



Javier Moreno, abogado de Zurich España.

RESPONSABILIDAD FALLO EN MÉRIDA

El especialista valora mejor si una operación era o no apropiada, dice un juzgado

Redacción

Una sentencia del Juzgado Contencioso-administrativo número 2 de Mérida ha declarado que es más apropiado contar con el informe de un especialista para determinar si era o no adecuada la decisión de practicar una determinada técnica quirúrgica en un caso complejo.

El fallo absuelve al Servicio Extremeño de Salud y a su compañía aseguradora, Zurich España, de la demanda presentada por una paciente tras el fracaso de una laparotomía para resolver una endometriosis. Al contraponer los dos informes periciales, el de la parte demandante y el presentado por la Administración, el titular del juzgado aclara que "no puede dejar de valorar la cuestión de la formación y aptitud del profesional autor del informe".

En efecto, la sentencia sostiene que para poder concretar la corrección del diagnóstico y del tratamiento desde un punto de vista jurídico, tratándose de una patología compleja y de una intervención de

gran complicación es necesario que el informe técnico esté realizado por un profesional con formación específica en este campo".

Supuesto no analizado

La resolución, que admite los alegatos de Javier Moreno, letrado de Zurich España, afirma que no se puede decir que la intervención fuera un "absoluto fracaso", ya que se ha acreditado que a la paciente se le extirpó la trompa, un ovario y fragmentos del otro. Tampoco respalda la necesidad de que se hubiese realizado una intervención quirúrgica más radical de la practicada. El juzgado de Mérida dice que esta posibilidad estaba indicada en el documento de consentimiento y avalada por la bibliografía médica. Sin embargo, en la demanda nada se dice sobre este extremo, y el informe pericial "apunta teóricamente a la posibilidad y conveniencia de una cirugía más radical, pero no hace valoraciones sobre el caso concreto". Además, nada sobre este asunto analizan los peritos.

**Criterios de ponderación**

Aplicar las reglas de la sana crítica tras el análisis de los informes periciales es tarea de los jueces para dirimir la responsabilidad (ver DM del 22-VI-2010).

SEDACIÓN PALIATIVA Y EN LA ACONÍA (IV)

TRIBUNA LA DIGNIDAD ES UNA CUALIDAD INTRÍNSECA AL SER HUMANO HASTA LA MISMA MUERTE

Dosis, sobredosis y diferencias cruciales frente a la eutanasia

→ La autora afirma que una buena atención médica y psicológica al final de la vida repercute en el enfermo y en la sociedad. Sedación y eutanasia tienen aspectos importantes que las diferencian. La eutanasia busca aliviar el sufrimiento con la muerte del paciente utilizando dosis letales.



YOLANDA VILCHES

Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario La Paz, de Madrid

La evaluación de un síntoma refractario depende de los conocimientos y experiencia del equipo asistencial, de los recursos disponibles y de la situación clínica y cognitiva del paciente

Entre sedación y eutanasia puede haber algunas semejanzas, pero hay muchos más aspectos de enorme importancia que las hacen diferentes. La eutanasia alivia el sufrimiento acabando con la vida del paciente

Gracias a los avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer se ha conseguido un aumento de la supervivencia. Sin embargo, cerca de un 50 por ciento de los pacientes fallecen a consecuencia de su enfermedad. Cuando progresa la enfermedad el paciente presenta múltiples síntomas, muy intensos y cambiantes que si no reciben la valoración y el tratamiento adecuados producen en el enfermo y en la familia un sufrimiento intolerable. Garantizar una buena atención médica, psicológica y social al paciente y su familia en la fase final de la vida repercute en el bienestar no sólo del enfermo sino también de la sociedad.

A pesar del avance de las distintas medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio de síntomas en la fase terminal en ocasiones hay síntomas muy intensos, intolerables y devastadores para el paciente que no responden al tratamiento paliativo habitual. Podemos definir a estos síntomas como refractarios. Si no se encuentra un tratamiento adecuado en un plazo razonable de tiempo puede plantearse la disminución de la conciencia del paciente como única manera de aliviar el sufrimiento.

