

# DILEMES ÈTICS A PSIQUIATRIA

Conrad Molins  
Estela Salagre  
R<sub>2</sub>  
Hospítal de Sant Pau

# ¿Qué es la Ética?

- ▣ Estudio de los argumentos y pensamientos en base a los cuales se toman decisiones que afectan a otros.
- ▣ 4 principios básicos:

**Autonomia**

**Beneficiencia**

**No maleficiencia**

**Justicia**

# Principio Autonomía

**“Capacidad y determinación del paciente para comprender la situación donde se encuentra planteando y buscando objetivos personales de vida”**

- ▣ Capacidad para comprender la información relevante sobre las circunstancias.
- ▣ Capacidad para suponer las consecuencias de cada una de las alternativas de decisión.
- ▣ Capacidad para elaborar una estrategia mental coherente.
- ▣ Capacidad para comunicar la decisión propia y los motivos de la misma.

# Principio de Beneficiencia/ No maleficiencia

- ▣ Consiste en procurar beneficios al enfermo y no ocasionar daños o perjuicios evitables a los pacientes en las relaciones asistenciales.
- ▣ No es un perjuicio no recibir beneficio.

# CAS CLÍNIC: JAUME

“Limitación esfuerzo terapéutico”

# Motivo de Ingreso

JAUME

- ▣ Varón de 78 años que acude a URG generales el 28 de Octubre 2011, traído una amiga, por deterioro del estado general de 2 semanas de evolución (astenia, anorexia, pérdida marcada de peso y deposiciones melénicas).
- ▣ A la E.F. destaca: paciente muy postrado, palidez mucocutánea importante, responde con mucha dificultad a las preguntas, balbucea sólo su nombre, déficit de masa muscular severo.
- ▣ En la A/S se objetiva anemia severa.



INGRESO EN GERIATRÍA PARA ESTUDIO

# Evolución

JAUME

- ▣ Tras el estudio orgánico: diagnóstico de posible neoplasia de recto y vesical, pendiente de realización de pruebas invasivas (colonoscopia y cistoscopia).
- ▣ Paciente poco colaborador + posibles antecedentes de síndrome ansioso-depresivo



INTERCONSULTA A PSIQUIATRÍA

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## ANTECEDENTES

- 1. Personales**: Natural de BCN. Vivió con su padre hasta su fallecimiento, posteriormente ha estado viviendo en el domicilio de una amiga que le hace de cuidadora. No hijos ni familia. Estudios básicos no completados. Trabajos de baja cualificación, poco estables. Refiere invalidez absoluta desde los 50 años por enfermedad mental. Escasas relaciones de pareja, buen círculo social. Hasta hace un mes y, según refiere la única informadora, era totalmente independiente para las ABVD.
- 2. Somáticos**: NAMC. HTA. No otros antecedentes de interés.
- 3. Hábitos tóxicos**: Ex-fumador. Enolismo leve, en abstinencia desde hace 2 años. Niega otros tóxicos.

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## ANTECEDENTES

### 4. PSIQUIÁTRICOS (según paciente):

- TDM recurrente de larga evolución.
- Episodios secundarios a **problemas sentimentales**, sin síntomas **endogeniformes**, que daban a lugar a bajas laborales. Duración de unas semanas, mejoría al instaurar tratamiento antidepresivo.
- Seguimiento en circuito privado.
- Interepisódicamente predominan **rasgos dependientes** y ánimo **subdepresivo** que no obstante no eran desadaptativos.
- Último tratamiento refiere Citalopram hasta 60mg/d que abandonó hace un año y benzodiazepinas.

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## ENFERMEDAD ACTUAL

- ▣ Su compañera refiere que, encontrándose previamente bien (manteniendo su personalidad basal triste), hace aproximadamente **dos meses** comienza a verbalizar **sentimientos de soledad** y presenta **mayor abandono personal** (dice no necesitar la medicación).
- ▣ Se aprecia una leve hipotimia, aunque se mantiene activo (mantiene el autocuidado, sale a pasear, continua con actividades de ocio...).
- ▣ Como posibles desencadenantes destacan la pérdida progresiva de amigos (fallecimiento reciente) y cambio domicilio y problemas económicos (ya resueltos en el momento del ingreso).

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## ENFERMEDAD ACTUAL

Empeoramiento brusco hace un mes:

- ▣ Marcada clinofilia
- ▣ Hipoergia (deja de caminar)
- ▣ Desesperanza vital (“la medicación ahora ya no me servirá”, “no necesito comer ni beber”)
- ▣ Mayor ansiedad, con nudo epigástrico que dificulta la ingesta.

