

# ¿ Debe el pasado determinar el futuro?

## *Dilema ético en trasplante hepático urgente*

---

Ana Guiberteau

Aparato Digestivo. Hepatología y Trasplante Hepático  
Hospital Universitario de Badajoz



# Caso clínico:

- Mujer 24 años
- **LNH (Cél.T subcutáneo paniculítico) a los 12 años**
  - QT + RT + TMO autólogo
  - Asimetría facial (parótida)
  - Esterilidad ( yatrogénica)
- Hª Psiquiátrico:
  - Bullying adolescencia
  - **T. depresivo**
  - **T. personalidad** Cluster B (impulsivos).
  - Tto: Venlafaxina, Ziprasidona, Topiramato, Lorazepam



## 15 ingresos ideación / intentos autolíticos:

- 2020- 2023 → 1 en UCI
  - **Paracetamol**, BZD, antidepresivos, etc
  - Autolesiones superficiales
- **Centro Residencial Rehabilitación (CRR)**

# Caso clínico:



- **Febrero/24** → visita domicilio materno:
  - **Deterioro neurológico** severo
- Aviso **112** → **Urgencias** Hospitalarias → **UCI**:
  - **IOT** y **VM**
  - Tto: carbón activado, bicarbonato, NAC, fluidoterapia, DVA, etc
  - Analítica:
    - **GOT 14.612, GPT 12.587**, LDH 14.000 (UI/L)
    - **INR 5.06**
    - **pH 6.9, láctico 8** mmol/L
    - **Niveles paracetamol** elevados (**76** ugr/ml),
    - Benzodiacepinas ++

Traslado UCI de HU Badajoz (UTH)

# Evolución desfavorable:

## Empeoramiento analítico:

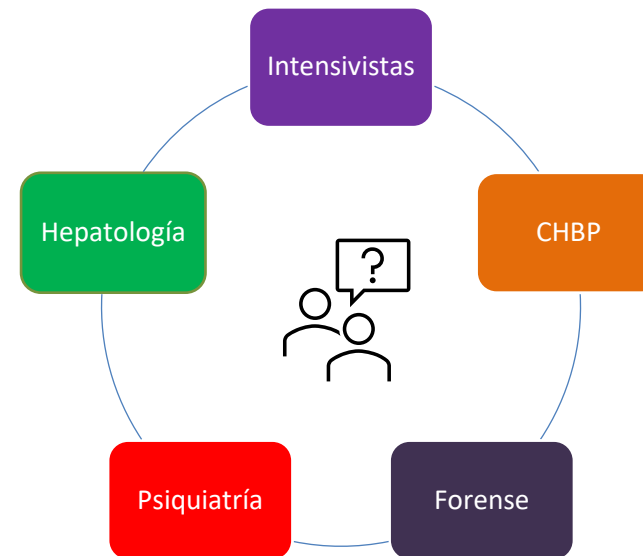
- Acidosis sin respuesta > 24 h (pH 7.1)
- Lactato 6.1 mmol/L
- MELD 36
- Creatinina 4.52 mg/dL
- INR 6.2