Para que ante un síntoma refractario planteemos la sedación como única alternativa tienen que darse una serie de condiciones como que el síntoma sea intolerable y provoque un intenso sufrimiento al paciente, que hayamos agotado todas las posibilidades terapéuticas y que el plazo de tiempo para buscar un tratamiento adecuado sea razonable. La evaluación de un síntoma refractario depende de los conocimientos y experiencia del equipo asistencial, de los recursos disponibles y de la situación clínica y cognitiva del paciente. Cuando éste no puede comunicarse es el juicio de los cuidadores y/o familiares el que puede ayudar a determinar el carácter intolerable del sufrimiento.

Un síntoma difícil es aquél que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico. Sin embargo, no debe plantearse la sedación como una opción terapéutica habitual en el manejo de síntomas que son de difícil control, como puede ser el dolor neuropático, pero no refractarios.

Indicaciones de sedación

Los síntomas que llevan a la indicación de sedación varían según distintos estudios y son delirium irreversible refractario (44 por ciento), disnea refractaria (35 por ciento), deterioro general en situación de últimos días (20 por ciento), dolor refractario (19 por ciento) y sufrimiento psicológico (19 por ciento). Otras causas menos frecuentes de sedación son hemorragia (7 por ciento) y vómitos secundarios a obstrucción intestinal irreversible (6 por ciento).

En los trabajos más recientes se ve una disminución en la incidencia de dolor como causa de sedación gracias al avance en su tratamiento. El reconocimiento del sufrimiento psicológico como causa de sedación terminal es

bastante reciente. Puede ser éticamente permisible en casos excepcionales, siempre que sea proporcional al intenso sufrimiento del paciente, que estemos seguros de haber agotado todas las opciones de alivio, que la expectativa de vida sea muy corta y que contemos con el consentimiento claramente explicitado por un paciente autónomo y competente.

Los fármacos más utilizados de forma aislada o en combinación para la sedación son midazolam, haloperidol y levomepromacina. El midazolam es el fármaco de elección, ya que tiene un rápido inicio de acción, vida media corta, existencia de antídoto, posibilidad de combinar con otros fármacos utilizados en la fase de agonía y posibilidad de administración subcutánea. El haloperidol tiene acción antipsicótica y es de elección en el tratamiento del delirium. Es un fármaco seguro con amplia ventana terapéutica. Sin embargo, dado que no tiene acción sedante, cuando se pretende sedación por delirium se puede utilizar levomepromacina subcutánea. Aunque la morfina aparece en la bibliografía como uno de los fármacos más usados para la sedación, no debe utilizarse como fármaco sedante. La utilización de morfina a dosis altas como fármaco exclusivo para la sedación constituye una mala praxis médica, ya que disponemos de fármacos con mejor perfil sedante. Otros fármacos empleados son los anestésicos (fenobarbital y propofol). Se utilizan en aquellas situaciones excepcionales en las que el paciente es refractario al midazolam y levomepromacina.

Diferencias con la eutanasia

Uno de los puntos cruciales en el debate ético sobre sedación es la diferenciación con la eutanasia. Podemos definir la eutanasia como la conducta, por acción u omisión, intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, con una enfermedad grave e irreversible por razones compasivas, en un contexto médico y a petición del enfermo. Entre sedación y eutanasia puede haber algunas semejanzas (su aplicación en pacientes con enfermedades irreversibles, la necesidad del consentimiento del paciente y el alivio del sufrimiento como objetivo común), pero hay muchos más aspectos, de enorme importancia, que las hacen diferentes. La eutanasia alivia el sufrimiento acabando con la vida del paciente, utiliza dosis letales de fármacos y es irreversible.

La dignidad es una cualidad intrínseca del ser humano que se mantiene hasta el momento mismo de la muerte. El concepto de muerte digna puede variar de unas personas a otras. Algunas desearán para su muerte la posibilidad de mantener la conciencia hasta el final y otras en cambio preferirán morir "dormidos" para evitar el sufrimiento. Lo que está claro es que lo que nuestros pacientes nos piden es recibir el mejor tratamiento posible para su enfermedad, proporcionado a su fase y acompañado de las mayores dosis posibles de comprensión y afecto, y esto, desde luego, incluye la posibilidad de utilizar la sedación al final de la vida como una forma de alivio del sufrimiento refractario.