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## ENFERMEDAD ACTUAL

Actualmente en el ingreso:

- ▣ Negativista, poco colaborador.
- ▣ Rechaza medicación oral.
- ▣ Preocupaciones múltiples que no puede concretar.
- ▣ Tiene miedo a que le operen “por si queda mal”.
- ▣ Disfagia que dificulta la ingesta y pérdida de apetito.
- ▣ Irritable.

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ▣ Aspecto descuidado, inquieto
- ▣ Colaborador. Orientado, falla en edad.
- ▣ Contacto ansioso, facies de sufrimiento y en ocasiones de temor.
- ▣ Hipotimia subjetiva, en ocasiones irritable. Durante la entrevista humor poco reactivo.
- ▣ Discurso enlentecido, poco fluido. Ideas de muerte pasivas, y ocasionalmente activas (refiere que ocasionalmente pensaba en la toma de medicación). Ideas de ruina sobrevaloradas. Pesimismo.
- ▣ No ritmo circadiano (según paciente y compañera). Sueño conservado. Pérdida de apetito. Hipoergia.
- ▣ *Insight* parcial, ya que acepta el cambio del estado de ánimo, pero le cuesta aceptar la posibilidad de mejora con tratamiento.

# Historia Psiquiátrica

JAUME

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ▣ Episodio depresivo mayor.
- ▣ Sd tóxico a estudio.

## PLAN

- ▣ Iniciar Citalopram hasta 30mg/d de forma progresiva, que acepta en el momento de la entrevista.

# Evolución

JAUME

## A LOS 4 DÍAS

- ▣ El paciente sigue sin colaborar: no quiere realizarse las pruebas complementarias necesarias, así mismo ha dejado de ingerir comida y no quiere tomar más medicación.
- ▣ A la entrevista no habla, permanece somnoliento y ni tan siquiera se incorpora para realizar la entrevista.



# Evolución

JAUME

## TRAS 10 SESIONES DE TEC

- ▣ Se observa una mejoría parcial:
  - colabora con la realización de pruebas diagnósticas y la ingesta, recupera parcialmente capacidades hedónicas, es capaz de andar con ayuda, comunicarse y explicar sintomatología afectiva.
- ▣ Sin embargo persiste: hipotimia, humor poco reactivo, cierta inhibición motora con aumento de la latencia de respuesta. Persiste hiporexia y fatiga.
- ▣ **Es totalmente dependiente para ABVD.**

# Evolución

JAUME

## TRAS 10 SESIONES DE TEC

- ▣ Se observa una mejoría parcial:
  - colabora con la realización de pruebas diagnósticas y la ingesta, recupera parcialmente capacidades hedónicas, es capaz de andar con ayuda, comunicarse y explicar sintomatología afectiva.
- ▣ Sin embargo persiste: hipotimia, humor poco reactivo, cierta inhibición motora con aumento de la latencia de respuesta. Persiste hiporexia y fatiga.
- ▣ **Es totalmente dependiente para ABVD.**

# Evolución

JAUME

## AL ALTA (Dic/2011)

- ▣ Se descarta proceso neofornativo rectal, las alteraciones analíticas se normalizan, se orienta como Sd tóxico secundario a absceso rectal y TDM.
- ▣ Queda pendiente descartar neoplasia vesical, se sugiere realización ambulatoria
- ▣ Traslado a centro residencial.

# Evolución al alta

JAUME

- ▣ A los pocos días del alta, negativa a la ingesta → colocación sonda nasogástrica desde **enero 2012**.
- ▣ Mantiene MEG: desnutrición, caquexia, anemia...
- ▣ STOP tratamiento antidepresivo en abril 2012 por hiponatremia. No seguimiento psiquiátrico.
- ▣ **Febrero 2013** el paciente se arranca la sonda (manifiesta repetidamente que no la quiere), finalmente se desestima su recolocación.

# Motivo de 2º Ingreso

JAUME

- ▣ En febrero de 2013 ingresa por deterioro persistente + IRVB
- ▣ Expl. Física ingreso:
  - Hipotensión, saturación  $O_2$  88%, crepitantes en ambos hemitórax.
  - Caquexia extrema, sarcopenia severa, malnutrición calórico-proteica e inmovilidad con rigidez en flexión incapacitante.
- ▣ AS ingreso: I.respiratoria hipocápnica, alcalosis metabólica, hipopotasemia, elevación PCR, anemia 111g/L, Leucocitosis >14000
- ▣ Tto: ceftriaxona, broncodilatadores, oxigenoterapia, sueroterapia.

