelo apoyado en la medicina basada en la evidencia y centrada en la persona que integre la enfermedad en su vida, es la clave para luchar en contra de la deshumanización en la oncología de adultos que existe en la actualidad.

Respetemos los aspectos metabiológicos, la dimensión espiritual, la intimidad... de nuestros pacientes. Re-humanicemos entre todos la oncología en adultos.

5. Agradecimientos

Al Dr. Ricardo Abengozar, quien ha sido fundamental para guiarme en el camino.

A la Dra. Blanca López Ibor quien me puso los pies en el suelo.

Referencias

1. Entrevista con la Dra. Blanca López Ibor. Jefe Unidad Oncología y Hematología Pediátrica del HMMP, 30 de Marzo de 2017.
2. "Dilemas éticos en el paciente oncológico. Abordaje multidisciplinar". XVI Jornada Abimad. Fundación Vianorte-Laguna. Centro de Formación e Investigación. 19 de Abril de 2017.
3. José Carlos Bermejo, *¿Qué es humanizar la salud?*, 2003.136 p.



¿POR QUÉ TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y NO ALTERNATIVAS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA EN ADULTOS? ERROR EN LA CONCEPTUALIZACIÓN

ALESSIA GUTIÉRREZ DELGADO

Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

1. Introducción

Actualmente en las unidades de Oncología en adultos, cada vez es más popular, significativo y progresivo el aumento de actividades relacionadas con las denominadas Terapias Complementarias y Alternativas. Es fundamental esclarecer el significado de cada una de ellas para discernir por qué sí Complementarias y no Alternativas.

2. Metodología

Tras visitar el Servicio de Oncología y Hematología Pediátrico del Hospital de Montepíncipe, se estudió, analizó y realizó una revisión bibliográfica que determinó por qué sí Terapias Complementarias y no Alternativas en las unidades de oncología en adultos.

3. Resultados

Hoy en día, destaca una controversia generalizada en torno a estos conceptos que no debemos confundir pues, aunque parecen ser similares, son diferentes uno del otro.

Las Terapias Complementarias, se usan junto con la medicina convencional como medidas de soporte para el control sintomático, la mejora de la calidad de vida y la contribución a la salud global de nuestros pacientes. En cambio, las Terapias Alternativas se usan como disyunti-

va a la medicina convencional pudiendo ser altamente perjudiciales para los mismos.

4. Conclusiones

En las unidades de oncología en adultos, las Terapias Alternativas están rotundamente desaconsejadas. Sin embargo, el uso de Terapias Complementarias como elemento adyuvante a la medicina convencional no lo está. Es por ello, que en la actualidad son muchos los hospitales que ofrecen estas posibilidades. De modo que, es fundamental ser críticos y rigurosos al evaluar la necesidad individual de cada uno de nuestros pacientes en relación con el uso de dichas Terapias Complementarias. Así, los pacientes y los profesionales sanitarios podremos tomar decisiones compartidas al evaluar la relación entre el riesgo y el beneficio de cada una de las terapias.

Referencias

Entrevista con la Dra Blanca López Ibor. Jefe Unidad Oncología y Hematología Pediátrica del HMMP, 30 de Marzo de 2017.

Entrevista con Camino Bengoechea Menéndez Responsable del Departamento de Musicoterapia y Directora del Equipo Psicosocial de la Unidad Oncología y Hematología Pediátrica del HMMP, 30 de Marzo de 2017.



LA NECESIDAD DE INFORMAR A LA SOCIEDAD DEL ADECUADO SIGNIFICADO DE MUERTE DIGNA: EL GRAN DESCONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

SANDRA MARTÍN PERALES

Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

1. Introducción

La sociedad actual se encuentra totalmente desinformada sobre los cuidados y tratamientos que la medicina actual puede proporcionar cuando nos encontramos ante una muerte próxima. En el debate actual, se está equiparando la muerte digna con la práctica activa de la eutanasia, olvidando o minusvalorando el papel fundamental de los cuidados paliativos.

2. Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre 64 fuentes, extraídas tanto por medio electrónico como por documentos escritos. Se han considerado las siguientes palabras clave: eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos y muerte digna.

3. Resultados

La legalización de la eutanasia en otros países europeos como Bélgica y Holanda, el antropocentrismo creciente y la hipertrofia de la autonomía ha supuesto que la sociedad española se encuentre inmersa en un profundo debate sobre la muerte digna. Este debate se dirige hacia la aprobación de una ley que regule la práctica eutanásica en nuestro país cuando debería estar orientado en la potenciación y mejora de los tratamientos, centros y equipos de cuidados paliativos. El desconocimiento de la sociedad del concepto de muerte digna,

provocado en ocasiones por la inadecuada información de los medios de comunicación, la escasa formación de profesionales sanitarios sobre los cuidados paliativos y el temor del enfermo al dolor y al sufrimiento abocan al uso activo de la eutanasia.