## Deterioro clínico:

- Fracaso renal anúrico (TCRR)
- DVA dosis altas

## Pruebas de imagen:

- TC cráneo: sin edema cerebral
- TC abdominal: sin hallazgos patológicos



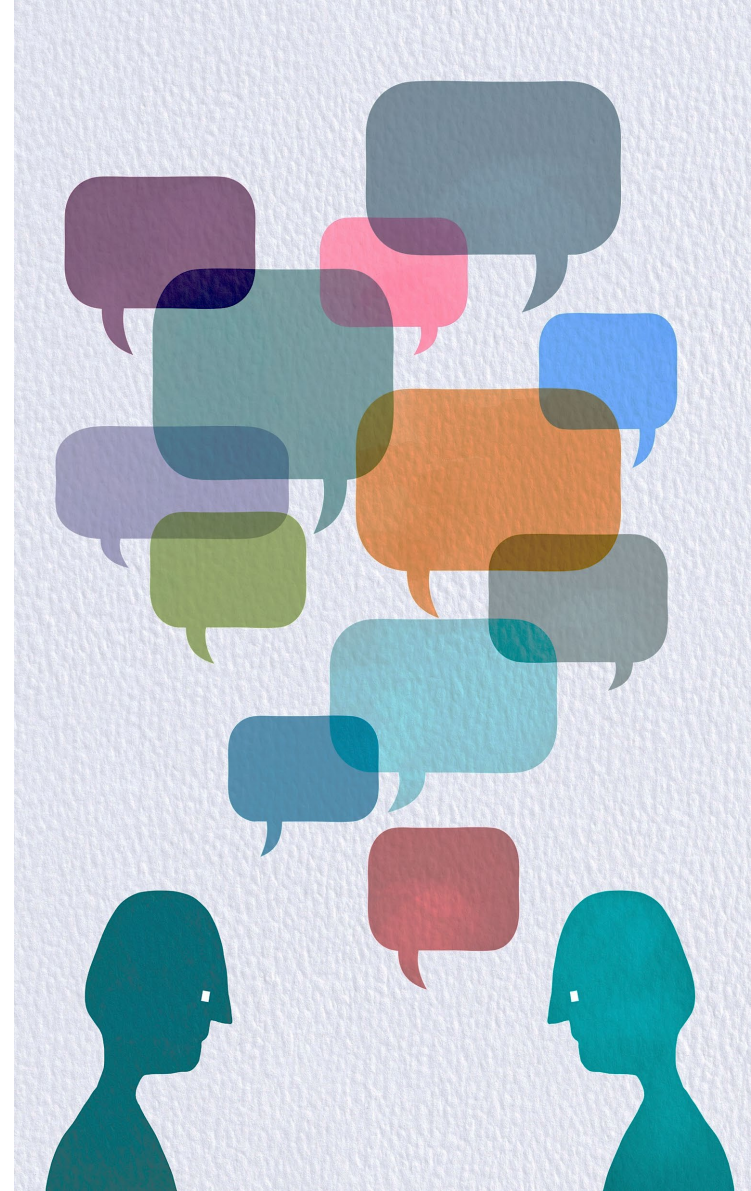
- Sin trasplante → elevada mortalidad
- Tras trasplante → pronóstico incierto
  - ¿ Consentimiento?
  - ¿ Adherencia?
  - ¿ Riesgo recurrencia?

# Valoración urgente Psiquiatría:

- Paciente encefalopática → **Entrevista madre**
- **Revisión de Hª Clínica:**
  - **Posibilidad** elevada **arrepentimiento** (tr. personalidad)
  - **Patología tratable**, recuperable
  - **Apoyo psicosocial** → Buena adaptación al CRR
  - **Adherencia:**
    - **No tóxicos**
    - **Cumplimiento terapéutico** previo



- **No existe por su patología Psiquiátrica contraindicación absoluta**
- Compromiso seguimiento estrecho.



# Psiquiatría y Trabajador Social:

Guía	Psiquiatría	Trabajador social
<b>EASL</b> – Clinical Practice Guidelines on Liver Transplantation ( <b>2024</b> )	Selectiva (obligatoria en ALD)	No explícito
<b>AASLD</b> – Evaluation for Liver Transplantation in Adults ( <b>2014</b> )	Selectiva (trastorno mental, abuso sustancias)	No explícito
<b>BSG/BLTG</b> – UK Adult LT Guideline ( <b>2020</b> )	Selectiva según riesgo	No explícito
<b>BC Transplant</b> – Clinical Guidelines for Liver Transplantation ( <b>2023</b> )	Selectiva según riesgo	Sí, explícito
<b>Mayo Clinic</b> – Liver Transplant Protocol ( <b>2023</b> )	Selectiva según riesgo	Sí, explícito

