



Sólo si se infringe la 'lex artis'

El Tribunal Supremo vuelve a recordar en esta sentencia que la Administración no es aseguradora universal del daño (ver DM del 4-II-2003).

SUPREMO UN RIESGO QUE DEBÍA SOPORTAR

Los contagios de VHC antes de las pruebas de detección no son indemnizables

Redacción

La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha absuelto a la Administración de una demanda por contagio de VHC anterior a 1988. El fallo recuerda que, según reiterada doctrina, las inoculaciones del virus anteriores a dicha fecha no son indemnizables, ya que no era posible su detección.

Los magistrados afirman que determinar el origen del contagio de hepatitis C resulta imposible, pues "según el estado de la ciencia y de la técnica conocer en el momento de la transfusión si la sangre estaba contaminada".

En estos casos "el contagio era un riesgo que debía soportar el propio paciente sometido a una intervención quirúrgica en la que fue necesario llevar a cabo una transfusión".

Medidas de seguridad

La sentencia también analiza la supuesta responsabilidad tras la transfusión realizada en el año 1994, pero descarta que durante este acto se produjera un contagio del virus, ya que en él "sí se contó con las medidas de seguridad pertinentes, tal y como se re-

fleja en el oficio remitido por la Administración sanitaria dando cuenta de los controles de donaciones, además de que ese ingreso se debió a unos síntomas que reflejaban que ya había hecho su efecto el contagio sufrido seis años antes".

Estado de la ciencia

Por último, la resolución judicial aclara que más que la relación causal entre el acto médico y el contagio de la hepatitis C, lo que se alega ante el alto tribunal es la antijuridicidad del daño.

En este punto, los magistrados aclaran que no concurre el requisito de la antijuridicidad "cuando el contagio hubiera tenido lugar antes de que la Administración sanitaria pudiera disponer, por su comercialización, de los marcadores o reactivos que permiten detectar la presencia del virus en el plasma sanguíneo objeto de la transfusión".

En consecuencia, la Sala Contenciosa-administrativa del Tribunal Supremo ha desestimado la demanda de responsabilidad solicitada a la Administración sanitaria.



JOSEP PORTA I SALES

Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología



La responsabilidad final de que el enfermo esté confortable y no sufra es del equipo médico, por lo que no deben demorarse ni delegarse las decisiones a la familia en perjuicio del paciente



Administrada la sedación, el equipo debe estar siempre presente, mostrar comprensión ante las reacciones que suelen surgir, facilitar la privacidad y mostrar siempre disponibilidad

SEDACIÓN PALIATIVA Y EN LA ACONÍA (III)

TRIBUNA ES RECOMENDABLE QUE LA FAMILIA SE INVOLUCRE EN LA TOMA DE DECISIONES

Obtención del consentimiento y fármacos según el origen

→ El autor analiza dos aspectos esenciales de la sedación en la agonía, una vez comprobados los requisitos médicos y éticos para su administración: la obtención del consentimiento, donde tiene un gran papel la familia, y la elección de los fármacos en función de la causa de la sedación.

¿Cómo se realiza la sedación en la agonía? Una vez indicada, en la certeza de que las medidas empleadas y a disposición del equipo no han surtido efecto y el paciente está sufriendo, se deben considerar dos aspectos o fases esenciales y diferentes. La primera es la obtención del consentimiento y la segunda el manejo farmacológico.

El paciente debe dar su consentimiento para que su nivel de conciencia sea disminuido para evitarle la percepción de amenaza/sufrimiento que el síntoma le produce, y cuya profundidad dependerá de la respuesta al tratamiento. Lo ideal, aunque no imposible, es poder plantear la posibilidad de la sedación con anticipación cuando empezamos a observar que el control de los síntomas no va bien. Obviamente, situaciones agudas e imprevisibles y en las que el paciente es manifiestamente incapaz van a impedir que pueda dar su consentimiento de forma válida, tal como sería el caso de un cuadro confusional agudo.

Según un estudio prospectivo, publicado en 1999 en *Medicina Paliativa*, el 50 por ciento de los pacientes eran capaces de dar su consentimiento de forma explícita tres días antes del fallecimiento. Aunque no es imprescindible desde la perspectiva ética, en nuestro contexto es recomendable que la familia se involucre en la toma de decisiones, especialmente en el caso de pacientes incompetentes. Es necesario remarcar que la responsabilidad final de que el paciente esté confortable y no sufra es del equipo que le atiende, y por lo tanto, no debe demorarse ni delegarse las decisiones a la familia en perjuicio del paciente. No se recomienda la firma de ningún documento, aunque es imprescindible que el proceso de toma de decisiones se detalle en la historia clínica.

