

Artículos Breves. Mes de Junio 2010

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

Índice:

- 1. No todo vale en el diagnóstico genético**
- 2. Los hospitales están asumiendo la educación en salud de la ciudadanía**
- 3. Expertos en bioética proponen un código ante la discapacidad intelectual grave**
- 4. "Las injusticias que genera la sociedad no debe resolverlas la biotecnología". Michael Sandel.**
- 5. Aceptar la muerte se traduce en mejores resultados en terminales**
- 6. No hay medicamentos para la desesperación emocional**
- 7. Craig Venter casi "fabrica" un ser vivo**
- 8. Bioéticos españoles coinciden en que el riesgo del trabajo de Venter está en la seguridad por la liberación de posibles bacterias creadas sintéticamente**
- 9. "La frialdad del proceso judicial no sabe de la inmediatez de ciertos actos médicos"**
- 10. Cuándo la sedación paliativa es una buena práctica**
- 11. Que el médico decida si la menor puede abortar es una responsabilidad añadida.**

1.- No todo vale en el diagnóstico genético

CONCLUSIÓN DE LA JORNADA NACIONAL DE COMITÉS DE ÉTICA

Diario Médico. Carmen Fernández. Barcelona - Martes, 4 de Mayo de 2010.

Las técnicas de diagnóstico genético hacen ya posible muchas cosas, pero no todas son válidas desde el punto de vista de la bioética, según se ha vuelto a poner de relieve en la IV Jornada Nacional de Comités de Ética Asistencial, organizada por el comité del Hospital Materno-infantil de San Juan de Dios en Barcelona.

* Expertos coinciden en rechazar que, por ejemplo, se someta a pruebas de diagnóstico genético a un niño de 3 años con corea de Huntington

En la reunión se ha discutido el siguiente caso: los padres y el pediatra de un niño de tres años con antecedentes familiares de corea de Huntington quieren que se le haga un diagnóstico genético para saber su riesgo de padecerla, aunque aún no hay una terapia efectiva para prevenirla o curarla. Hay que recordar que este mal se debe a la mutación del gen que codifica una proteína llamada huntingtina, lo que produce una forma alterada de esa proteína que conlleva la muerte de neuronas en algunas áreas del cerebro. La mayoría de los afectados mueren debido a problemas de salud derivados de la debilidad corporal que produce la enfermedad, sobre todo por atragantamiento, infecciones (como neumonía) y fallo cardíaco.

Aunque la angustia de los padres portadores o afectados es comprensible, expertos asistentes a la jornada han coincidido en desaconsejar el diagnóstico: "Es mejor esperar a que el niño sea maduro y entonces sea él quien decida si lo quiere saber o no", ha dicho Nuria Terribas, jurista y directora del Instituto Borja de Bioética.

* La comisión nacional que revisa y autoriza solicitudes de 'bebés medicamento' debería actuar de manera muy cuidadosa atendiendo no sólo enfermedades

Lo ideal en este caso, y en otros muchos similares que se están presentando en la actualidad, sería "facilitar a los padres consejo genético, dentro de unidades específicas -de las que hay aún muy pocas en España-, para que tomen decisiones adecuadas y proporcionadas, en lugar de dejar que lleguen a conclusiones precipitadas buscando información por internet", ha explicado.

Público/privado

Se está viendo que el sector sanitario público tiende a la reflexión y la ponderación en estos asuntos, y el privado, a atender todas las peticiones sin sopesar consecuencias, ha confirmado la eticista. Y lamentablemente no se están haciendo estudios sobre cómo los resultados del diagnóstico genético en patologías graves sin prevención ni curación condicionan la vida posterior de niños y familias.

En este mismo debate se ha abordado también el problema de los bebés medicamento, nacidos de técnicas de fecundación en vitro y selección embrionaria para que sean donantes de células, tejidos u órganos para tratar a hermanos con enfermedades graves ya nacidos. La legislación española actual lo permite pero deja el estudio y autorización de cada caso individual en manos de una comisión nacional. Terribas ha informado sobre este particular que se entiende la petición de los padres pero que antes habría que agotar las alternativas (donantes no emparentados) porque las técnicas para lograr esos casos son muy costosas, no son eficaces al cien por cien y, además, presentan múltiples problemas éticos, comenzando por la procreación de seres humanos con la finalidad de que sean donantes involuntarios. "Hay casos justificados pero otros no, y la comisión nacional tendría que analizar muy en detalle no sólo las enfermedades sino también los condicionantes técnicos y sociales", ha apuntado Terribas. Para lograr un bebé sano compatible con su hermano enfermo hay que obtener muchos óvulos de la madre, fecundarlos en laboratorio, analizar uno por uno y seleccionar al no portador y compatible (los desechados son congelados) y lograr el éxito implantacional y obstétrico.

