SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA

XXXII Curso

CONFLICTOS ÉTICOS EN LA CIRUGÍA ACTUAL

DEFINICIÓN: CONFLICTO

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHO HUMANOS(Paris, 1948)

Art.1 ***Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.***

Art 3. ***Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.***

jurisdicción.

5. m. *Psicol.* Coexistencia de tendencias contradic
de generar angustia y trastornos neuróticos.

6. m. desus. Momento en que la batalla es más di

FÓRUM RESIDENTES : CONFLICTOS ÉTICOS EN LA CIRUGÍA ACTUAL

MODERADORES:

- Dr. Francisco Asencio Arana. *Hospital Arnau de Vilanova*.
- Dra.Raquel Martínez García. *Hospital Universitario San Juan de Alicante*.

PONENCIAS:

- Testigos de Jehová →Dra. Estefanía Domenech Pina. *Hospital General Universitario de Alicante*.
- Cirugía en paciente terminal →Dr. Elías Martínez López. *Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia)*.
- Oclusión en paciente con carcinomatosis →Dr. Carlos Castañer Puga. *Hospital de Sagunto*.
- Tratamiento quirúrgico en paciente con deterioro neurológico →Dra. Juana Huertas Riquelme. *Hospital Marina Baixa*.

Si hubiera una única verdad no sería posible pintar cientos de cuadros sobre el mismo tema. (Pablo Picasso)

TESTIGOS DE JEHOVÁ

Estefanía Domenech Pina
Residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital General Universitario de Alicante
XXXII Curso de Cirugía General de la S.V.C

Hospital General Universitari d'Alacant
GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

1.Religión (Levítico 17:11, Colosenses 1:20 …)

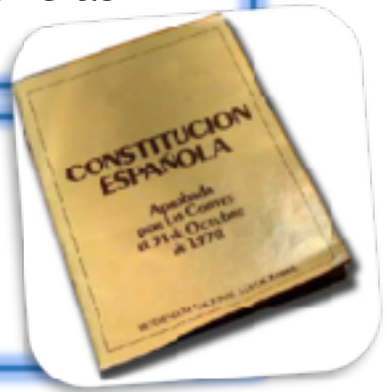
Génesis 9:4: Después del Diluvio, Dios les permitió a Noé y a su familia consumir carne animal, pero con una salvedad: Solo carne con su alma —su sangre— no deben comer". Y como todos descendemos de Noé, nosotros también tenemos el deber de cumplir ese mandato

Levítico 17:14: "No deben comer la sangre de ninguna clase de carne, porque el alma de toda clase de carne es su sangre. Cualquiera que la coma será cortado.

2.Ético-Legal

Constitución Española: Art.16: " garantizar la libertad ideológica y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la Ley. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias (…)".

Ley 41/2001 (Ley de Autonomía del Paciente; LAP): Art 8: "toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita su consentimiento libre y voluntario, una vez informado"



3. Científico

- Peligrosidad de transfusiones sanguíneas (*principio de no maleficiencia*).
- Coste.
- Cirugía sin sangre.
- Alternativas:
  1. Albúmina
  2. Factores de coagulación VIII y IX
  3. Eritropoyetina
  4. Inmunoglobulinas
  5. ¿Recuperador de sangre?

… ¿ y los médicos?

Constitución Española: Art.15: " todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes".

Ley 41/2001 (LAP): Art 7 y 9: "los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas (…) sin necesidad de su consentimiento informado, en el caso de existir riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley, o cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo o no es posible conseguir su autorización. "

- **Menores de edad:**
  - Ley 41/2001 (LAP), artículo 9.3 apartado c: Otorga al médico la capacidad de decidir por si mismo cuando no puede retrasarse el tratamiento.
  - Resolver a favor del derecho a la vida (art. 15 Constitución Esp.)
  - Convención sobre Derechos del niño y art. 39 Constitución Esp.

Pedro Villarejo et.al. Cirugía y transfusión urgente en el paciente testigo de Jehová: revisión de las implicaciones médico-legales. *Cir Esp. 2007; 82 (6): 328-32*

Cirugía urgente

- **Cuadro clínico grave** irreversibles o incluso paciente de no presta ser respetada. del lebe

No transfundir. Remitir a otro centro

- **Situación clínica de extrema gravedad c paciente.** Deberán respetarse los deseos c hubiera otorgado un documento de instruc lícita la decisión del médico de transfundi comunicará con la mayor rapidez a la fam judicial.

Transfundir si es necesario. Notificar al juez

- **Cuadro clínico urgente del representante lega** el médico amparado en de cumplimiento del de va e s d. Si los menores tienen 12 años cumplidos, deberán ser escuchados. Se pondrán en conocimiento del juzgado de guardia **(También adultos incapacitados por sentencia judicial).**

Transfundir si es necesario. Notificar al juez

Guía de Gestión Clínica en Cirugía. 2º edición. *AEC; cap 19: 286.*

Cirugía programada

- **Cuadro clínico no urgente en adulto capaz (>16 años):** Se respetará su voluntad y
21 LAP). Tanto la aceptaci
rechazo al tratamiento de

No transfundir y/o remitir a otro centro

- **Cuadro clínico no urgente en paciente menor:** La negativa del representante
consentimiento deberá ser
juez o Ministerio Fiscal. En
cuantas disposiciones consi

Consultar al menor
Consultar al juez

- **Adultos incapacitados por sentencia judicial.**

Guía de Gestión Clínica en Cirugía. 2º edición. *AEC; cap 19: 286.*

El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional.