4. Conclusiones

Un aumento de los equipos y centros sanitarios destinados al cuidado paliativo supondría un descenso considerable en las peticiones eutanásicas. El correcto uso de la sedación y de los tratamientos paliativos, la dedicación de un equipo multidisciplinar compuesto no solo por médico y enfermera sino también por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, así como un adecuado soporte religioso y administrativo, conseguiría un descenso notable de cualquier dolor y sufrimiento en pacientes en situación terminal y en consecuencia una evidente mejora en su calidad de vida, determinante a la hora de plantearse la opción de pedir la eutanasia.

5. Agradecimientos

Dar gracias a la Universidad Francisco de Vitoria por darnos esta oportunidad.

Referencias

- [1] Isabel Oriol, Informe de la situación actual en Cuidados Paliativos, junio de 2014.



HABLEMOS SOBRE LA MUERTE. PERSPECTIVA DE DOS ALUMNAS DE ENFERMERÍA

SANDRA MARTÍN PERALES, ALESSIA GUTIÉRREZ DELGADO

Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

1. Introducción

En la sociedad actual mantenemos la muerte desligada de nuestra vida, nos comportamos como si fuera algo siempre ajeno, no obstante, es un proceso más de esta. Y es que, aunque todos somos conscientes de que tarde o temprano vamos a morir, hablar de la muerte ejerce en nosotros un miedo irracional provocando que esta sea considerada un tema tabú.

2. Metodología

La metodología que se ha utilizado ha sido el conocimiento adquirido a través de las prácticas realizadas a lo largo de nuestra carrera. A su vez hemos realizado un estudio introspectivo con una previa revisión bibliográfica.

3. Resultados

No solo son nuestros pacientes los que niegan la muerte o los que sienten frustración ante la misma. Existe también un fracaso generalizado tanto en el ámbito social como en el profesional. A su vez, los profesionales

sanitarios, tampoco saben cómo abordar el proceso de la muerte cuando los pacientes no son capaces de afrontar esta.

4. Conclusiones

Es necesario abordar la muerte en todos sus aspectos de manera integral. Adaptándonos a cada persona, tratándola de manera holística y afrontando que es un proceso natural.

Por lo tanto, se plantea una nueva línea de investigación: ¿Realmente falta en el ámbito sanitario una formación adecuada sobre los cuidados que se deben aplicar al final de la vida de nuestros pacientes?

Es necesario instaurar un pensamiento colectivo donde, acorde con los principios ético-morales, creemos una visión más humanitaria sobre los conceptos de muerte.

Mostremos la aptitud que el hombre posee para aprender a morir.

5. Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad Francisco de Vitoria por ofrecernos esta oportunidad.



REHUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD MEDIANTE LA FILOSOFÍA DEL ENCUENTRO DE ALFONSO LÓPEZ QUINTÁS

IRENE MORGAN SEPÚLVEDA, RICARDO ABENGÓZAR
Departamento, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

1. Introducción

Es indudable la preocupación percibida tanto por los profesionales, los pacientes y sus familias, como por los responsables de la gestión sanitaria, de la necesidad de implementar medidas que favorezcan la rehumanización de la medicina.

Una muestra de ello es la aparición en diferentes comunidades autónomas de direcciones generales de humanización. Esta necesidad también es percibida en la universidad. Por este motivo se ha planteado profundizar en la relación profesional sanitario-paciente basada en la filosofía del encuentro de Alfonso López Quintás.

2. Material y métodos

Revisión bibliográfica de las obras de Alfonso López Quintás. Análisis del vínculo entre los conceptos que introduce en su filosofía con la relación profesional sanitario-paciente.

3. Resultados

Se han encontrado elementos útiles para la relación personal sanitario-paciente en el análisis del encuentro según López Quintás, que van desde la reflexión antropológica y sus derivadas éticas hasta la necesidad del encuentro y sus frutos cuando éste es verdadero.

4. Conclusiones

La obra de Alfonso López Quintás puede aportar al profesional sanitario potentes argumentos para descubrir el verdadero sentido del encuentro, y lo proponemos como herramienta docente para rehumanizar la sanidad.

Referencias

- Alfonso LÓPEZ QUINTÁS, *Inteligencia creativa*. 1ª ed. Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 1999.
- Alfonso LÓPEZ QUINTÁS, *El secreto de una vida lograda*, 2ª ed. Madrid. Manuales de filosofía; 2003.



