



MIR

DESGLLOSES COMENTADOS



Bioética y medicina legal

T01 Introducción. Bases y principio de la bioética

P222 MIR 2016-2017

La afirmación falsa es la número 4.

El principio de justicia se refiere a la distribución equitativa de recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad.

El principio de justicia puede desdoblarse en dos: un principio formal (tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.).

La política sanitaria se basa en el principio de justicia, y será tanto más justa en cuanto que consiga una mayor igualdad de oportunidades para compensar las desigualdades.

P185 MIR 2012-2013

El consentimiento se basa en el derecho de autonomía ya que el paciente tiene derecho a decidir si quiere o no quiere realizarse cierta intervención o asumir ciertos riesgos y decidir él mismo sobre su salud.

T02 Capacidad y competencia

P180 MIR 2015-2016

En esta pregunta nos presentan el caso de una mujer capaz que es diagnosticada de una enfermedad grave. En estos casos lo correcto es preguntar a la paciente si quiere ser informada de su situación, y si desea que informemos a sus familiares (respuesta 1 correcta). Lo que sería éticamente incorrecto sería no informar a deliberadamente a la paciente, ya sea por decisión nuestra o de la propia familia (respuestas 2, 3 y 4 falsas).

P188 MIR 2015-2016

Nos presentan un caso de un paciente con un posible deterioro cognitivo no diagnosticado. Ante estas situaciones es imprescindible evaluar la capacidad volitiva del paciente, para discernir si el paciente es capaz de tomar decisiones sobre su salud y su persona (respuesta 2 correcta). Una vez determinado esto ya se proseguiría con el pertinente estudio (averiguar si la causa del cuadro de incapacidad se debe a patología neurológica, psiquiátrica, etc.), pero en ningún caso podría irse de alta (ni de alta voluntaria), hasta haber sido valorada su capacidad de toma de decisiones.

T03 Relación clínica

P217 MIR 2016-2017

La respuesta correcta es la 3, ya que nos encontramos ante un paciente fumador que acude a su médico de familia y se plantea el objetivo de abandonar el hábito tabáquico:

- Entrevista semiológica: modalidad de entrevista en la que nos marcamos como objetivo establecer la presencia de unos síntomas o signos para los que se nos pide una orientación diagnóstica. Ejemplo: paciente que acude por un dolor torácico.
- Entrevista informativa y/o prescriptiva: modalidad de entrevista en la que el profesional debe informar y/o prescribir unos consejos. Puede ser la segunda parte de una entrevista semiológica. Ejemplo: debemos recomendar la mejor estrategia para un paciente con una fuerte bronquitis.
- Entrevista motivacional: modalidad de entrevista en la que el profesional trata de cambiar hábitos y actitudes a partir de la propia motivación que el paciente es capaz de generar. Ejemplo: paciente fumador que desea dejar de fumar.
- Entrevista operativa: modalidad de entrevista en la que profesional y paciente tienen claro el contenido de la entrevista: control de un determinado padecimiento, aplicación de una técnica, etc. Ejemplo: paciente que acude para una cura de una herida.

P218 MIR 2016-2017

El consentimiento informado es el acto de elección libre y sin coacción realizado por una persona dotada de capacidad y bien informada. Para

que se produzca el consentimiento informado se ha de establecer un proceso comunicativo y deliberativo entre el profesional sanitario y el paciente, donde ambos toman conjuntamente las decisiones sobre la manera más adecuada de abordar el problema concreto de salud. El derecho al consentimiento informado obliga a los profesionales a informar al paciente de todo aquello que pueda ser relevante en su proceso de toma de decisiones. Tras ello, para que el paciente pueda elegir, debe ejercer su voluntad en libertad y en pleno uso de sus facultades mentales. No obstante, el consentimiento informado tiene sus límites y excepciones. Una de ellas es el consentimiento por representación, el cual se puede llevar a cabo:

1. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas (familiares, en el caso de la pregunta).
2. Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente.
3. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. El consentimiento lo dará el representante legal, después de haber escuchado su opinión.