- Nuestra UTH : **valoración** sistemática **todos candidatos**
- Beneficios:**
  - “Rescate de pacientes”**
    - Solucionan **barreras** (ej. **vivienda** inadecuada → gestión recursos)
  - Detección “riesgos ocultos”**
    - Adherencia** (problemas económicos → activan ayudas)
    - Conductas fraudulentas, **consumo activo** no declarado



# Médico Forense

- Información verbal (no vinculante):
  - **Familiares**→ aceptar y firmar el **consentimiento informado** del TH
  - Desacuerdo (mismo parentesco)→ juez guardia → Audiencia rápida

	Médico <b>Forense</b>	Médico <b>Especialista en Medicina Legal</b> y forense (MIR)
Dependencia	Ministerio de Justicia	SNS Servicio de Medicina legal (plantilla propia, hospitales)
Funciones	Investigación <b>judicial</b> (autopsias, informes periciales, víctimas/detenidos)	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Asesoría médico-legal a profesionales</u></li><li>- <b>Comités éticos</b></li><li>- <b>Sanidad mortuoria</b></li><li>- Gestión <b>reclamaciones</b></li></ul>

**Servicios de Medicina Legal** en Hospitales: **función esencial** clínica, ética y administrativa.

*Ley 41/2002, de 14 noviembre  
Real Decreto 1723/2012*

# Resultados del TH por FHA

## (sobredosis intencionada de paracetamol)

SV a 1 año	85–90%	Karvellas et al., 2023, Hepatology Bernal et al., 2018, J Hepatol O’Grady et al., 2015, Gut Karvellas et al., 2010, Liver Int
SV a 5 años	70–80%	Bernal et al., 2018, J Hepatol Karvellas et al., 2010, Liver Int
Antecedentes psiquiátricos	55–90%	Baker et al., 2024, World J Transplant Simmons et al., 2020, Dig Dis Sci Karvellas et al., 2010, Liver Int
Intentos autolíticos previos	20–30%	Simmons et al., 2020, Dig Dis Sci Karvellas et al., 2010, Liver Int
Reintentos de suicidio post-TH	≈5–6%	Karvellas et al., 2010, Liver Int
Mortalidad por suicidio post-TH	≈1–3%	Goodarzi et al., 2022, HPB Karvellas et al., 2010, Liver Int
Pérdida de adherencia (IMS)	20–30%	DeVito Dabbs et al., 2021, Liver Transpl Dew et al., 2018, Am J Transpl Denhaerynck et al., 2017, Transpl Int
Desestimado TH “contraindicación psiquiátrica absoluta”	8–10%	Baker et al., 2025, World J Transplant Simmons et al., 2020, Dig Dis Sci

- *La SV tras TH hepático es equiparable otras etiologías.*
- *Menor adherencia terapéutica.*
- **PRECISAN APOYO Y SEGUIMIENTO ESTRECHO**





Retrospective Cohort Study

Death after psychiatric contraindications to urgent liver transplant for paracetamol overdose

- Retrospectivo (2006–2024)
- Reino Unido, unicentro
- **524 pacientes** evaluados para TH (FHA paracetamol)

Mortalidad total (sin TH)	102 pacientes (19,5% de la cohorte)
<b>Excluidos por contraindicación psiquiátrica absoluta</b>	<b>46 pacientes (8,8% cohorte; 45% de las muertes)</b>
Sexo	59% mujeres
Edad media	44,6 años (rango 19–72)



Contraindicaciones absolutas:

- **> 5 autolesiones previas**
- Dependencia **tóxicos** activa severa
- **Trastorno mental** grave refractario
- **No adherencia** médica repetida
- Rechazo explícito al TH

Conclusión:

- La **evaluación psiquiátrica** puede **limitar** el acceso al **trasplante** y suponer una **mortalidad significativa**
- Se necesitan criterios homogéneos

*¿ Cómo creéis que habrías actuado en vuestra Unidad de trasplante?*

1. Dada la edad y valoración psiquiátrica favorable, **habríamos incluido a la paciente en código 0.**
2. Por los antecedentes psiquiátricos y numerosos intentos autolíticos, **habríamos desestimado el trasplante.**
3. Tenemos **opción de recibir asesoría legal** (Servicio de Medicina Legal/ otros) para orientar nuestra decisión.