EL PRINCIPITO COMO MATERIAL DOCENTE UNIVERSITARIO PARA LA FORMACIÓN BIOÉTICA DE ALUMNOS DE CIENCIAS BIOSANITARIAS

IRENE MORGAN SEPÚLVEDA, RICARDO ABENGÓZAR
 Departamento, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

1. Introducción

Gracias a la formación técnica de los alumnos de ciencias biosanitarias, España cuenta con uno de los mejores sistemas de salud a nivel nacional e internacional. Sin embargo, es necesario perfeccionar la formación integral de los profesionales, en especial la formación humanística, para poder ofrecer un mejor servicio de salud a la sociedad, más concretamente, la formación bioética de los mismos. Se propone pues, la utilización del libro de "El Principito" de Antoine de Saint-Éxupéry para extrapolar las enseñanzas que trasmite al ámbito de la Medicina y todos sus campos.

2. Material y métodos

Lectura analítica del libro "El Principito" de Antoine de Saint-Éxupéry.

3. Resultados

En la lectura de "El Principito", se han descubierto potentes herramientas que nos transmite el autor que pueden ser útiles para los profesionales biosanitarios y su formación.

4. Conclusiones

Es posible mejorar la formación bioética de los alumnos de carreras biosanitarias mediante la lectura analítica de "El Principito" y la extracción de herramientas útiles para el día a día de los profesionales desde las metáforas y el profundo mensaje transmitido por el autor.

Referencias

Antoine de SAINT-ÉXUPÉRY. Le petit prince. Editions Gallimard, Madrid; 1946.



LA SEDACIÓN PALIATIVA EN LAS NUEVAS LEYES AUTONÓMICAS SOBRE EL FINAL DE LA VIDA

JOSÉ ANTONIO DÍEZ FERNÁNDEZ

Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Logroño. La Rioja (España).

1. Introducción

En los últimos siete años se han dictado leyes sobre derechos del paciente el final de la vida en 10 Comunidades Autónomas: la primera fue Andalucía, en 2010; y la última, la que acaba de aprobar la Comunidad de Madrid en marzo pasado. Carecen de legislación específica Extremadura, Castilla-León y Castilla-La Mancha, Murcia, Comunidad Valenciana, Cantabria y Ceuta-Melilla. Actualmente está debatiéndose, en sede parlamentaria, una ley nacional¹.

En esta comunicación analizaremos, sintéticamente, el concepto y contenido del derecho a la sedación paliativa, así como las similitudes y diferencias que se observan respecto a su regulación.

Se entiende por sedación paliativa: "la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, con su previo consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios". La sedación en agonía, por su parte, es "la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.

2. Material y métodos:

Examen de las legislaciones autonómicas, del Capítulo VII del Código de Deontología Médica; Informes y Guías de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y de la OMC, artículos académicos.

3. Resultados y conclusiones:

Todas las leyes reconocen el derecho del paciente a la sedación paliativa, en el marco de la prestación de unos cuidados paliativos integrales.

Las definiciones de ambas modalidades de sedación contenidas en los Glosarios o en el articulado son prácticamente idénticas y expresan unas condiciones comunes que determinarían su aplicación:

- Consentimiento explícito o implícito del paciente.
- Evitación de un sufrimiento físico insostenible, manifestado en síntomas refractarios que no ceden ante la medicación ordinaria (la ley andaluza, por excepción, no condiciona la sedación a la existencia de síntomas refractarios).
- Los fármacos sedantes se han de administrar en las dosis oportunas; provocan una disminución de la consciencia e, indirectamente –aunque no en todos los casos– un acortamiento de la vida, que se produce como efecto no buscado del fármaco.
- Todas enmarcan la sedación en agonía, dentro de los cuidados paliativos: unas usan el término

¹ BOCG. Congreso de los Diputados Núm. B-86-1 de 17/02/2017 Pág.: 1 http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-86-1.PDF#page=1

sedación en agonía, otras el de sedación terminal; la de Navarra, emplea indistintamente ambos términos.

- La mayoría de las disposiciones explicita que la sedación debe estar indicada médicamente; algunas –las menos– solo señalan que se deben administrar las dosis “precisas”, sin aludir a la indicación médica. Solo las leyes de Madrid, y Navarra, indican como límite o condición de la sedación el respeto a la “lex artis”; en las demás aparecen invocaciones genéricas, a la legislación general sobre la materia (en especial, la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente), tanto en lo relativo al rechazo de tratamientos como al cumplimiento de la voluntad anticipada,

Muchos expertos en la materia, especialmente, los paliativistas y otros profesionales que trabajan en este ámbito, hacen notar que el ejercicio efectivo del derecho a la sedación paliativa, en los términos contem-

plados por las leyes, se presenta hoy en día como un derecho de difícil satisfacción: de los más de 100.000 enfermos que necesitarían cuidados paliativos en España, solo la mitad pueden ser atendidos con los recursos médicos y materiales con que actualmente se cuentan; faltan camas hospitalarias, unidades de atención domiciliaria y, sobre todo, profesionales como una preparación específica en cuidados paliativos².