P221

MIR 2016-2017

La respuesta correcta es la 2, ya que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias.
- b) Cuando hay riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización.

P223

MIR 2016-2017

La respuesta correcta es la 3. La comunicación es un acto fundamental en la práctica clínica y tiene como objetivo primario servir a las necesidades del paciente. Una comunicación efectiva mejora la satisfacción del paciente, así como la comprensión y la adherencia a las estrategias terapéuticas implementadas. Las habilidades de comunicación son uno de los elementos esenciales de la competencia clínica del profesional sanitario. El método central de la comunicación en la práctica clínica es la entrevista clínica, a través de la cual se debe crear una buena relación profesional sanitario-paciente, donde el profesional debe aplicar tanto sus conocimientos técnicos como su humanidad para obtener la máxima confianza por parte del paciente.

P224

MIR 2016-2017

La respuesta correcta es la 3. La entrevista médica es la herramienta fundamental para obtener una anamnesis fidedigna y establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva. La habilidad para conducirla puede aprenderse y debe perfeccionarse mediante el estudio, la práctica y la auto-observación. Una entrevista obtiene un valor terapéutico óptimo cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, interés, autenticidad y conexión. La comunicación médica

no es solo verbal, sino también gestual, lo que puede ayudar a mostrar empatía, humanidad e interés. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos.

P179

MIR 2015-2016

Pregunta sencilla que puede responderse con sentido común. Las opciones 1, 2 y 4 nos indican que hacer en una conversación con los familiares del paciente, esto es, prestar atención a sus dudas y preocupaciones, emplear un lenguaje que comprendan e informar de las malas noticias de manera gradual. Sin embargo, lo que no se debe hacer es evitar que la familia exprese sus sentimientos, por tanto, la respuesta correcta es la 3.

P181

MIR 2015-2016

Antes de modificar el tratamiento o la actitud con un paciente, más cuando procede de otro servicio (en este caso procedente del servicio de Urgencias), es imprescindible realizar una correcta anamnesis y exploración física, así como revisar los datos registrados durante su estancia en Urgencias (respuesta 2 correcta). En cualquier caso, es necesario informar al paciente de manera clara y que entienda sobre su situación y manejo clínico.

P182

MIR 2015-2016

En esta pregunta se nos plantea un caso en el que se comete un error al prescribir un tratamiento, en este caso uno al que el paciente es alérgico. Lo que nunca se debe hacer es mentir u ocultar información (respuestas 1, 2 y 3 falsas). Lo más correcto sería informar al paciente de manera clara y sencilla del error ocurrido, suspender dicho tratamiento, pautar uno nuevo que no presente contraindicaciones y solicitar control para vigilar la aparición de posibles complicaciones futuras (respuesta 4 verdadera).

P183

MIR 2015-2016

Pregunta aparentemente complicada por lo novedoso del tema, pero que puede contestarse con sentido común. La actitud correcta a tomar en esta situación consistiría en marcar los límites de la relación médico-paciente de manera respetuosa (respuesta 3 correcta). El resto de respuestas son incorrectas.

P184

MIR 2015-2016

El método más adecuado consistiría en registrarlo correctamente en el sistema de prescripción electrónica, de tal forma que quede constancia de ello (respuesta 4 correcta). También es importante comentárselo a la enfermera (puesto que no siempre pueden mirar las actualizaciones realizadas); sin olvidar que siempre debe quedar registrado en el sistema.

P187

MIR 2015-2016

Pregunta extraña sobre la relación médico-paciente, en la que nos piden que indiquemos las dos actitudes esenciales para una buena relación médico-paciente. Las respuestas 1, 2 y 4 hacen referencia a habilidades cognitivas y laborales, mientras que la 4 (opción 4 correcta) hace referencia a habilidades emocionales. Es necesario recordar que para una adecuada relación médico-paciente es necesario ser capaz de ponerse en el lugar del paciente.

P133

MIR 2014-2015

Una pregunta exótica de PSICOLOGÍA MÉDICA que repasa algunos principios básicos de la entrevista clínica.