# Evolución

JAUME

- ▣ Mejoría IRVB
- ▣ Mantiene desnutrición grave calórico-proteica y caquexia.
- ▣ **O.Diagnóstica**  
“síndrome de cascada del declive + TDM de base”
- ▣ IC a psiquiatría para valorar realizar de nuevo TEC.



Limitación de esfuerzo terapéutico  
¿Es ético realizar tratamiento?

# Discusión

JAUME

## Principios éticos involucrados

### ▣ Beneficencia/no maleficencia:

- Enfermedad psiquiátrica grave de larga evolución (depresión mayor)
- Susceptible de tratamiento, aunque con poca garantía de éxito (Respuesta muy parcial y no mantenida un año antes).
- A considerar enf. orgánica presumiblemente avanzada, pero sin filiar.

### ▣ Autonomía:

- Paciente incapaz de tomar decisiones.
- Ausencia de voluntades anticipadas o familia/persona referente que pueda decidir en su lugar.
- En el ingreso anterior, parece que el paciente manifestó “querer vivir”.

### ▣ Justicia:

- Utilización de recursos en un procedimiento cuyo éxito a medio/largo plazo puede verse comprometido por la situación social del paciente.

# Dictamen Comité Etica

JAUME

- ▣ El pronóstico vital desfavorable pero estable en el último año sin tratamiento, y con evolución favorable durante los primeros días de ingreso.
- ▣ La TEC es un tratamiento con una relación beneficio/riesgo aceptable (antecedentes de respuesta).
- ▣ Por tanto el CEA considera que el beneficio potencial para el paciente debe prevalecer sobre cualquier otra consideración y recomienda que se inicie TEC tras descartar enfermedad neoplásica, reevaluando la continuación según respuesta.
- ▣ En caso de que el paciente responda al tratamiento debería explorarse y registrarse su voluntad para que en un futuro su cuidado y tratamiento pueda ajustarse a sus valores y preferencias.
- ▣ No necesario firmar CI.

# Evolución

JAUME

- ▣ Se realiza TC toraco- abdominal → descarta neoplasia.
- ▣ No respuesta clínica a TECs → STOP a las 5 sesiones.
- ▣ Traslado a centro de larga estancia con criterio paliativo
- ▣ **Diagnósticos al alta**
  - Infección de vías respiratorias bajas.
  - Depresión mayor resistente al tratamiento.
  - Síndrome de cascada del declive severo.
  - Síndrome de inmovilidad severo.
  - Desnutrición proteico-calórica severa.

# CAS CLÍNICO: ENRIC

“¿La familia como parte de la autonomía del paciente?”

# Motivo de Ingreso

ENRIC

Paciente varón de 35 años que ingresa por episodio de agitación y heteroagresión física grave hacia sus padres en el domicilio.



**Paciente:** Ingreso involuntario en psiquiatría

**Madre:** Ingreso en neurocirugía por hemorragia cerebral

**Padre:** Ingreso en COT por lesiones tendinosas diversas

# Antecedentes

ENRIC

- ▣ **Personales**: Natural de Barcelona. Soltero, sin hijos. Menor de 2 hermanos, vive con sus padres. Desarrollo psicomotor correcto, excepto retraso en la adquisición del lenguaje (2º a taponamiento auditivo). Estudios incompletos de COU, por mal rendimiento. Cursos de informática, masaje e inglés. Un único trabajo de corta duración. Escasas relaciones sociales. Desadaptación a todos los niveles.
- ▣ **Familiares**: Padre y madre en tratamiento farmacológico por TDM.
- ▣ **Somáticos**: Alergia a amoxicilina.
- ▣ **Tóxicos**: Tabaco: 30U/día; CNN: inicio 22 años, sin patrón regular; período de mayor consumo (8U/día): 22-25a. No otras sustancias

# Antecedentes

ENRIC

## ANTECEDENTES psiquiátricos

Apatia, hipobulia, hipohedonia, aislamiento

1995

18a

- Sd Depresivo.

- No respuesta a tto.

1997

20a

- TOC.

- No respuesta a tto.

1999

22a

- Dismorfofobia.

- CNN

- Aislamiento

- Agresividad

2001

24a

- TP Múltiple: Evitativo,  
obsesivo y esquizotípico.