2.- Los hospitales están asumiendo la educación en salud de la ciudadanía

Redacción - Miércoles, 5 de Mayo de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Un estudio de la Unión Catalana de Hospitales (UCH) titulado Cómo las entidades de la Red de Utilización Pública de Cataluña (XHUP) se aproximan al ciudadano a través de la comunicación revela que la tendencia de los centros de agudos es a educar en salud desde la corresponsabilidad, además de informar sobre sí mismos y aspectos asistenciales.

En general, las finalidades comunes de la comunicación externa de hospitales son: promover la imagen de centro amable o amigo; fomentar la corresponsabilidad del paciente en la salud; educar en salud (promoción, prevención y hábitos saludables), y concienciar de que reclamar es una oportunidad para mejorar. También persiguen mayoritariamente potenciar servicios de intermediación cada vez más pluridisciplinarios para acercarse a determinados pacientes o ciudadanos (intérpretes, asistentes sociales), profesionalizar la relación con las asociaciones de enfermos, situar a los profesionales expertos como referentes informativos y profesionalizar la actuación del voluntariado.

El mismo estudio apunta como tendencias de futuro la apertura de oficinas de entidades (para acoger asociaciones de enfermos) y de escuelas de pacientes y familiares, y la realización cada vez más frecuente de encuestas para mejorar la atención al usuario.

También se ha confirmado que la inversión en publicidad (más de un 60 por ciento de los centros participa en campañas publicitarias en medios de comunicación locales), esponsorización, patrocinio y mecenazgo va a la baja, y que se está imponiendo la colaboración en especie (cesión de espacio, profesionales o materiales) y las web unidireccionales (sólo información).

La responsabilidad de la comunicación en los hospitales se encuentra, según el estudio, bajo el criterio profesional de un licenciado en este ámbito que conoce los medios de comunicación y se ha especializado en comunicación empresarial e institucional.

Manual de crisis

En cuanto a cómo se enfrentan los hospitales a situaciones de crisis y cómo las comunican a la ciudadanía, el estudio indica que la mitad de los centros dispone de manual de crisis a escala de comunicación y que el hecho de disponer de un departamento de comunicación más o menos desarrollado no está directamente relacionado con el hecho de disponer de esa herramienta de trabajo. Todos tienen protocolos de crisis ante situaciones de emergencia y acuerdos con otras entidades no sanitarias como las fuerzas de seguridad.

METODOLOGÍA

El estudio Cómo las entidades de la XHUP se aproximan al ciudadano a través de la comunicación ha sido elaborado por el Consejo Técnico Asesor en

Comunicación y Responsabilidad Social Corporativa de la patronal UCH. El trabajo se basa en una encuesta contestada por 20 responsables de comunicación de centros y en entrevistas en profundidad con los máximos responsables de las entidades y directores de comunicación de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, Hospital de Sant Celoni, Fundación Espiritu Santo de Santa Coloma de Gramenet, Parque Sanitario San Juan de Dios de Sant Boi, Hospital materno-infantil de San Juan de Dios, Hospital de San Pablo de Barcelona y Mutua de Tarrasa.

3.- Expertos en bioética proponen un código ante la discapacidad intelectual grave

LOS PROBLEMAS MÁS COMUNES SON LA PRIVACIDAD Y LA INTIMIDAD

DM. C.F. Barcelona - Viernes, 7 de Mayo de 2010

Expertos en bioética y profesionales de servicios vinculados recogen en el último informe de la colección Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols y Lucas varias propuestas para la elaboración de un código de buenas prácticas en la atención a las personas con discapacidad intelectual grave.

Según recogen en el trabajo, son múltiples los problemas éticos a los que se enfrentan los profesionales responsables de la atención a este tipo de pacientes y requieren el apoyo de guías específicas y de comités de ética asistencial como los que se están extendiendo por los hospitales de agudos.