El médico debe mantenerse en todo momento en su rol profesional, evitando cruzar esa línea que le haría tener problemas a la hora de tomar decisiones difíciles.

Debe advertir al paciente de las condiciones de su asistencia (el objeto de la entrevista, el tiempo disponible, etc.) para que el paciente se pueda ajustar a ellas.

Tiene que confirmar que el paciente ha comprendido la información suministrada (diagnóstico, tratamiento) porque si no, todo lo hecho no ha valido para nada; es la única que está bien escrita por lo que la marcamos como VERDADERA.

La entrevista debe realizarse sin hacer excesivas pausas que despisten al paciente; un punto medio entre atosigarle y aburrirle.

Además hay que mostrarse cercano al paciente para lo cual es mejor sentarse y ponerse a su altura si está encamado; si te quedas todo el rato de pie el paciente te sentirá muy distante y si te pones detrás de la cabecera de la cama va a flipar un rato.

P132

MIR 2011-2012

Una pregunta difícil, ya que nos exige ciertos conocimientos sobre la Ley de Autonomía del paciente.

La respuesta 1 se descarta, ya que esta ley garantiza el derecho del paciente a acceder a su historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.

La respuesta correcta es la 2. Efectivamente, es el propio paciente quien debería solicitarla. En ciertos casos, el paciente puede obtener su historia por representación de familiares u otras personas vinculadas a él, debidamente acreditada. Sin embargo, el enunciado de la pregunta lo deja claro: "sin especificar el motivo". Mientras no exista alguna razón especialmente documentada (por ejemplo, que el paciente esté incapacitado o sea un menor), no existen razones para entregar la historia a un familiar.

La respuesta 3 es incorrecta. Podría entregarse al paciente si la solicita, pero no a sus familiares, porque en este caso no existen motivos para

hacerlo, como se dijo en el párrafo anterior. Tampoco es correcto que el propietario único de la historia sea el paciente, sino también del centro hospitalario y de los médicos que en ella intervienen. Sin embargo, la entrega de la historia es un derecho que el paciente puede ejercer libremente y no depende de voluntad de los médicos (respuesta 4 falsa). Por último, para solicitarla no es necesaria la intervención de un juez (respuesta 5 falsa).

P123

MIR 2010-2011

Pregunta fácil sobre aspectos tradicionalmente no muy preguntados en el examen MIR, pero que en las últimas convocatorias parecen estar cobrando importancia.

Como se explica en la respuesta 1 (respuesta correcta), el concepto de consentimiento informado engloba todo el proceso de información al paciente, que se realiza generalmente de forma oral durante toda la actividad asistencial y que, sólo en algunas ocasiones, se lleva a cabo de forma escrita (prueba invasiva, riesgos sobreañadidos...). Por tanto, la respuesta 3 es falsa (no es sólo un documento). Las respuestas 2 y 4, aún sin tener idea sobre el tema, tendrían que sonar a falsas, por lo restrictivo de su afirmación (sólo y en ningún caso, respectivamente). El consentimiento informado por representación también sería necesario en aquellos pacientes sin capacidad para emitir un juicio racional, bien porque la hayan perdido (demencia) o porque nunca la llegaron a adquirir (retraso mental). La respuesta 5 podría plantear más problemas si no se conoce el tema, pero hay que recordar que el principio bioético que sustenta el consentimiento informado es el de autonomía.

T04 Problemas éticos en el final de la vida

P185

MIR 2015-2016

El objetivo del tratamiento paliativo no es otro que el de aliviar los síntomas del paciente, asegurando su confort, siendo prioritario en pacientes en situación terminal. Por ello se debe administrar en este tipo de pacientes tanto si presenta síntomas físicos como si lo solicita por motivos existenciales (respuesta 3 correcta).

P186

MIR 2015-2016

Pregunta sobre ética que puede responderse con sentido común. En la etapa final deben realizarse aquellas medidas que garanticen el confort del paciente, evitando aquellas acciones que prolonguen su sufrimiento (opción 1 falsa). El resto de opciones son correctas.