Referencias

- Guía de sedación paliativa. SECPAL y OMC, Madrid, octubre 2011. https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf
- Sanz Rubiales, Barón Duarte, del Valle Rivero. “¿Es necesario precisar el concepto de sedación? *Cuadernos de bioética* 26(1):111-116 · 2015.
- Bátiz Cantera, J. “Algunas reflexiones sobre el derecho a la sedación paliativa”. Ponencia para el IV Congreso Nacional de Comisiones Deontológicas, Málaga, abril 2017 (pendiente publicación)

² Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Monografía: “Análisis y Evaluación de los Recursos de Cuidados Paliativos de España. Nº 6, mayo 2016”.



ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE ÉXITO Y FRACASO EN PROFESIONALES QUE INICIAN UN MÁSTER A DISTANCIA EN BIOÉTICA

LAURA HIDALGO-ARMAS⁽¹⁾, MONTSERRAT SAN-MARTÍN⁽²⁾⁽³⁾, LUIS VIVANCO⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

¹ Plataforma de Bioética y Educación Médica, Centro de Investigación Biomédica de La Rioja, Logroño, España.

² Facultad de Ciencias Sociales de Melilla, Universidad de Granada, Melilla, 52005, España.

³ Programa de Bioética, Fundación Universitaria Iberoamericana, Barcelona, España

⁴ Centro Nacional de Documentación en Bioética, Fundación Rioja Salud, Logroño, 26006, España.

1. Introducción

En bioética, la formación a distancia (*e-learning*) ha adquirido un rápido crecimiento en los últimos años abarcando una amplia oferta académica que va desde cursos cortos hasta programas de posgrado. Hay un creciente interés por esta metodología entre profesionales de Latinoamérica. En parte, debido a la flexibilidad del tiempo, a las facilidades económicas en comparación con programas tradicionales, a la escasez de instituciones educativas en el propio país y a la propia escasez de especialistas. Sin embargo, para un profesional que se inicia en un programa de este tipo resulta muy importante determinar sus posibilidades reales de éxito o fracaso en la realización de tal empresa. En dicho marco, el objetivo de este estudio es el de caracterizar factores de éxito y fracaso académico de estudiantes que inician un Máster en bioética a distancia de dos años de duración.

2. Material y métodos

Se hizo un seguimiento de 180 alumnos de 24 países que en el periodo 2012-2016 (5 años) se matricularon

en un Máster en bioética a distancia. Como variable explicada se midió el estado académico (éxito vs. fracaso). Como variables explicativas se midió edad, sexo, país, profesión, y tiempo medio entre dos asignaturas superadas. Se desarrolló un modelo de regresión logística basado en los éxitos y fracasos académicos con el fin de predecir las posibilidades de éxito que tienen los alumnos matriculados que durante el periodo en el que se hizo el estudio estaban activos.

3. Resultados

De las cinco variables estudiadas, el tiempo ($p=0.01$), la edad ($p=0.04$) y el país de origen ($p=0.04$) ayudaron a predecir el éxito o fracaso académico de los alumnos activos.

4. Conclusiones

La educación a distancia abre entornos globales muy diversos donde, más allá de las diferencias profesionales y las facilidades metodológicas, los factores individuales y socioculturales influyen en el éxito académico de los alumnos.



LA RELACIÓN CLÍNICA COMO BASE PARA LA TOMA DE DECISIONES

JUAN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ^(1,2), FLORA VERA ESCOLAR^(1,2), MARÍA DEL CARMEN VÁZQUEZ GUERRERO⁽²⁾, MARÍA DEL CARMEN BALLESTER ZAPATA⁽²⁾, CARMEN ABELLÓN MARTÍNEZ⁽¹⁾

1. Servicio de Medicina Intensiva, Comité de Ética Asistencial, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

2. Sección de Ética, Bioética y Humanidades, Grupo de Investigación "Bioética en el Siglo XXI", Departamento de Ciencias Humanas y Religiosas, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

1. Introducción

La toma de decisiones clínicas es obligatoria en la asistencia sanitaria, basada en el estado del paciente, conocimientos científicos, respeto a la dignidad de la persona y consenso profesionales-paciente-familia. El objetivo es documentar mediante un caso clínico, la toma de decisiones basada en una adecuada relación clínica.