(Haruki Murakami)

CIRUGÍA EN EL PACIENTE TERMINAL

"When a chance to cut is not a chance to cure"

Elías Martínez López

Servicio de cirugía general y del aparato digestivo

Hospital universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción

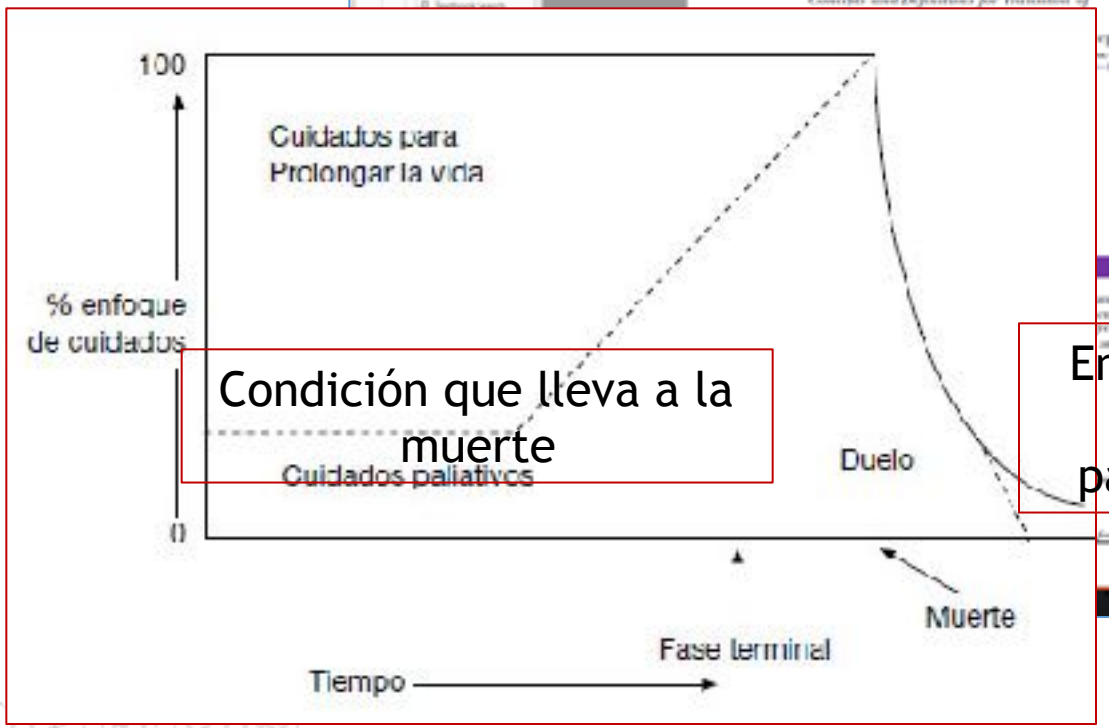
- Interés creciente hacia los cuidados paliativos.

- Cirugía paliativa tiene un impacto en la calidad de vida.

- **Escasa evidencia** sobre:
  - Papel apropiado de la cirugía.
  - Tipo de cirugía.
  - Mejor momento (“timing”).
  - Ética y costes.

Definiciones

Enfermedad terminal → **Cuidados paliativos** → **Fin de vida**



Condición que lleva a la muerte

Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares

Periodo antes de la muerte (6 meses)

Medicina paliativa en cirugía

- Cuidados paliativos no significa no hacer nada.
- **Enfermedad terminal:**
  - Estadios avanzados de cáncer
  - Complicaciones postquirúrgicas
  - Enfermedades no oncológicas
  - Politraumatismo

- Incluir cirugía en el plan de cuidados paliativos.

- Necesidad de pensamiento “holístico” vs biomédico.

Paciente no reanimable

- Concepto difícil de aplicar.
- Establecer el plan con el paciente.
- Metas y expectativas.
- Voluntades anticipadas.

- 15% sometidos a cirugía.
- No catalogar la cirugía de inapropiada.
- Médicamente adecuada.

SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGÍA

XXXII Curso

Noradrenalina

Suspensión temporal de las voluntades anticipadas

Inclusión de excepciones según las situaciones

Nuevas voluntades anticipadas para la cirugía

Responsabilidad total del cirujano

Educación en enfermedad terminal

- Desconocimiento por parte de cirujanos y de otros especialistas.
- BOARD americano incluye cirugía terminal.
- Necesidad de mayor implicación.

Hay tiempos en los que lo díficil no es cumplir con el deber , sino saber qué es (Antonio Gala)

OCLUSIÓN EN PACIENTE CON CARCINOMATOSIS

Carlos Castañer Puga
Cirugía General y del Ap. Digestivo
Hospital de Sagunto

Carcinomatosis Peritoneal

Neoplasias Primarias

- Carcinoma peritoneal papilar seroso
- Pseudomixoma peritoneal
- Mesotelioma peritoneal

Neoplasias secundarias

- Cáncer Gástrico
- Cáncer Biliopancreático
- Cáncer Colorrectal
- Cáncer Ovárico