P165

MIR 2013-2014

Una pregunta interesante sobre una condición médica muy prevalente, como es el paciente pluripatológico crónico, que se puede resolver de dos formas. La primera de ellas, atendiendo al concepto de pacien-

te pluripatológico, que puede definirse como aquel que presenta dos o más enfermedades y también una especial susceptibilidad y fragilidad clínicas. La opción 1 presenta enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y diabetes con repercusión microvascular. La opción 3, artrosis que afecta a las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60) y enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente (Alzheimer). La opción 4 añade arteriopatía periférica sintomática a la EII. La opción 5 presenta hepatopatía crónica con hipertensión portal y ACV. Sin embargo, la opción 2 no presenta ni una FEV1 muy deteriorada (< 65%) ni una creatinina demasiado alta, ni tampoco un alto riesgo de dependencia (Barthel 100). De todas formas, no hacía falta saber todo esto para resolverla, sino aplicar un poco de sentido común. La opción 2 ofrece una paciente que, en comparación con las otras opciones, está mucho menos "malita" y, por tanto, será la que menos encajará con el concepto de paciente pluripatológico crónico.

T05 Rechazo a las actuaciones médicas y triaje

P219

MIR 2016-2017

La respuesta correcta es la 3, ya que nos encontramos ante un caso de rechazo al tratamiento y es la única que respeta el principio de autonomía del paciente. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), en cuyo caso será necesario justificar por qué no existe autonomía o por qué esta se encuentra disminuida. El rechazo a las actuaciones médicas se define como la no aceptación, voluntaria y libre, de una intervención médica diagnóstica o terapéutica indicada. El rechazo traduce la fidelidad del paciente con sus valores, creencias o deseos íntimos. Es importante diferenciar el rechazo a las actuaciones médicas de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

P220

MIR 2016-2017

El rechazo a las actuaciones médicas se define como la no aceptación, voluntaria y libre, de una intervención médica diagnóstica o terapéutica indicada. El rechazo traduce la fidelidad del paciente con sus valores, creencias o deseos íntimos. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), en cuyo caso será necesario justificar por qué no existe autonomía o por qué esta se encuentra disminuida.

Pregunta impugnada, por varios motivos:

- El enunciado es confuso, ya que no está claro si el rechazo de la paciente se refiere a la intervención quirúrgica o exclusivamente a la ostomía.
- El médico tiene la obligación de explicar detalladamente al paciente todas las opciones terapéuticas y las alternativas posibles, así como los pros y contras de cada una de ellas, y el paciente debe decidir al

respecto. El "deber de información terapéutica" constituye una verdadera exigencia ética y se encuadra además dentro de las Lex artis como compromiso deontológico, estableciéndose en el Art. 12.1 del Código Deontológico que "el médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente después de recibir la información adecuada sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones". Ante el rechazo que plantea la paciente, lo que se debe hacer es pensar en alternativas terapéuticas y ofrecérselas a la paciente, aunque éstas puedan ser de menor eficacia.

- El Artículo 2.4 de la Ley de Autonomía del Paciente especifica que: "todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley". Ya que es probable que la intervención pueda llevar a una ostomía, lo razonable es optar por ofrecer otras posibles alternativas terapéuticas (las mejores que existan) y considerar no hacer la intervención. En todo caso quien debe decidir es la paciente.
- El Artículo 21 de la misma Ley añade: "El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos." La paciente rechaza firmemente la ostomía, por lo que se deben buscar y ofrecer otras alternativas terapéuticas.
- En añadido a estas cuestiones éticas y legales, desde el punto de vista clínico en este caso no sabemos exactamente el estadio del tumor, y en caso de que sea local o locorregionalmente avanzado, el tratamiento con radioquimioterapia neoadyuvante sería de elección, y ya se están haciendo ensayos para evaluar la respuesta completa patológica y de este modo evitar la cirugía, con lo cual la frase "aun sabiendo que no tiene los mejores resultados" no es adecuada.