2. Material y métodos

Análisis descriptivo retrospectivo del caso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos. Criterios inclusión: consecutivas complicaciones, planteamiento de actitudes y decisiones compartidas con el paciente y su familia, adecuadas relación clínica, información y comunicación. Periodo 1-enero-2017 a 31-marzo-2017; selección de quince casos, se escoge el presente como más representativo.

3. Resultados

Paciente de 76 años con diagnóstico de insuficiencia respiratoria por neumonía bacteriana. Múltiples complicaciones: taquiarritmias, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, hemorragia digestiva, síndrome confusional, deterioro neurológico, sepsis y parada cardíaca. Soporte artificial: ventilación mecánica no invasiva e invasiva, fármacos vasoactivos, sedación, transfusión de

hemoderivados, hemofiltración, diálisis, nutrición enteral y parenteral, traqueostomía y reanimación cardiopulmonar. Tras 24 días: limitación de tratamiento; fallecimiento. Familia: esposa con deterioro cognitivo crónico; dos hijos, le visitan a diario y reciben la información. Diagnóstico de gravedad y múltiples complicaciones, tratamiento correcto, mala evolución. La familia constantemente informada y de forma fluida, conociendo el nombre de los profesionales responsables, compartiendo la evolución día a día, siendo conocedores del pronóstico, consintiendo en los procedimientos y consensuando finalmente la limitación de medidas diagnóstico-terapéuticas. Todo ello reflejado en la historia clínica. La inversión de recursos humanos y técnicos con desenlace de fallecimiento ha requerido una continuada toma de decisiones⁽¹⁾, siendo posible gracias a la adecuada relación con la familia.

4. Conclusiones

La información continuada y mantenida hace posible una adecuada relación clínica. La toma de decisiones, tanto para aplicar medidas como para retirarlas o no iniciarlas, debe estar basada en una buena relación clínica.

Referencias

[1] Juan Antonio GÓMEZ RUBÍ, Ética en Medicina Crítica. Ed. Triacastela. Madrid. 2002.



TESTIGOS DE JEHOVÁ. SITUACIÓN ACTUAL E IDONEIDAD EN LAS DECISIONES DE TRATAMIENTO

MIGUEL NAVARRO NUÑO DE LA ROSA⁽¹⁾, MIGUEL PÉREZ-GUILLERMO SÁNCHEZ

1. *Cuidados Paliativos ESAD, Murcia*

1. Introducción

Los anestesiólogos y los cirujanos son los médicos que mayor número de conflictos asumen sobre rechazos de transfusiones en pacientes Testigos de Jehová (TJ). Los TJ son un grupo religioso cristiano de ámbito mundial que interpretan de forma literal la Biblia. Al rechazar las transfusiones sanguíneas generan un conflicto entre dos bienes fundamentales: la libertad para rechazar un determinado tratamiento médico (principio de autonomía) y el deber del médico de salvaguardar la vida (derecho a la vida). Los tribunales tanto nacionales como internacionales les son favorables al poner su derecho de autonomía por delante del resto de principios bioéticos (beneficencia y no maleficencia). El consentimiento informado es una obligación moral y legal que deberá otorgarse de forma explícita y por escrito cuando se realiza una intervención quirúrgica. El Consejo Regional de Ética Asistencial de Murcia aconsejó en el año 2009 que se elaborasen en todos los hospitales públicos protocolos para los pacientes que rechazan las transfusiones sanguíneas.

2. Material y métodos

Hemos utilizado una metodología cualitativa de revisión bibliográfica con búsqueda retrospectiva y estructurada de artículos científicos del ámbito quirúrgico

en la base de datos de PubMed analizando exclusivamente las publicaciones que citan aspectos bioéticos.

3. Resultados

De las 103 publicaciones que mencionaban estos aspectos bioéticos, seleccionamos un 44,66% para su análisis. De ellas el 48% eran "casos clínicos", el 24% artículos científicos, el 18% artículos de opinión y el 10% revisiones científicas. Sólo un artículo se había publicado en fecha anterior a la publicación del trabajo de Beuchamp y Childress (1979) sobre los principios fundamentales de la Bioética. El principio de autonomía fue el más descrito en los artículos con un 65,45%. Es importante resaltar que ningún hospital público de la Región de Murcia tiene documento de C.I. para estos pacientes que rechazan transfusiones y/o hemoderivados.

4. Conclusiones

El interés por los principios de la Bioética aparece mucho antes de que Beuchamp y Childress publicasen en 1979 sus principios fundamentales de la Bioética destacando entre ellos el de autonomía. No se cumple la recomendación del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial Quirúrgica de la Región de Murcia del año 2009 sobre el diseño de protocolos de CI para pacientes que rechazan transfusiones y/o hemoderivados.