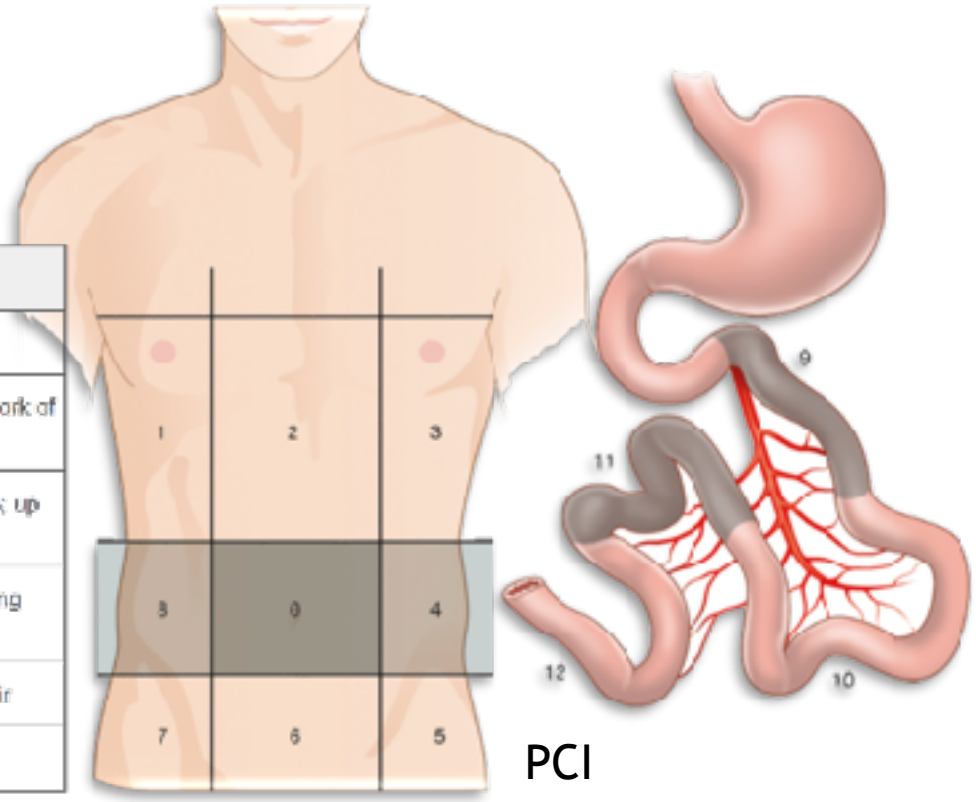
SPV Global en CP de origen Digestivo → 5% a los 5 años

Evaluación Preoperatoria

CCR + HIPEC

Escala ECOG

GRADE	ECOG PERFORMANCE STATUS
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any selfcare; totally confined to bed or chair
5	Dead



PCI

Condicionantes del tratamiento curativo

- Extensión de CP (PCI)
- Resecabilidad completa macroscópica
- Estimación de calidad de vida (ECOG)

Tratamiento con intención curativa →CCR + HIPEC

Contraindicaciones ABSOLUTAS

- Edad > 65-70 años
- ECOG >2
- Enfermedades graves asociadas
  - IRC
  - ICC
  - Insuficiencia hepática
  - Insuficiencia respiratoria grave
  - Diabetes no controlada

Contraindicaciones relativas

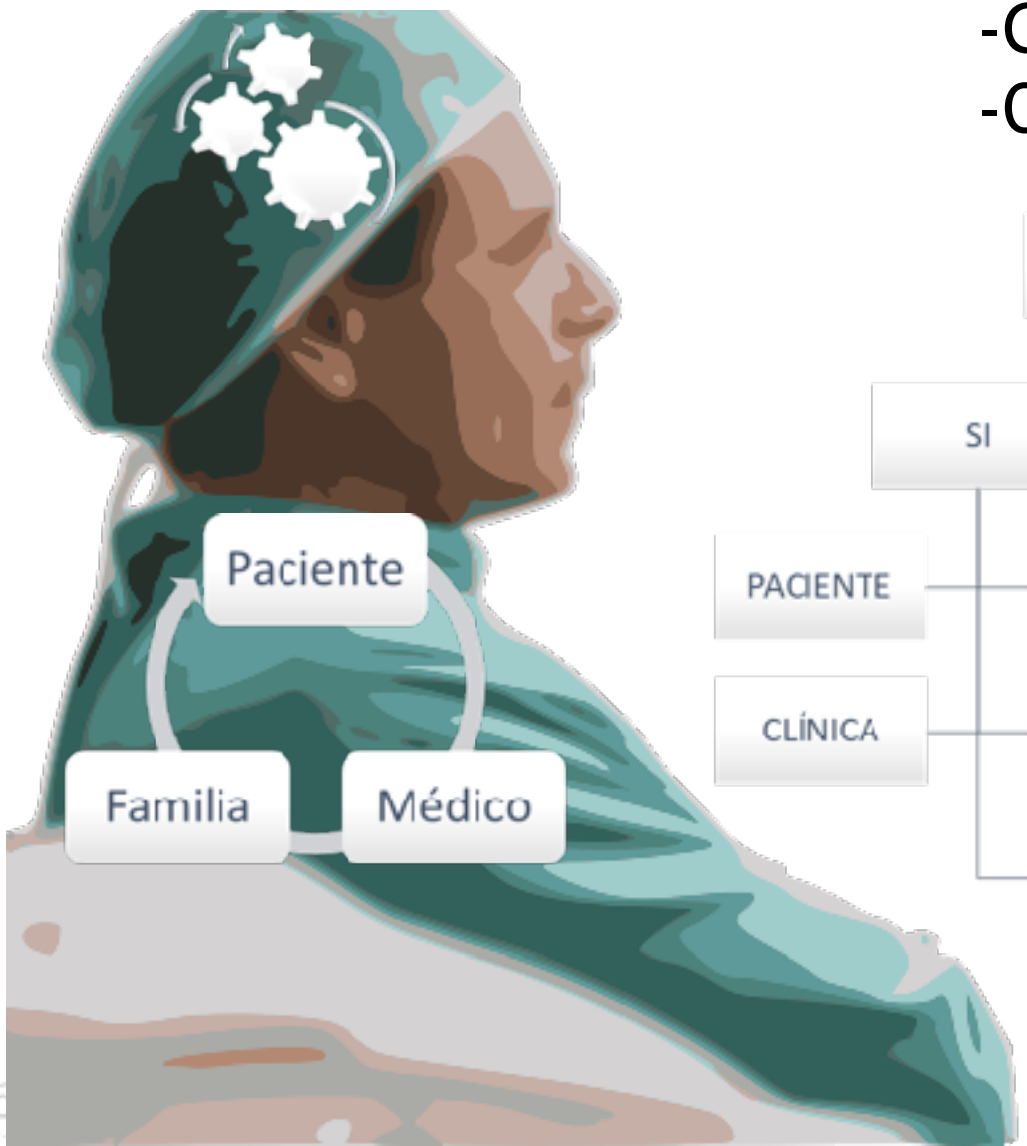
- Obesidad > 40 IMC
- Desnutrición grave
- **Estado Oclusivo/Suboclusivo**