Los problemas éticos a los que los profesionales se enfrentan más a menudo tienen que ver con la privacidad y la intimidad de esas personas (los autistas, por ejemplo, prefieren aislamiento aunque eso les supone una pérdida de posibilidad de interacción potencialmente positiva); autodeterminación (los afectados expresan muy poco pero para promover su elección se les debe ofrecer opciones y saber interpretar sus deseos a través de gestos, parpadeo o vocalización); personalización (la atención en centros con muchas personas con discapacidad intelectual grave tiende a despersonalizarse); normalización (¿los niños con discapacidades intelectuales con grave plurideficiencia tienen que ser atendidos dentro del marco de la enseñanza normalizada o la educación especial o necesitan centros de atención de día específicos y diferenciados?), y sobre las familias (los afectados tienen generalmente una situación jurídica de incapacidad total o permanente y eso genera en ocasiones dudas éticas alrededor de la participación de la familia, como representante de los intereses de la persona discapacitada).

Los autores también destacan aspectos de asistencia sanitaria y aseguran: "Habría que incluir la formación específica en discapacidad intelectual en el curriculum médico ya que actualmente, en general y por la experiencia, la atención que reciben estas personas no es la misma que recibimos la mayoría de nosotros. Nos toca también como profesionales exigir y asegurar la asistencia sanitaria de calidad para nuestros usuarios". E incluso van más allá: "En nuestros servicios y entidades hay a menudo una falta de conocimiento por parte de los profesionales, transversalmente hablando, de cuáles son los valores y la misión de la organización de la que forman parte".

4.- "Las injusticias que genera la sociedad no debe resolverlas la biotecnología". Michael Sandel.

DM. Enrique Mezquita. Valencia - Viernes, 7 de Mayo de 2010

En pleno debate sobre el uso de la ingeniería genética como herramienta para que los padres seleccionen los rasgos de sus hijos, para Michael J. Sandel, filósofo y profesor de la Universidad de Harvard, existen objeciones basadas no tanto en la autonomía del hijo, como en la actitud de los progenitores y su afán por controlar el destino de su descendencia.

Cambiar la naturaleza de nuestros hijos para que tengan un mayor éxito en una sociedad competitiva puede parecer un ejercicio de libertad, pero es lo contrario", ha señalado Sandel en el marco del II Observatorio de Ciudadanía y Estudios Culturales: Bioética y justicia, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) de Valencia.

El filósofo, cuya último trabajo editorial se titula Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética, se ha mostrado partidario de potenciar lo que William E. May llamó "apertura a lo recibido", es decir, una predisposición aceptar el destino tal y como se presenta y que Sandel considera una virtud, no sólo en el terreno de la procreación, sino en todos los ámbitos de la vida.

Ventajas de los guapos

Desde esta perspectiva, la ingeniería genética representaría el triunfo del impulso del hombre por dominar sobre el resto. Según Sandel, en una sociedad que da ventajas a los "más guapos e inteligentes", las injusticias que se generan no deben resolverse mediante la biotecnología, sino "reorganizando las instituciones sociales y el sistema de gratificaciones para que las distintas fuerzas que las personas aportamos a la sociedad no lleven a una desigualdad tan severa". Por otro lado, ha recordado el vínculo moral que el filósofo alemán Jürgen Habermas establece entre los usos modernos de la ingeniería genética y la eugenesia de la Alemania nazi.

5.- Aceptar la muerte se traduce en mejores resultados en terminales MÁS ALLÁ DEL DOLOR FÍSICO, LOS PACIENTES EXPERIMENTAN SUFRIMIENTO EXISTENCIAL

DM. María R. Lagoa. La Coruña - Lunes, 10 de Mayo de 2010

William S. Breitbart lleva más de 25 años trabajando con enfermos terminales y ha visto que no sólo sufren dolor físico: el existencial es el que más condiciona su estado general. El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar al paciente a mejorar todos estos aspectos para que acepte la muerte y la interiorice, lo que repercute en su estado físico.

La aceptación pacífica de la muerte da lugar a mejores resultados clínicos en los enfermos terminales. Es el mensaje a todos los profesionales que trabajan en cuidados paliativos de William S. Breitbart, pionero y posiblemente el principal experto mundial en los aspectos psiquiátricos del final de la vida. Más allá del dolor físico, no tiene dudas de que estos pacientes tienen un sufrimiento existencial que irremediablemente conduce a la desesperanza y que, por tanto, ha de ser objetivo principal del tratamiento que reciben.

William Breitbart ha viajado a La Coruña para participar en el octavo congreso nacional que ha celebrado la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal), donde ha dado una ilustrativa conferencia sobre lo que pasa por la mente de las personas con una enfermedad que las enfrenta a la muerte y sobre la estrategia más adecuada para ayudarlas en esa difícil travesía.