# ¿ Cómo actuamos en nuestra situación?



**Contacto continuo**  
todo el equipo



- No unanimidad
- Si **consenso** (cada miembro apoya decisión grupo).

***Inclusión en lista activa de trasplante  
hepático: código cero***

## "Inclinaron la balanza":

- Valoración favorable **Psiquiatría**
- **Edad** paciente
- **Expansión de criterios** en otras situaciones:
  - Receptores añosos, FRCV
  - CHC, ColangioCa
  - Metas CCR, etc
- "Deuda moral"

## *Inclusión en lista activa de trasplante hepático: código cero → donante < 24 h*

- **Donante ME:**
  - 73 años
- **Inmunosupresión:**
  - Inducción Basiliximab y esteroides.
  - MMF (1º día) y tacrolimus (5º día).
- **UCI:**
  - Repiratorio:
    - **Distres respiratorio**
    - **Neumonía** bilateral, derrame pleural: toracocentesis
  - **Diálisis** intermitente durante 2 semanas

¿ Y la evolución  
psiquiátrica?

## Postrasplante inmediato:

- UCI:
  - **Mutismo voluntario** (7 días) → terapia intensiva
- **Planta de hospitalización**
  - Expresa **arrepentimiento**
  - Consciente de la gravedad
  - Menor labilidad emocional. No ideas autolíticas
  - Proyecto vital conservado
- **ALTA A DOMICILIO MATERNO** (23 días posTH)
  - **Adherencia:** Tratamiento , revisiones
- **Situación Psiquiátrica y Social:**
  - **Convivencia fallida** con familiares
  - Junio/25 solicita **ingreso en CRR**
  - No intentos de autolisis



# Conflicto bioético

Discusión





# Principios bioéticos:

## Justicia:

Distribución equitativa  
órganos .

## No Maleficencia:

Evitar daño paciente

## Beneficencia:

Actuar **mejor interés del  
paciente**

## Autonomía:

Respeto **capacidad de  
decisión paciente.**

## Transparencia y Veracidad:

Comunicación clara riesgos,  
beneficios , expectativas .

## Confidencialidad:

Protección de la información (solo el  
personal involucrado).

## Solidaridad y Altruismo:

Fomento de la donación altruista.

## Responsabilidad y Competencia Profesional:

Formación continua

## Ordenación jerárquica



# Enfoques éticos:

## Deontología (ética basada en el **deber**):

Resoluciones **basadas** en **deberes/reglas**,  
independientemente de las consecuencias

Ej: norma 6 meses de abstinencia → no se  
trasplanta en ningún caso sin cumplimiento



## Consecuencialismo (ética basada en **resultados**)

**Prioridad** para trasplante a los pacientes con mayor probabilidad de **beneficio**



## Ética deliberativa

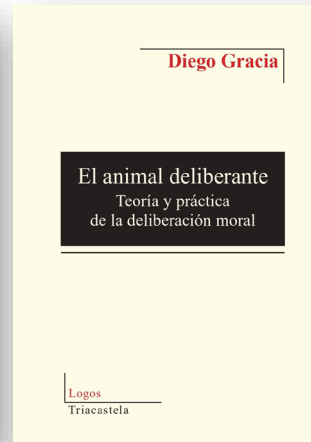
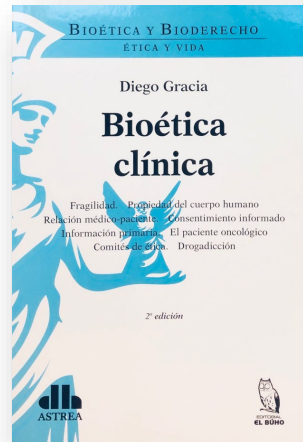
Método práctico para toma de **decisiones en equipo**