2002

25a

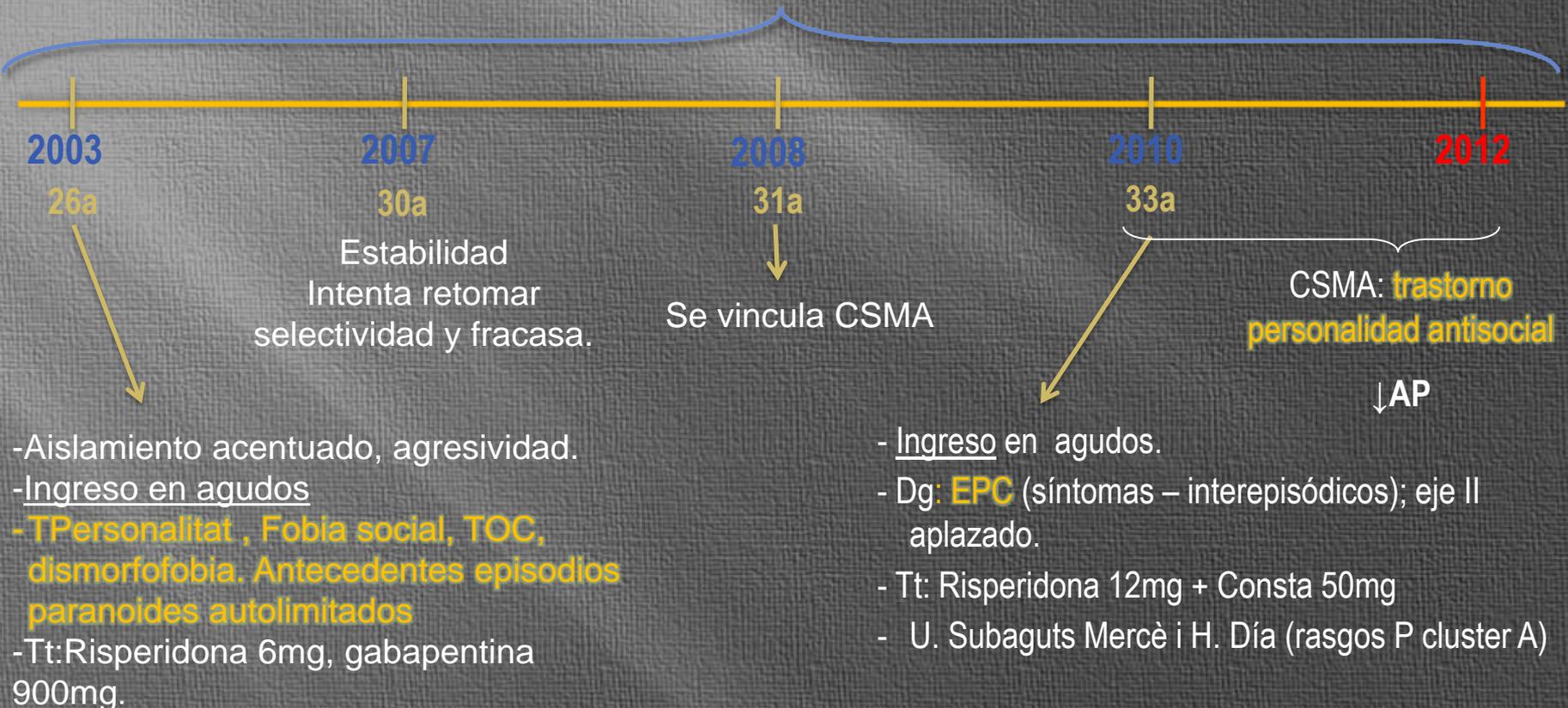
PEP, que se  
autolimita

# Antecedentes

ENRIC

## ANTECEDENTES psiquiátricos

Ideas delirantes perjuicio hacia los padres, autoreferencialidad, agresividad



# Enfermedad Actual

ENRIC

- ▣ Tras el alta de Hospital de Día, sigue controles de nuevo al CSMA, manteniendo la desadaptación a todos los niveles.
- ▣ Hace unos meses decide suspender la medicación antipsicótica, a pesar de los consejos de su psiquiatra de referencia, con el que acaba pactando una disminución progresiva de dosis.
- ▣ La familia explica que a medida que se va reduciendo la medicación, está más aislado, suspicaz, deja de relacionarse con la familia, reactivando las ideas delirantes de perjuicio hacia sus padres.
- ▣ Los padres intentan contactar con el psiquiatra de su hijo y no pueden.

# Enfermedad Actual

ENRIC

- ▣ Durante la madrugada, presenta episodio de heteroagresividad grave contra los padres con arma blanca, con repercusiones físicas considerables y secuelas.
- ▣ El mismo paciente alerta a los servicios de emergencias médicas, que lo llevan a urgencias de psiquiatría por valoración.