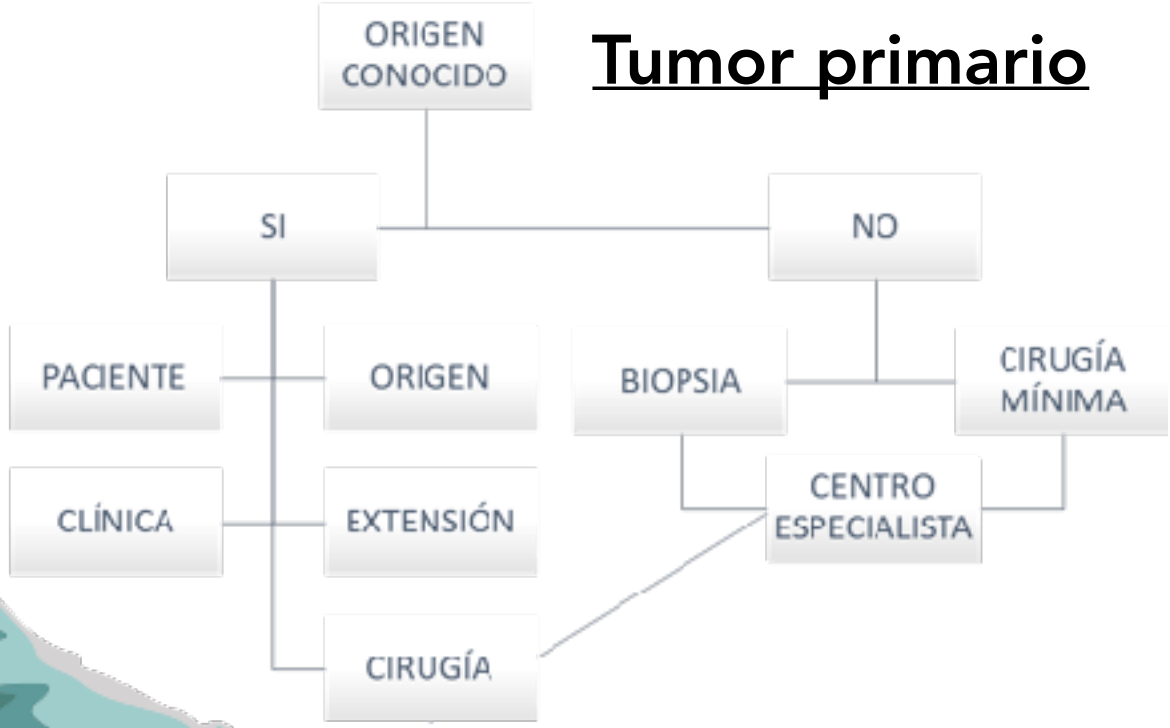
Oclusión Intestinal

<u>Incidencia según ORIGEN</u>

-Gastrointestinal→ 28%

-Ovárico → 51%





<u>Tumor primario</u>

Supervivencia

Pseudomixoma

- QT + Debulking → 50% a 5 años
- CCR + HIPEC → 69-80% a 5 años

Mesotelioma

- QT → 1 año
- CCR + HIPEC → 47% a 5 años

Ca. Colorrectal

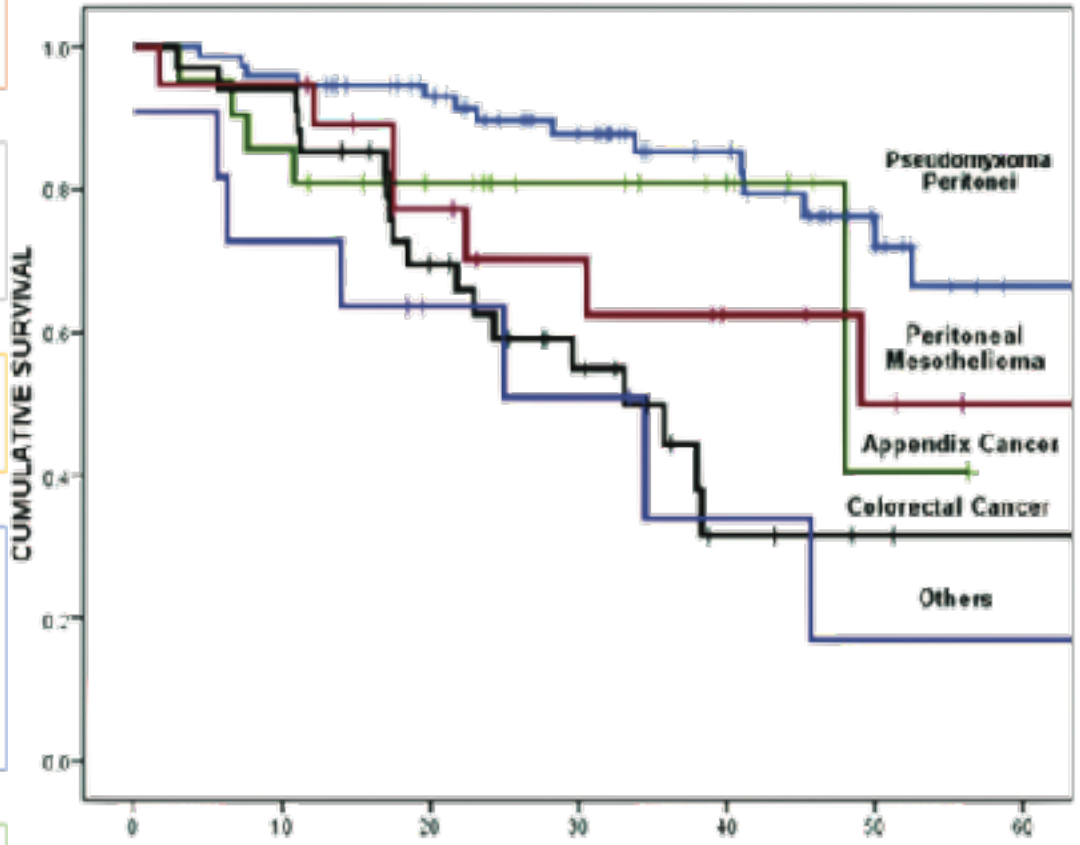
- CCR + HIPEC → 30-38% a 5 años

Ca. Ovárico

- CCR + QT → 18% a 3 años
- CCR + HIPEC → 75% a 3 años
- CCR + HIPEC: Mejora los resultados en recurrencias