# Ética deliberativa



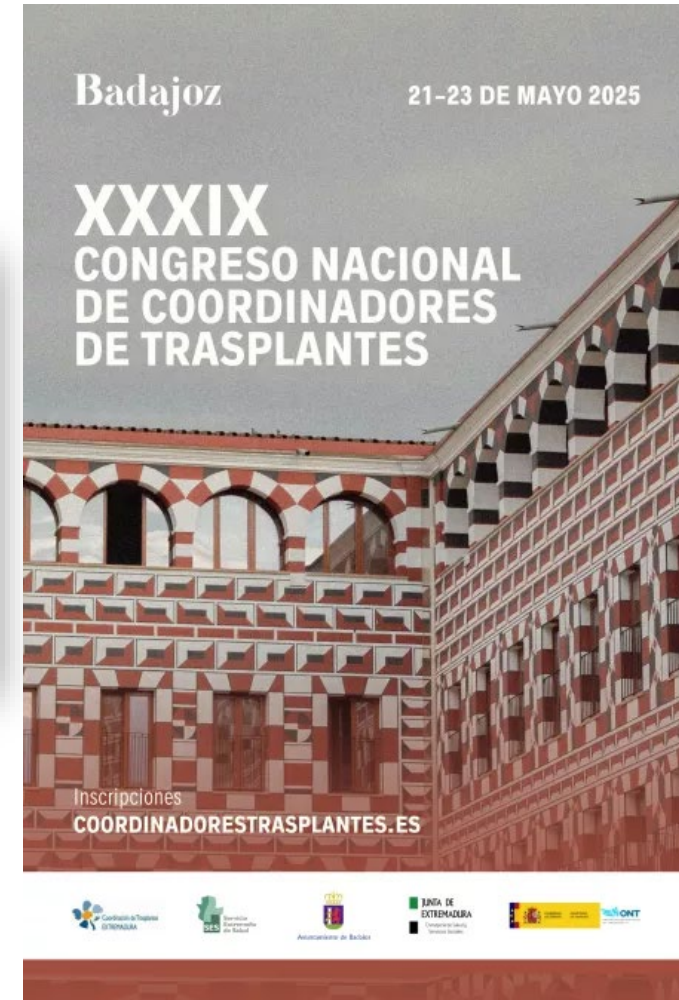
**Profesor Diego Gracia**

Médico Psiquiatra y Filósofo



**ESCUELA ESPAÑOLA DE BIOÉTICA CLÍNICA**

*“La ética no consiste en aplicar recetas, sino en **deliberar** con **prudencia** entre lo **posible**, lo **justo** y lo **razonable**”*



# Metodología deliberativa

- **Modelo** para tomar **decisiones** clínicas ante conflictos complejos
- **Integra valores** éticos, clínicos, legales y sociales
- Busca **mejor opción**: paciente y sociedad
  - **Diálogo** razonado
  - Ponderación de **valores**
  - **Prudencia** clínica
  - Trabajo en **equipo** (incluir múltiples perspectivas)
- Permite **decisiones personalizadas y justificadas**
- **Evita** caer en la discriminación, **juicios rápidos** y el **reduccionismo** (no todo es blanco o negro)
- Aporta **seguridad** ética e **institucional**



**Identificación del dilema**



**Análisis principios bioéticos** en conflicto



**Cursos de acción**  
(posibles actuaciones)



**Decisión** más prudente y justificada



**Validación** de la decisión

***“¿Cuál es la mejor decisión posible aquí y ahora, justificable ante todos los implicados?”***

*Dilema: “¿Priorizar supervivencia individual o la justicia distributiva del órgano?”*

Principios Bioéticos en conflicto:

### Principio de beneficencia

- Ofrecer el TH aplica este principio (mayor SV)



### Principio justicia distributiva

Asignación de **recurso escaso** y valioso.

¿El órgano debería destinarse a **otro receptor con menor riesgo** (recidiva, falta de adherencia)?.



### Principio de autonomía

- **Suicidio** = ¿Falta de autonomía o capacidad para tomar decisiones ?
- Estado inconsciente, principio es **ejercido por madre** → ¿Es lo que la **paciente hubiera elegido**?