Pautas ante la autorización

Respecto a cómo debe abordarse la obtención del consentimiento, algunas recomendaciones o pasos han de ser los siguientes: 1) individualizar siempre la situación; no todos los pacientes y sus circunstancias son iguales; 2) antes de hablar con el paciente/familia revise la historia clínica, revise la evolución clínica, la información del paciente, la existencia de un testamento vital, la estructura familiar y el posible estilo de afrontamiento tanto del paciente como de la familia; 3) procure que en la conversación estén presentes el paciente (si es competente), el familiar que designe el paciente, el médico y la enfermera. Mucha gente puede verse cohibido, pero en cualquier caso debe preguntarse explícitamente si debería haber alguien más; 4) revise y explique de forma sencilla, con paciente/familia, cómo se ha llegado a la situación actual; 5) explique la posibilidad de disminuir el nivel de conciencia para hacer más tolerable el problema actual; 6) explique y resuelva dudas respecto a otros efectos posibles derivados de la disminución del nivel de conciencia, como la disminución de la ingesta (revise siempre aspectos como sueros, sondas, etcétera) y de la

capacidad de comunicación verbal; 7) explicita respeto a la decisión y la posibilidad de revisarla; 8) ofrezca siempre la posibilidad de revisar el resultado de la sedación, especialmente cuando es la familia la que conciente; 9) explicita el consentimiento y registre el proceso en la historia clínica.

A cada causa un fármaco

Referente al manejo farmacológico, la decisión de utilizar un grupo farmacológico u otro está relacionada con la causa que indica la sedación. Si la causa es un *delirium*, tras el fallo a haloperidol u otros neurolepticos, el abordaje inicial son neurolepticos de perfil sedante (ej. levomepromazina), ya que es bien conocido que las benzodiazepinas pueden empeorar el *delirium*. En caso de no mejoría, la adición de una benzodiazepina (habitualmente midazolam) sería el siguiente paso. En casos rebeldes hay que considerar el uso de propofol o fenobarbital. En caso de que la causa que indique la sedación no sea un *delirium*, el primer fármaco sería midazolam; ante fracaso, adicionar un neuroleptico sedante, y ante fracaso, propofol o fenobarbital.

Las dosis iniciales varían dependiendo del uso previo de benzodiazepinas y neurolepticos, así como la vía de administración, ya que el midazolam y levomepromazina pueden administrarse tanto por vía intravenosa como subcutánea. La titulación se hace en base a las dosis de rescate del fármaco que se ha precisado para un determinado periodo de tiempo (cada 12 ó 24 horas), se recalcula y se añade la medicación necesitada a la pauta basal. La evaluación de la respuesta se hace con el uso de escalas de sedación, habitualmente la escala de Ramsay-modificada o el RAS. Respecto al propofol habitualmente la dosis de inicio son 3mg/Kg/h siempre IV; aunque la dosis puede incrementarse rápidamente por la tolerancia que suele ocurrir, puede incrementar el riesgo de convulsiones en pacientes con antecedentes o lesiones cerebrales. El fenobarbital tiene la ventaja, en atención domiciliaria, de poderse administrar por vía subcutánea, y en los pacientes con antecedentes o riesgo de convulsiones estaría especialmente indicado; necesita una dosis de carga de 200mg/IM y una infusión con dosis de inicio de 600-800 mg en infusión continua subcutánea cada 24 h. Se puede hallar más información en *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal* (Ed. Arán-Madrid).

Tras iniciar la sedación, el paciente y la familia deben ser supervisados regularmente, tanto para evaluar la respuesta a los tratamientos e identificar problemas (fiebre, secreciones bronquiales, retención orina, mioclonias, u otros), como para resolver posibles dudas y atender las reacciones emocionales de la familia.

Administrada la sedación, el equipo debe siempre estar presente, mostrar comprensión ante las reacciones que suelen surgir, facilitar privacidad y mostrar siempre disponibilidad.

BOLETINES OFICIALES

BOE

LEY DE AUTONOMÍA DE CATALUÑA

El *Boletín Oficial del Estado* ha publicado la Ley 16/2010, de 3 de junio, que modifica la Ley 21/2000, de Derechos de Información concierne a la Salud y Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica. La norma establece los documentos de la historia clínica que deberán conservarse durante quince años, permitiéndose la destrucción del resto al cabo de cinco años desde el fin de la asistencia. Además, se regula, entre otros, el proceso de digitalización de las historias. (Ley, *Boletín Oficial del Estado*, de 28 de junio).