Ca. Gástrico

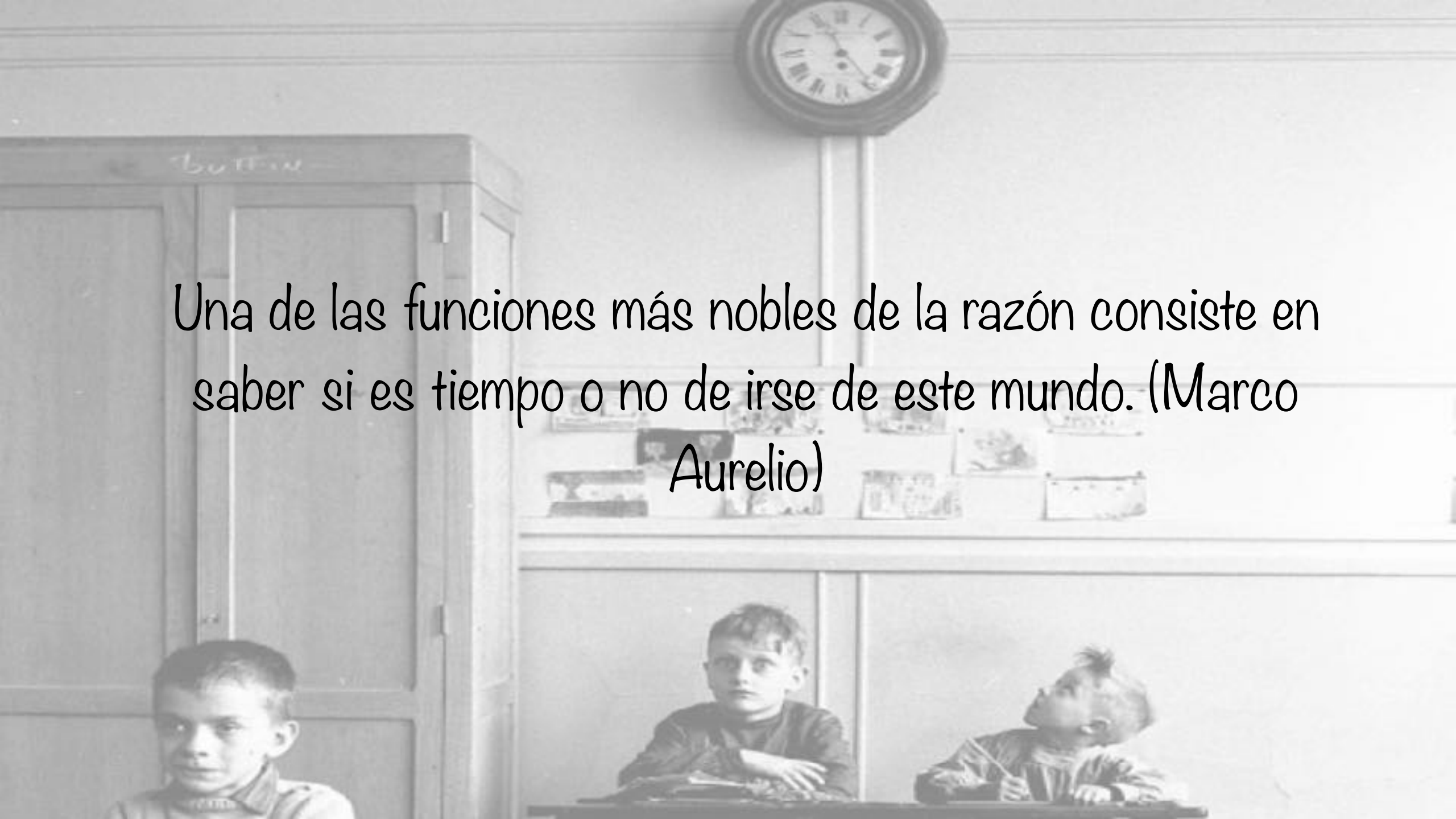
- CCR + HIPEC → 13% a 5 años



Toma de decisiones

NO beneficio de Triple Tratamiento Integral (CCR+HIPEC)

- Infiltración masiva de Intestino Delgado
- Afectación del espacio precavo-segmento 1 hepático
- Retracción infiltrativa de mesenterio
- Infiltración/retracción Vesical



Una de las funciones más nobles de la razón consiste en saber si es tiempo o no de irse de este mundo. (Marco Aurelio)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON DETERIORO NEUROLÓGICO

Juana L. Huertas. MIR CGAD

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa

Deterioro cognitivo

- Cognición: principal determinante de la capacidad → habilidad para la toma de decisiones.
- Numerosas patologías .
- Valoración clínica integral.
- No es sinónimo de enfermedad terminal.

Evaluación deterioro cognitivo

- Capacidad no es estática.
- Valoración multidisciplinar.
- Herramientas:
  1. Entrevista semi-dirigida con el paciente
  2. MMSE
  3. MacCAT-T
  4. MoCA
  5. ACED

Ley de Autonomía del Paciente 41/2002

"…la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

- Elementos para el Consentimiento informado:
  - Información
  - Elección libre
  - Capacidad mental

Consideraciones ante la cirugía

- Proceso agudo. ¿Alternativas?.
- Información detallada procedimiento a realizar.
- Capacidad decisión del paciente.
- Familiares/guardadores/ tutores legales.

Conflictos

- Libertad de tomar decisiones insensatas. *Objeción de conciencia*.
- Mayor interés del paciente.
- Alternativa menos restrictiva.
- Evitar encarnizamiento terapéutico. Aumentar confort y aliviar sufrimiento.

TESTIGOS DE JEHOVÁ

- 1.¿Qué opinas del derecho de objeción de conciencia del médico?
- 2.¿Cuánta importancia tiene el principio de autonomía?¿y en caso de urgencia persisten el orden de importancia de los 4 principios?
- 3.¿De qué tratamientos alternativos disponemos a la transfusión sanguínea? ¿Qué consecuencias económicas conlleva?
- 4.¿Qué tipo de transfusión acepta el TJ y cuáles no?¿autotransfusión previa, podría solucionar el problema de tener que derivar a estos pacientes y reducir el gasto económico?

