



La operación era necesaria, dado que la paciente vomitó cuando estaba medicada y sondada.

PENAL EL CIRUJANO NO ORDENÓ A TIEMPO LA INTERVENCIÓN

La omisión que provoca un riesgo se condena

→ La Audiencia Provincial de Gerona ha condenado a un facultativo por un delito de imprudencia al no ordenar la intervención urgente de una paciente que falleció por una isquemia intestinal.

■ M. Esteban

La Audiencia Provincial de Gerona ha condenado a un cirujano como autor de un delito de imprudencia grave profesional tras el fallecimiento de una paciente a la que no se le intervino a tiempo de una isquemia intestinal.

La sentencia analiza la responsabilidad del cirujano que atendió a la enferma cuando ingresó y del especialista que continuó con la vigilancia y seguimiento de la paciente cuando el primero terminó su turno de guardia.

Según relata el fallo, facilitado por Aranzadi, el cirujano que estaba de turno en la primera atención sanitaria diagnosticó una suboclusión intestinal, por lo que ordenó el ingreso de la paciente y explicó las circunstancias del caso al facultativo que comenzaba el turno. No hay responsabilidad penal en esta primera actuación sanitaria, ya que los peritos afirman que "es difícil acertar el diagnóstico de oclusión total en un primer momento teniendo en cuenta que hubo una primera defecación y que la isquemia intestinal es una patología poco frecuente en pacientes de temprana edad". Además, ese error de diagnóstico, que en cualquier caso no tiene relevancia penal salvo que fuera grave e inexcusable, "sólo se hizo evidente cuando la enferma, tras ser medicada y llevar una sonda nasogástrica, volvió a vomitar", lo que su-

El médico era el cirujano responsable de la paciente en el momento de los hechos y el único facultativo que podía ordenar la operación

cedió cuando el cirujano ya se había marchado.

Hecho relevante

La ausencia de responsabilidad no es extensible al médico que continuó con la vigilancia de la enferma. Los magistrados dicen que el hecho de que la paciente vomitara cuando estaba medicada y sondada debió ser un dato relevante para modificar el diagnóstico inicial de suboclusión in-

testinal y "obligaba a la inmediata intervención quirúrgica de la enferma para su exploración".

El médico condenado era "en el momento de los hechos el cirujano responsable de la paciente, y por ello, el único facultativo que podía ordenar su intervención quirúrgica urgente".

Su negativa a ordenar la intervención o el ingreso de la paciente en la unidad de cuidados intensivos "constituyó una omisión voluntaria que creó una situación de riesgo previsible y evitable, infringiendo una norma básica de cuidado". La audiencia confirma la condena de un año de prisión y tres de inhabilitación por un delito de imprudencia.



La omisión de socorro

La omisión del deber de socorro es uno de los delitos aplicables a la profesión sanitaria, pero la concurrencia de un ilícito penal es difícil de probar en tribunales. Un fallo de la Audiencia Provincial de Barcelona absolvió a tres facultativos que no atendieron a un menor en un centro de atención primaria. El tribunal del jurado no encontró comisión de un delito al no probarse la situación en la que dicen se encontraba el menor (ver DM del 28-XII-2009).

SEDACIÓN PALIATIVA Y EN LA AGONÍA (II)

TRIBUNA ES VÁLIDA SI ESTÁ INDICADA Y SE AGOTARON LOS RECURSOS

El fin, medida para tasar el acto como ético

→ El autor aclara que la sedación es un acto médico éticamente neutro, de forma que su validez ética depende de la finalidad buscada. Su uso debe buscar los mejores intereses para el enfermo.



JACINTO BÁTIZ
Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios (Santurce-Vizcaya) y secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC

La decisión de sedar a un enfermo no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que debe ser resultado de una decisión sopesada y una reflexión compartida

La sedación no se puede convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo médico o el propio sufrimiento de la familia y para aliviar su pena

La sedación en la agonía se podrá considerar una buena práctica médica cuando se hayan tenido en cuenta y se cumplan sus criterios éticos basados en el Código de Ética y Deontología Médica reflejados en el capítulo VII artículo 27.1, así como en la declaración *Ética de la Sedación en la Agonía*, aprobada por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Médicos el 21 de febrero de 2009, y que fue elaborada por su Comisión Central de Deontología.

Cuando consideramos que el tratamiento adecuado para el enfermo que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, es presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a otros tratamientos, es disminuir la conciencia, además de conocer sus aspectos clínicos debemos tener en cuenta sus requisitos éticos. Los aspectos éticos de la sedación nos ayudarán a considerarla como una buena práctica médica si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia. Esta práctica médica representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a síntomas biológicos, emocionales o existenciales cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineficacia.

La sedación en la agonía, en sí misma, es un recurso terapéutico éticamente neutro; lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprochable es el fin que con ella se desea conseguir y las circunstancias en que se aplica. Será aceptable éticamente cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos. No se podrá convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo médico o el propio sufrimiento de la familia y para aliviar su pena.

La decisión de sedar a un enfermo no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

Si la sedación en la agonía se realiza ante síntomas difíciles de controlar pero que no han demostrado su condición de refractarios, no se podría considerar indicada desde el punto de vista ético.

Para poder evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está bien justificada la indicación de la sedación paliativa, es preciso que consideremos ciertos criterios.

Requisitos obligados

Su aplicación exige del médico la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias: la existencia de una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento; los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima; el enfermo o, en su defecto, la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación; y por último, el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación paliativa, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte. Si se ha realizado la sedación debemos continuar con los cuidados del enfermo. Su sedación no nos descarga de nuestro deber. Incluso si esta sedación durara más de lo previsto, no podríamos suspender los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo.

La sedación en Cuidados Paliativos no es un tratamiento excepcional. Es una práctica médica que para que sea éticamente adecuada requiere un proceso de decisión complejo. Por ello, para poder garantizar los derechos de los enfermos, de las familias y de los equipos asistenciales debiera estar presente en la enseñanza de las facultades de Medicina y en los programas de formación continuada, así como en la conciencia de todos los médicos. Cuando el médico seda al enfermo que se encuentra sufriendo en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras se muere.