ACETATO DE ULIPRISTAL. ¿QUÉ SABEMOS DE SU EFECTO ABORTIVO?

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA ⁽¹⁾, JUAN MANUEL ALONSO MADRID ⁽²⁾,
FRANCISCO CARRILLO NAVARRO ⁽²⁾, FUENSANTA JIMÉNEZ GARCÍA ⁽¹⁾,
AURELIO LUNA MALDONADO ⁽³⁾

1. Consejería de Educación, Murcia, España

2. Servicio Murciano de salud. Consejería de Sanidad, Murcia, España

3. Área de Medicina Legal. Universidad Murcia. España

1. Introducción

El Acetato de Ulipristal (AU) es un modulador selectivo de los receptores de progesterona que se dispensa desde 2015 en las farmacias españolas como anticonceptivo de emergencia (AE) para ser usado hasta 5 días después del coito desprotegido y sin necesidad de receta.

El objetivo de este trabajo consiste en revisar bibliográficamente el mecanismo de acción del AU y su posible efecto post-ovulatorio para evaluar su potencial abortivo.

2. Material y métodos

Se han revisado un total de 38 artículos obtenidos de diferentes bases de datos, Pubmed, Google Académico y Trip database, y todos ellos relacionados con el mecanismo de acción de AU y con su uso como AE.

3. Resultados

Los resultados evidencian un efecto del AU en el sistema reproductor femenino, no solo retrasando la ovulación, sino también afectando a diferentes niveles relacionados con la implantación del cigoto. De ellos, los más importantes son los cambios que produce a nivel del endometrio afectando a su grosor y, por diferentes mecanismos, a su receptividad ante el óvulo ya fecundado (1). También se evidencia afectación de la motilidad de las trompas (2) y del sistema inmune innato materno (3), que dificultan todavía más el proceso de implantación.

4. Discusión

A la luz de estos datos podemos afirmar que este fármaco **tiene un efecto abortivo al impedir la implantación**, y la escasez de estudios que evalúan su posible actuación sobre la misma nos hacen sospechar de un desinterés generalizado de las sociedades científicas por estudiar esta posibilidad.

5. Conclusiones

Se precisa que los profesionales sanitarios y las usuarias de la anticoncepción de emergencia sean informados de los efectos del AU a todos los niveles, para que sean conscientes de que el mecanismo de acción de este fármaco no es solamente "anticonceptivo" y puedan decidir teniendo suficiente información.

Referencias

- [1] Lira-Albarrán, S. et al. "Ulipristal acetate administration at mid-cycle changes gene expression profiling of endometrial biopsies taken during the receptive period of the human menstrual cycle". *Molecular and Cellular Endocrinology*, 447, 2017, 1-11.
- [2] Li, HWR, et al. "Ulipristal acetate resembles mifepristone in modulating human fallopian tube function." *Human Reproduction*, 2014, deu210
- [3] Miech, R. P. "Immunopharmacology of ulipristal as an emergency contraceptive". *International journal of women's health*, 3, 2011, 391.



RADIACIÓN Y SALUD: PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PACIENTE ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

MARÍA JOSÉ GUTIÉRREZ-PALMERO⁽¹⁾, JORGE HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ⁽²⁾,
NOELIA SUÁREZ-ALVAREZ⁽²⁾, PABLO LUIS GÓMEZ-LLORENTE⁽²⁾,
MÓNICA CANO-ROSAS⁽³⁾

1. Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico, Facultad de Medicina, USAL, Salamanca, España.

2. Servicio de Radiofísica Hospitalaria y Protección Radiológica del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

3. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, USAL, Salamanca, España.

La Protección Radiológica, de forma genérica, tiene como objetivo proteger a los individuos y sus descendencias de los efectos que para la salud tiene el uso de la radiación ionizante, y esto en todos los ámbitos de aprovechamiento: industria, energía, medio ambiente, salud... El esfuerzo que para ello realizan las Comisiones y Sociedades Científicas se centró, en un principio, en la protección de personas que trabajan con radiaciones así como en el público en general; se consigue elaborar el Sistema de Protección Radiológica basado en tres principios fundamentales: Justificación, Optimización y Limitación de dosis.

El uso de radiaciones en Medicina involucra a un tercer actor, el paciente, para el cual el desarrollo de la Protección Radiológica ha sido muy posterior y lleva consigo algunas diferencias de planteamiento, por ejemplo, las exposiciones médicas no están sujetas al Principio de Limitación de dosis.