## ¿Priorizar el TH en intento autolítico?

### Justicia distributiva



- **Derecho universal tratamiento**
  - **Compasión e igualdad**
- **Sociedad**
  - **Rechaza** exclusión y **estigmatización** pacientes (tabaco, alcohol, ADVP).
- **Criterios generales, aval institucional:**
  - Casos alta complejidad = “**tratamientos extraordinarios**”.
  - Priorización recursos **excede juicio** clínico
  - Respaldo al equipo clínico

### Autonomía del paciente



- **Respetar autonomía:**
  - Toma de **decisiones voluntaria e informada** (más allá del consentimiento informado)
- **Comunicación efectiva: herramienta ética**
  - No sólo una habilidad clínica
- **Tras intento de suicidio: ¿capacidad de decisión?**
  - No supone incapacidad automática
  - **Evaluar cada caso:** comprender, razonar, expresar
  - Autonomía gradual y contextual



## Cursos acción *conflictos éticos* → *alternativas posibles de actuación*



### Cursos extremos

- **Opuestos** o excluyentes entre sí
- **Priorizan** claramente **un principio** sobre otro
- Ayudan a **visualizar el conflicto** con nitidez

### Cursos intermedios

- Intentar **armonizar** los principios en conflicto
- Implican adaptaciones, **medidas compensatorias**
- Suele ser la **opción más ética y razonable** en vida real

### **DECISIÓN MULTIDISCIPLINAR**

*El curso más acertado no es el que “cumple” un principio al 100%, sino el que permite respetar lo esencial de todos ellos, dentro de lo posible*

# Cursos de acción posibles

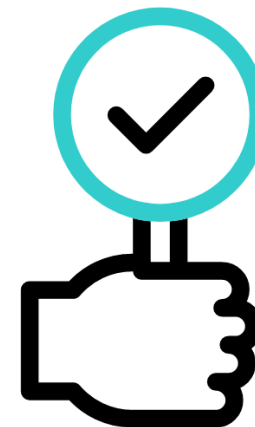


## CURSO EXTREMO 1 → Realizar el TH sin condiciones especiales

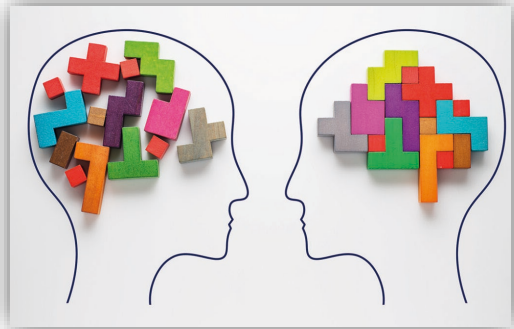
- Priorizamos **Beneficiencia**.
- Consecuencias: **riesgo psiquiátrico** muy elevado sin seguimiento

# Validación de la decisión adoptada

- Pruebas de consistencia (metodología deliberativa):
  - **Criterio de legalidad** (la decisión **respeta la ley**)
  - **Criterio de publicidad** (se puede **defender** de **manera pública**)
  - **Criterio de temporalidad** (volveríamos a **tomar la misma decisión**, en una situación similar tras el análisis y aprobación de los diferentes servicios involucrados).



# Conclusiones



La **ética deliberativa** guía la toma de decisiones ante casos clínicos complejos.



Los **cursos de acción intermedios** permiten respetar los principios bioéticos buscando una **decisión equilibrada**.



Los **comités multidisciplinares** son necesarios para la toma de decisiones, que a su vez se deben **comunicar** de forma comprensible y honesta al paciente.



**Compartir** dilemas y decisiones con **otros profesionales** supone una **herramienta** útil para afrontar conflictos éticos.



**Servicios de Medicina Legal** en hospitales 3º nivel (centros trasplantadores) → ofrecer asesoramiento legal en práctica clínica



***“El pasado no siempre debe determinar el futuro,  
pero la decisión debe ser prudente, colegiada y justificable”.***