PACIENTE TERMINAL

1. ¿Existe cultura de formar al personal sanitario en cuidados paliativos?¿Debería hacerse más hincapié de los cuidados paliativo en la formación M.I.R?
2. ¿Existe buena coordinación entre los distintos servicios en la toma de decisiones del paciente terminal?¿Cómo es en tu hospital?
3. En algunas comunidades autónomas existen hospitales dedicados exclusivamente a los cuidados paliativos ¿Cuántos existen en la comunidad valenciana?¿Es importante el papel de la UHD(Unidad de Hospitalización a Domicilio) en este tipo de pacientes?
4. ¿Crees que existe una idea equivocada de que el cuidado paliativo es no hacer nada o sólo sedar al paciente en sus últimos días de más sufrimiento?

CASO CLÍNICO I

Carlos , jubilado, **72 años**, hace 4 años va a charla de **Voluntades Anticipadas** en su pueblo. Tras ayuda de su esposa y un amigo enfermero, le ayudan ha elaborarlo. Entre otras cosas decía **que no prolongaría su vida con medidas artificiales de soporte vital** (como ventilación mecánica, etc), nombra a su esposa como representante para que lo sustituyera en la decisión llegado el caso y que no pudiera tomar decisiones por si mismo, le dio instrucciones muy claras para prescindir de darle alimentación e hidratación si perdiera sus facultades mentales.

En la actualidad tiene un ***cuadro de demencia***, no reconoce a su familia, no puede hablar, su estado es tranquilo y no presenta ninguna patología concomitante. Su problema actual ,es que **no es capaz de alimentarse por si mismo ni ingerir líquidos por vía oral.**

En el centro donde es atendido los médicos **proponen colocarle PEG** pero su esposa se opone, los equipos que le atiende , argumentan que su esposo no es la misma persona que hizo el documento ,que actualmente es una persona con demencia, tranquila que pueda disfrutar de cierto tiempo de vida por lo que insiten en darle algún tipo de alimentación artificial que mantenga su estado nutricional. **Su esposa se sigue negando.**

El equipo se reúne y da su opinión.