En España el primer documento legal sobre Protección Radiológica al paciente es publicado en el año 1990. Desde entonces, el desarrollo normativo en esta materia ha sido muy intenso y siempre liderado por la evolución tecnológica y por la constante edición de publicaciones de la ICRP (Comisión Internacional para la Protección Radiológica) en las que se incluyen recomendaciones que desde Europa han de ser introducidas en las Directivas Euratom, de obligada transposición a las Legislaciones de los países miembros.

Por todo ello, nos parece interesante analizar el grado de cumplimiento de estas Normativas en la práctica clínica y los factores que pueden ponerlo en riesgo. De este modo podremos saber si la Protección Radiológica es o no es, hoy día en España, una asignatura pendiente.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN EL LABORATORIO DE HGUCR. HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

PILAR GARCÍA-CHICO SEPÚLVEDA, IRENE MARÍA PÉREZ LUCENDO, TEODORO J. PALOMINO MUÑOZ, MIGUEL LOQUE ZAFRA, CARLOS MIGUEL MARTIN TRISTAN

Hospital General Universitario de Ciudad Real

1. Introducción

La palabra humanización, sintetiza todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud.

Nuestro laboratorio esta inmerso en un sistema de gestión de calidad y certificado según Norma ISO 9001-2015.

Nuestro contacto directo con los pacientes es en la toma de muestras, en el área de extracción.

El trato personalizado integral a pacientes y/o acompañante, forma parte de nuestro protocolo de atención humanitaria.

2. Objetivo

Medir la percepción del paciente/cliente a través de encuestas realizadas en el punto de extracción periódicamente.

3. Material y métodos

Presentamos los datos del periodo de 5 años (2012-2016) con un n de 218 pacientes.

Para el estudio estadístico se ha utilizado el programa SPSS v15. La selección de pacientes ha sido semanal en cada ejercicio.

4. Resultados

La estadística descriptiva refleja que a excepción de la comodidad en la sala de extracciones y sala de espera, donde se obtienen datos inferiores a 3,5 sobre 5, el resto de los items de la encuesta son próximos a 5.

5. Conclusiones

La satisfacción global de los pacientes es positiva al trato recibido, según los datos. Sobre los 2 items desfavorables hemos decidido adoptar la siguiente medida correctora: disminuir el volumen de pacientes trasladando la extracción de los pacientes pediátricos a la consulta de pediatría, que apoya el trato materno-filial y va en línea con la humanización de la medicina. Consideramos que los datos estadísticos en su conjunto avalan el trato personalizado y humano de nuestro laboratorio.

Referencias

- [1] Cedros de Bello, S. Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios.
- [2] García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm*2014;17(1):70-74.
- [3] Bermejo Higuera, JC. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias.2013.



ANÁLISIS BIOÉTICO DE LA GESTACIÓN POR SUBROGACIÓN

TATIANA OVIEDO RAMOS

Graduada en Biotecnología por la UFV, Madrid

1. Introducción

La innovación en las tecnologías de reproducción asistida, el aumento de la infertilidad y las nuevas estructuras de familia, están aumentando el uso de la gestación subrogada como un medio para tener hijos.

Según varias organizaciones de gestación subrogada, el número de niños nacidos por esta técnica que llegan a España está entre 800 y 1000 niños al año.

Estas cifras apremian una regulación que requiere un análisis previo de los riesgos para la salud y de los aspectos éticos asociados a las diferentes partes implicadas.

2. Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de PubMed. El período de estudio fue de abril a junio de 2017.

3. Resultados

Existen complicaciones para la salud asociadas a la estimulación ovárica, aspectos inmunológicos, la alta tasa de embarazos múltiples o aspectos psicosociales, para la donante, la gestante, el niño y los padres comitentes. Aún así, la mayoría están satisfechos con su experiencia. También se vulneran continuamente derechos fundamentales relacionados con la dignidad, la autonomía, la mercantilización o la injusticia social.

4. Conclusiones

Se requieren más estudios para determinar si los riesgos exceden los beneficios y asegurar un consentimiento libre e informado. La subrogación altruista no resuelve estas cuestiones. A la hora de legislar, el interés del niño ha de predominar sobre el de las demás partes implicadas. Una solución real necesita un marco legal internacional común.



INFLUENCIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS DERECHOS SANITARIOS EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ODONTOLÓGICO UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE LA PLATA, ARGENTINA

MARTÍN G. ZEMEL, RICARDO MIGUEL, LAURA COCCO,
GERMÁN DI GIROLAMO PINTO

Instituto de Investigaciones en Educación Superior, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

1. Introducción

En los últimos años, la legislación argentina explicitó un conjunto de derechos sanitarios que modificaron el paradigma de atención clínica y, por ende, de formación universitaria en Odontología. Si bien se desarrollaron investigaciones regionales respecto de los derechos sanitarios, todavía resultan escasos los estudios en individuos que asisten a un centro hospitalario donde se imparte la educación universitaria en la disciplina. La investigación se propuso examinar el ejercicio efectivo de los derechos de los pacientes en la práctica odontológica y la influencia de los determinantes sociales sobre el mismo.