## EN UCINAS...

- ▣ Atención médico-quirúrgica a los padres → se realiza parte de lesiones y se informa juzgado.
- ▣ TÓXICOS: negativos
- ▣ AS: leucocitosis con desviación a la izquierda.

# Exploración al ingreso

ENRIC

- ▣ Aspecto conservado.
- ▣ Disintónico, actitud reticente y defensiva, suspicaz. Temple paranoide.
- ▣ Hipotimia subjetiva escasamente resonante; destaca minimización, escasa modulación afectiva añadida a una **gran frialdad afectiva**.
- ▣ Discurso poco fluido y poco espontáneo, refiere amnesia respecto a los hechos, negando ideación delirante de perjuicio (en urgencias había manifestado contenidos paranoides).
- ▣ Niega alteraciones sensoperceptivas, no se aprecia conducta alucinatoria objetiva.
- ▣ **Juicio de la realidad alterado**. Nula conciencia de enfermedad.

# Evolución

ENRIC

- ▣ Se inicia Tt amb Risperidona hasta 9mg/d.
- ▣ Al principio del ingreso, pasa desapercibido y aislado; destaca una frialdad afectiva importante ante los hechos; minimización de la clínica delirante, explica amnesia.
- ▣ A lo largo del ingreso va mejorando, mostrándose más sintónico, mejora la relación con compañeros; mejora la frialdad afectiva. La familia ya lo reconoce “ahora sí es mi hermano”. Se interesa por el estado de los padres...
- ▣ Reconoce contenidos delirantes de perjuicio hacia los padres en el momento de los hechos, pero sigue sin reconocer cambios conductuales en las semanas previas. Crítica parcial del contenido delirante.

# Diagnóstico

ENRIC

Esquizofrenia paranoide crónica, de curso episódico con predominio de síntomas negativos intercrisis.

## PLAN

- ▣ Derivación a centro subagudos

# Evolución al alta

ENRIC

- ▣ Estuvo un mes ingresado en Unidad de Subagudos, manteniéndose la estabilidad clínica.
  
- ▣ Acuden autoridades a buscar al paciente → ingresa en prisión Modelo.
  - Los padres no habían cursado denuncia.
  - El curso de la notificación de lesiones desde UCIAS es la denuncia que llega a juicio
  
- ▣ Finales de **Septiembre de 2012**: juicio.
  - Declarado **inimputable** por enfermedad mental → Cumplirá 2 años de cárcel y posteriormente Unidad de alta Dependencia Psiquiátrica de Sant Joan de Déu.

# Discusión

ENRIC

## ¿Cómo valorar la autonomía en este caso?

- ▣ Era “autónomo” el paciente cuando pide bajar dosis (no presenta clínica positiva, pero sí negativa).
- ▣ Paciente que al bajar dosis se descompensa psicopatológicamente, por lo que su nivel de autonomía decae aún más.
- ▣ ¿Hablar con la familia vulnera la autonomía del paciente?

# Discusión

ENRIC

## ¿Cómo valorar la beneficencia/no maleficencia?

- ▣ Paciente orientado como TP en CSMA, por lo que disminuir dosis podría “beneficiar” al paciente.
- ▣ En el pasado, ideas de perjuicio hacia sus familiares y tendencia a la agresividad en periodos sin tratamiento.
- ▣ En ese momento la información del clínico era parcial (no contacto con la familia) y por lo tanto difícil valorar estado psicopatológico real.

# Reflexiones finales...

- ▣ ¿Hasta qué punto están relacionados el diagnóstico psiquiátrico y la autonomía?
- ▣ ¿Cómo influye el diagnóstico psiquiátrico para valorar autonomía?
- ▣ ¿Hablar con la familia vulnera la autonomía del paciente?
  - Si nos remontamos a las 4 condiciones que sustentan la autonomía, NO se menciona el diagnóstico (sí capacidad de comprensión, conciencia de enfermedad, razonamiento lógico, capacidad de predicción de consecuencias...) → Existen instrumentos para valorar estos criterios de una forma fiable (Mac-CAT de Appelbaum y Grisso).
- ▣ La autonomía como **principio dinámico** en un mismo paciente ¿Distintos grados de autonomía según estado psicopatológico/ funcionamiento del paciente?
  - Ej/ Demencia (deterioro paulatino de la autonomía) VS Enfermedad Psiquiátrica (posible recuperación de la autonomía = objetivo terapéutico)

MOLTES GRÀCIES PER  
L'ATENCIÓ