CASO CLÍNICO I

1. ¿ Somos excesivamente intervencionistas en nuestras decisiones?
2. ¿Cuánto está capacitado el enfermo para decidir?¿Cuándo y quién debe decidir por él?
3. ¿El paciente deseaba el documento de voluntades anticipadas?¿Sabía lo que firmaba?
4. ¿Es legal sí o no? ¿Debemos obligarlo a vivir?
5. ¿En el centro en el que el usuario está, se ha aceptado ese documento cuando ingresó?
6. ¿Lo estaríamos defraudando si no hacemos lo que él nos pide?¿Habría maleficiencia si no respeto su documento de voluntades anticipadas?
7. ¿Especificó claramente lo que pedía?
8. ¿Es importante el pronunciamiento de su mujer? ¿Más que el del enfermo?

OCLUSIÓN EN PACIENTE CON CARCINOMATOSIS

- 1.¿ En este tipo de paciente se justifica , en la sociedad actual, el excesivo coste de este tratamiento especializado (en relación a la supervivencia y calidad de vida ,elevada morbi-mortalidad) teniendo en cuenta las largas listas de espera quirúrgica y los recursos limitados?

- 2. ¿Debería centralizarse este tipo de tratamiento, al objeto de reducir gastos sanitarios y obtener mejores resultados?

CASO CLÍNICO II

Julia, mujer **de 62 años**, casada, con un hijo de 32 años. Antecedentes de neoplasia de mama intervenida hece 4 años. Síndrome depresivo de años de evolución.

Actualmente **padece neoplasia de colon con metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal** (hace unos meses tratada con cirugía y quimioterapia)

A raíz de la petición de su médico de familia, tras consultar a la paciente y sus familiares, ingresa en **UHD** por naúseas y vómitos continuos con deposiciones diarreicas y dolor abdominal **que no responden a los tratamientos habituales**. Persisten vómitos y dolor abdominal. Se encuentra consciente pero somnolienta.

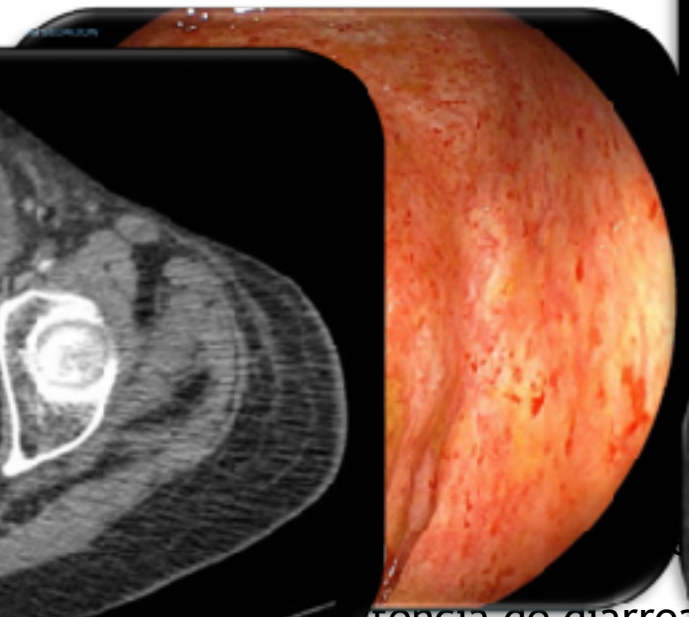
Tras obtener su **consentimiento de forma verbal** y siendo consciente la paciente de que tenía que ir despidiéndose de su esposo e hijo, se le coloca un **infusor con morfina** y un tranquilizante potente pautado para 5 días.

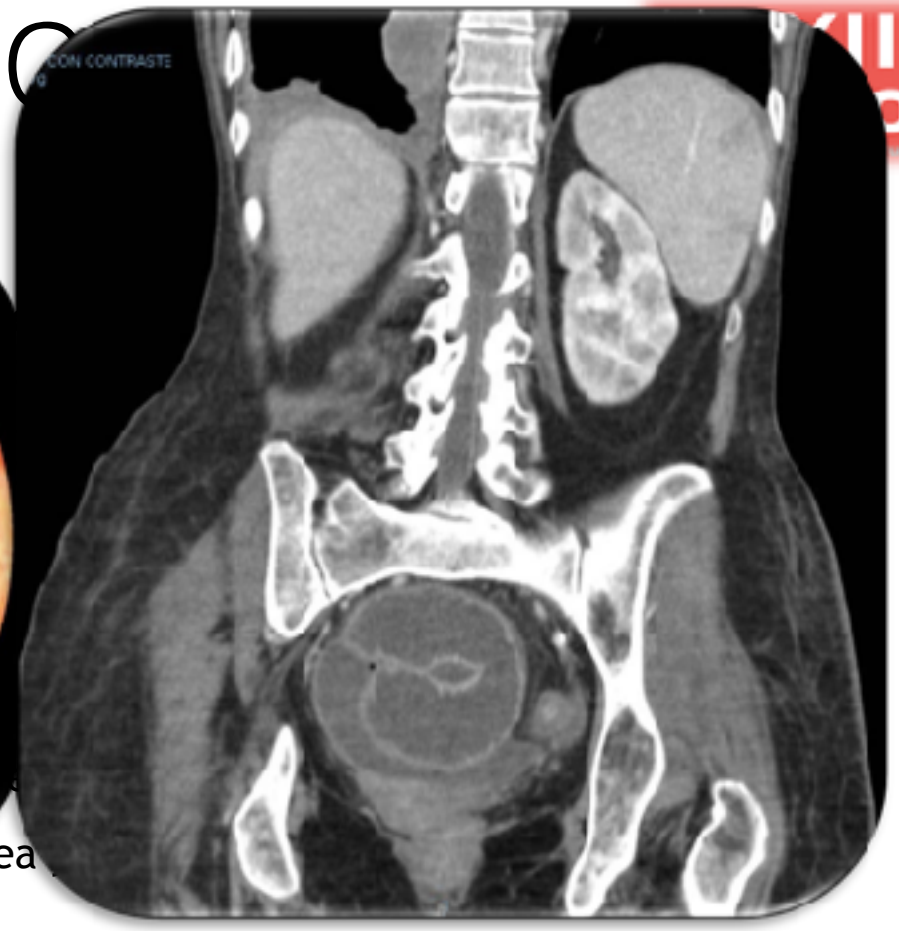
Van cediendo los vómitos y el malestar general y disminuyendo progresivamente el nivel de conciencia de Julia. **Fallece en 48 horas.**