2. Material y métodos

El estudio descriptivo evaluó nivel de instrucción; nivel de conocimiento de los derechos sanitarios; grado de autonomía; implementación del derecho a la información clínica; ambiente de trabajo; grupo etario. Se registró una encuesta cerrada a una muestra azarosa de 300 pacientes del Hospital Universitario cuyas edades comprendieron entre 41 y 70 años. Los resultados fueron analizados estadísticamente determinando sus

propiedades psicométricas, así como la existencia de correlación entre las variables estudiadas.

3. Resultados

Los autorreportes presentaron una adecuada fiabilidad psicométrica. El análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación inversa entre el grupo etario y la instrumentación del derecho a la información clínica. Se confirmó la asociación positiva entre el nivel de instrucción y la instrumentación del derecho a la información clínica, como entre este último y el grado de autonomía. Asimismo, resultó positiva la asociación entre el ambiente laboral y el grado de autonomía.

4. Discusión y conclusiones

Si bien los pacientes tuvieron un significativo ejercicio de sus derechos sanitarios, cabe reflexionar respecto de la influencia de los determinantes sociales en el grado de autonomía en las decisiones clínicas en el área de la Odontología.

Investigación financiada por Universidad Nacional de La Plata y Ministerio de Educación de la Nación.



HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ÉTICA EN EL CASO DE LOS TEST GENÉTICOS DE PORTADORES DE FIBROSIS QUÍSTICA

MARIAL LUISA DI PIETRO⁽¹⁾, ADELE ANNA TELEMAN⁽¹⁾

FERMÍN J. GONZÁLEZ-MELADO⁽²⁾ DRIEDA ZACE⁽¹⁾ VINCENZINA LUCIDI⁽³⁾

1. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina "Agostino Gemelli", Università del Sacro Cuore, Roma, Italia

2. Departamento de Bioética, Centro Superior de Estudios Teológicos, Pontificia Universidad de Salamanca, c/ Manuel Saavedra Martínez, n. 2, 06006, Badajoz, España.

3. Departamento de Pediatría y Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Pediátrico Bambino Gesù, IRCCS, Rome, Italy.

1. Introducción

Los test genéticos para la Fibrosis Quística (CF) están siendo actualmente ofrecidos a recién nacidos que son positivos a la prueba del Tripsinógeno Inmunoreactivo (IRT) incluso cuando han tenido un resultado negativo/ausente en la prueba del sudor y a adultos para buscar portadores sanos¹ de mutaciones del gen CFTR.

Al proponer un test genético de portadores, emergen cuestiones sobre la validez analítica, la validez clínica y la utilidad clínica de estos test, incluyendo su uso en un contexto de recursos económicos limitados.

2. Material y métodos

Usamos un proceso de evaluación de tecnología sanitaria (en inglés Health Technology Assessment, HTA), que tiene en cuenta no solo los aspectos técnicos, clínicos y económicos, sino también considera los aspectos sociales y éticos² a la hora de evaluar la validez analítica, la validez clínica y la utilidad clínica de un test genético de portadores.

3. Resultados

La difusión de los test genéticos de CF depende de su capacidad para predecir la severidad de las manifestaciones clínicas en cada individuo. La evaluación de riesgos/beneficios, costes/beneficios y el respeto a la au-

tonomía del paciente son problemas que aparecen en nuestro análisis con HTA. El consejo genético es el único contexto donde se puede ayudar a las personas a afrontar los resultados de un test genético de portadores. Otros problemas, como el derecho a elegir "no saber" y el uso clínico de los resultados, tienen que ser tenidos en cuenta.

4. Conclusiones

Es necesario asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a los programas de cribado genético, salvaguardar la autonomía durante el proceso de consejo genético y garantizar la consecución de un consentimiento válido para la realización del test. No todas las opciones procreativas tienen las mismas implicaciones éticas y no deberían presentarse y aplicarse de una manera mecánica.

Referencias

- [1] CASTELLANI C, MACEK M Jr, CASSIMAN JJ, et al. "Benchmarks for Cystic Fibrosis carrier screening: A European consensus document". *J Cyst Fibros.* 2010;9:165-178.
- [2] TEN HAVE H, "Ethical Perspectives on Health Technology Assessment". *Int Technol Assess Health Care.* 2004; 20:71-76.