La respuesta más correcta es la 1. En la respuesta 3, no se especifica si se ha informado a la paciente de esta posibilidad (intervenir y decidir "sobre la marcha"), ni tampoco que la paciente acepta esta decisión. Directamente intervienen, aunque la paciente ha manifestado su oposición a la ostomía. En la respuesta 1, se propone una alternativa que también tiene eficacia terapéutica. Con la información de las posibles alternativas, con sus pros y contras, la paciente debe decidir. Nos encontramos ante un caso de rechazo al mejor tratamiento planteado por el cirujano, y el deber médico es plantear a la paciente todas las opciones. Siguiendo el principio de autonomía del paciente, es necesario respetar su decisión en cuanto al tratamiento, a pesar de las consecuencias que ello pueda tener para su salud o pronóstico vital.

P132

MIR 2014-2015

En esta pregunta se nos plantea un caso de un paciente menor de edad (14 años), cuyos padres, por motivos religiosos, se niegan a la administración de un tratamiento concreto, en este caso una transfusión.

En este escenario, la opción que debemos elegir es la 5, puesto que debemos poner el caso en conocimiento del juez de guardia para que autorice o no el tratamiento.

La opción 3, que comenta la posibilidad de incluir al comité de ética en la situación, no tiene cabida en este caso puesto que se trata de un paciente que está en el servicio de Urgencias y no se puede esperar.

Las opciones 1 y 2 no se podrán contemplar puesto que no podemos dejar de lado el principio de independencia de los pacientes, que pueden negarse a recibir cualquier tratamiento; pero también estaría mal, lo que nos dice la opción 4, ya que la decisión la toman los padres del paciente (recordemos que es menor) y que el motivo es religioso paternos (en ningún momento nos hablan de las inclinaciones religiosas del paciente) y por lo tanto no debemos hacerles caso sin plantearnos nada más.

P125

MIR 2011-2012

La Ley de Autonomía del Paciente especifica claramente el derecho del paciente a rechazar un tratamiento.

La valoración de la competencia para rechazar un tratamiento médico no es un tema específicamente psiquiátrico, aunque con frecuencia, en los hospitales, se acabe llamando al psiquiatra de guardia para que ayude a la hora de proceder con estas situaciones.

El psiquiatra evaluará al paciente y determinará si existe o no alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica que altere la capacidad de comprender la información que se le haya ofrecido sobre su problema de salud, a la vez que determinará si dicha información es de la calidad suficiente para que el sujeto pueda valorar adecuadamente los riesgos de las distintas opciones.

En el caso de que el paciente sea capaz de procesar la información de una forma adecuada y exprese su negativa a la intervención propuesta no se podrá actuar contra su voluntad salvo que la patología concreta que presente suponga un problema para la Salud Pública por el riesgo para terceras personas (p.ej., tuberculosis bacilífera o multirresistente).

Otra excepción al derecho del paciente a rechazar un tratamiento son las situaciones de urgencia vital, en las que los médicos se vean forzados a actuar sin poder obtener previamente el consentimiento del paciente.

P131

MIR 2011-2012

Una de esas preguntas extrañas sobre Psicología Médica; raras más por su reducido número en el MIR que por su dificultad, aunque hay que reconocer que estas preguntas no figuran de forma literal en ningún libro.

En concreto esta vez trata sobre la comunicación médico-paciente.

Nos enfrentamos a un paciente muy enfadado, que irrumpe en nuestra consulta aduciendo que el tratamiento que le hemos pautado no le mejora sus síntomas.

Ante estas situaciones el médico debe controlar su contratransferencia (las emociones que el paciente le produce) y tratar de manejar la situación de una forma eficaz.

La irritabilidad del paciente puede aumentar tanto si se la señalamos directamente al paciente como si intentamos ignorarlo o razonar con él mientras se encuentra dominado por la ira.

Lo mejor es dar al paciente un espacio para que se exprese y poder recoger así su demanda; probablemente se calme y tal vez reconozca posteriormente lo inadecuada de su reacción.