CASO CLÍNICO II

1. ¿ Hubiera sido más correcto remitir de nuevo a la paciente para su ingreso en la sala del hospital? ¿Con qué fin?.
2. ¿ Hubiera sido correcto colocar una SNG?¿Cuál sería el objetivo?.
3. ¿Se actuó éticamente al sedar a la paciente dándole a conocer su situación terminal y solicitando su consentimiento informado?.

CASO CLÍNIC





stencia de diarrea
relacionada

En **TAC de abomen** :dilatación de asas de íleon con yeyuno proximal y colon de calibre normal, sin identificar clara causa obstructiva.No se aprecian implantes sólidos peritoneales. Abundante líquido libre intraabdominal de predominio pélvico con realce lineal del peritoneo y escasas microburbujas de aire ectópico localizadas en el líquido pélvico adyacentes a asas de delgado dilatadas, a valorar con clínica **posibilidad de peritonitis vs oclusión intestinal**.

Se avisa a cirujanos de guardia y el equipo se reúne……

CASO CLÍNICO III

1. ¿Qué a opción adoptada le aportará más calidad de vida cirugía urgente vs tratamiento sintomático?.
2. ¿Hasta qué punto se ha prolongado excesivamente el tratamiento en EC si tenía escasa supervivencia?.
3. ¿Estamos ante un caso de encarnizamiento terapéutico?.

Cirugía, informa a la paciente y familiares de mal pronóstico a muy corto plazo, desestimandose intervención urgente, ofreciéndole medidas de confort que la paciente acepta. 10 horas más tarde avisan por éxitus.

4. ¿Cuánta inversión económica suponen estas actuaiones en una paciente cuya supervivencia es escasa?.
5. ¿Nos cuesta hablar de la muerte?¿A quién le cuesta más hablar de la muerte, al enfermo o al médico, ya que somos instruidos para curar?

CASO CLÍNICO IV

Santiago , **varón de 61 años** **todas las actividades de la vida diaria junto con retras** **to medio avanzado estadio IV por M1a**

Ingresa en urgencias por cua es intentos colocar vía periférica.

RX de abdomen en decúbito gado y de todo el marco cólico, sobre todo del sigma ja por neo de recto. A valorar con clínica.

Ante cuadro de oclusión inte ión de **colostomía vs tratamiento sisntomático,** y paciente y mal pronóstico decidiendo la familia mante

A su ingreso se ha iniciado tr mórfico, midazolam, buscapina, primperán) preci nte de inquietud (sus familiares refieren que se al

Por petición familiar se cont o, decidiéndose de común acuerdo con sus familiares n

CASO CLÍNICO IV

1. ¿Habría aportado mayor calidad de vida la realización de colostomía?.

2. ¿Cómo podemos impulsar la participación del paciente y su familia? ¿Cómo elegir lugar, mejorar la información y evaluar calidad de los cuidados prestados?.

3. Los pacientes con demencia son pacientes cambiantes entran y salen del hospital repetidamente ¿En qué condiciones nos llegan a nosotros? ¿Suelen llegar al final y no en el momento de la toma de decisiones?.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: TESTIGOS DE JEHOVÁ

- Establecer **protocolos** de actuación (comité de ética).
- Incrementar la **comunicación**.
- **Casos conflictivos: prevalecerá el derecho a la vida.**
- **Casos conflictivos: *Lex artis* del cirujano.**
- **Menores de edad**: decisión médica siempre que esté en peligro la vida del menor.
- Notificar/Consultar a la **autoridad judicial.**

CONCLUSIONES: CIRUGÍA EN PACIENTE TERMINAL

- La enfermedad terminal es **una situación compleja** donde la cirugía tiene un papel creciente.
- Es importante diseñar un **plan de cuidados paliativos** incluyendo al cirujano.
- La **educación** en cuidados paliativos debe extenderse entre los cirujanos.
- Se debe realizar una **correcta evaluación** de los deseos del paciente y diseñar las actuaciones implicando al **paciente y su familia**.

CONCLUSIONES: OCLUSIÓN EN PACIENTE CON CARCINOMATOSIS

- El **apoyo emocional y la comunicación** con el enfermo, su familia y equipo terapéut estableciendo relación franca y honesta.
- **Individualizar** siempre cada caso.
- Uso **eficiente y justo** de los recursos .

CONCLUSIONES:TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON DETERIORO

- Valoración **integral y multidisciplinar**.
- Evaluación **capacidad** paciente. Familia/ tutores legales.
- Mayor **beneficio** para el paciente.
- Evitar **encarnizamiento terapeútico**.

Podrán cortar todas las flores pero no podrán detener la primavera
(Pablo Neruda)