T06 Ética de la investigación

P187

MIR 2011-2012

Ningún ensayo clínico podrá realizarse sin informe previo de un Comité Ético de Investigación Clínica, independiente de los promotores e investigadores. Estará formado, como mínimo, por un equipo interdisciplinario integrado por médicos, farmacéuticos de hospital, farmacólogos clínicos, personal de enfermería y personas ajenas a las profesiones sanitarias de las que al menos uno será jurista. Serán acreditados por la autoridad sanitaria competente de la Comunidad Autónoma que habrá de comunicarlo al Ministerio de Sanidad. Las Comunidades Autónomas son las que tienen potestad de regular las normas de acreditación de los Comités Éticos, si bien el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá los criterios comunes para la acreditación.

P191

MIR 2009-2010

Una pregunta bastante sencilla. Basta el sentido común para descartar la mayor parte de las opciones...

- El consentimiento informado, en un estudio de este tipo (ensayo clínico), debe recogerse por escrito en todos los casos, lo que hace falsa la opción 3.
- En todo ensayo clínico es necesario seguir las normas de buena práctica clínica. En la respuesta 5 sugieren que éstas no son necesarias en un estudio de bioequivalencia, lo que obviamente sería falso.
- Un ensayo clínico, sea cual sea el número de pacientes, debe someterse a consideraciones éticas (respuesta 2 falsa).

Llegar hasta aquí es relativamente fácil. Lo único que debemos saber para responder esta pregunta es lo siguiente. ¿Quién tiene que autorizarlo, la Agencia Española de Medicamentos o el Comité Ético del hospital...?

La respuesta correcta es la 4. Aunque un ensayo clínico se realice en un solo centro, el informe favorable del Comité Ético de ese hospital no es suficiente.

T07 Medicina legal

P189

MIR 2015-2016

Pregunta anulada.

Otros temas

P136

MIR 2014-2015

Esta pregunta, aborda una situación clínica muy habitual, enfrentarnos a un diagnóstico de un paciente para ello, lo primero que debemos hacer es lo que nos dicen la opción 3, debemos iniciar nuestra sospecha clínica en aquellas patologías más frecuentes e ir posteriormente pensando en otros diagnósticos menos probables.

No debemos olvidar lo que nos dice la opción 2, puesto que resulta de vital importancia que adaptemos el proceso asistencial al contexto clínico del paciente (situación basal) y debe ser partícipe en la toma de decisiones (consentimiento informado y principio de independencia del paciente).

En relación a la opción 5, debemos considerar que uno de los principios que debe regir nuestra práctica médica es *primum non nocere* ("lo primero es no hacer daño") y por lo tanto debemos evitar nuevas incomodidades que no sean estrictamente necesarias.

Si existen dos pruebas complementarias que puedan ser redundantes deberemos primar en nuestra elección en primer término la que menos

riesgos y complicaciones tenga para el paciente y en un segundo término la menos costosa.

Por todo lo anteriormente expuesto, la respuesta que debemos marcar como falsa en esta pregunta es la opción 1, puesto que la elección de las pruebas complementarias debe ir relacionada con la evolución del paciente, sospecha clínica y teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente ("*primum non nocere*", situación basal del paciente, principio de independencia).

P139

MIR 2014-2015

En el caso clínico nos plantean una paciente con una mala situación basal, múltiples ingresos (fecha de último alta hace 48 h) y no subsidiaria de UCI; simplemente con estos datos, deberíamos ser capaces de descartar las opciones 1 y 4. En el otro extremo tenemos las opciones 2 y 5 que nos hablan de proceso de fin de vida y de abstención terapéutica; situaciones que tampoco debemos considerar en el momento actual.

Lo que deberíamos hacer, y por lo tanto es la opción correcta, es lo que nos dice la opción 3, fijarnos unos objetivos terapéuticos, evitar sufrimiento del paciente y mantener al paciente y familiares informados manteniendo sus valores y preferencias.