* "Los médicos tienen miedo de hablar de la muerte con sus pacientes, porque quieren protegerles, ya que temen que empeoren"

En una entrevista con Diario Médico no ha escatimado explicaciones para hacer entender la importancia que tienen las esferas psicológica, existencial y espiritual cuando el ser humano llega al final de su proyecto vital; tampoco de su repercusión en el estado físico de esos pacientes.

Sufrimiento existencial

Breitbart es el jefe de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de Nueva York, y lleva trabajando con personas que sufren cáncer en estado avanzado más de 25 años, un largo tiempo en el que ha visto cómo estos pacientes no sufren sólo por el dolor físico, ni siquiera por los síntomas mentales como la depresión, el delirium, la ansiedad y la fatiga, sino que el sufrimiento existencial por el carácter inexorable de la muerte y por la creencia de que su vida carece de sentido es fuente de una enorme desesperanza, que condiciona su estado general.

Por ello, aboga por que uno de los objetivos de los cuidados paliativos sea ayudar al paciente a mejorar estos aspectos, lo que implica ayudarle a aceptar la muerte, siempre sin forzarle, invitándole a dar ese paso.

* "Aceptar la vida que uno ha tenido es lo que más ayuda a aceptar la muerte; los que han llevado una vida plena, 'a priori' tienen más facilidades"

Este pionero ha destacado los estudios realizados en los últimos cinco años que han demostrado que la aceptación de la muerte deriva en mejores resultados clínicos: se reduce la depresión, la desesperanza, la ansiedad, mejora la calidad de vida y la calidad global cuando llega el momento de la muerte.

Otros beneficios, no baladíes, son que permite al paciente planificar de forma más sosegada los últimos días de su vida y arreglar los problemas pendientes, y que el duelo de la familia sea menos doloroso.

"Este hecho es irrefutable; ahora está claro", ha insistido Breitbart, quien ha recordado a sus colegas que, en medicina, "cuando sabemos que algo puede dar mejores resultados para el paciente, lo integramos a nuestra práctica".

Ahora, el reto es cómo ayudar a estos pacientes a aceptar su muerte de manera pacífica". Lo primero es vencer la reticencia de los médicos a abordar la muerte con sus pacientes: "Durante mi trabajo descubrí que los enfermos tienen miedo a la muerte, pero también que los médicos evitan hablar de ello a sus pacientes porque quieren protegerles, porque temen que, si lo hacen, empeoren en su estado de desesperación".

Sin embargo, Breitbart está seguro de que tomar conciencia de la muerte ayuda al paciente a trabajar con sus sentimientos. "Lo más paradójico es que lo que más permite aceptar la muerte es aceptar la vida que uno ha tenido; la aceptación de la muerte está muy ligada a la vida que hemos llevado". Ésta es la clave, según el psiquiatra.

Vida plena

Los que han llevado una vida plena tienen, a priori, más facilidades, pero hay que hacérselo ver: "Incluso Einstein murió deseando haber aprendido más matemáticas". Cuando el paciente se siente insatisfecho con su vida, que tiene cuentas pendientes, "hay que intentar que se dé cuenta de que todavía dispone de tiempo y que lo puede utilizar de forma óptima para hacer algo que desea, para obtener la redención, el perdón de alguien; puede incluso hacer que ese tiempo sea el mejor de su vida".

Los resultados de esta estrategia mejoran el estado general del paciente, junto a las técnicas destinadas a paliar el dolor y demás problemas físicos que aparecen en los últimos momentos.

6.- No hay medicamentos para la desesperación emocional EL MIEDO ES UN COMPAÑERO INSEPARABLE EN EL TRAYECTO HASTA LLEGAR A LA MUERTE

DM. M. R. Lagoa. La Coruña - Lunes, 10 de Mayo de 2010

William Breitbart llegó a la conclusión de que la aceptación de la muerte debe ser un objetivo en los cuidados paliativos tras recorrer un largo camino. De hecho, sus comienzos se concentraron en los síntomas mentales físicos (depresión, delirium, ansiedad, etc.) y en los medicamentos para paliarlos, pero no fue suficiente: "No tenía medicamentos para tratar la desesperación emocional".

Desarrolló, por tanto, una intervención psicoterapéutica breve para pacientes de cáncer terminal (Meaning centered psychotherapy). Se vio entonces inmerso en un mundo de filosofía existencial para el que no estaba preparado: "Tuve que formarme en este ámbito".

Aprendió que las preocupaciones existenciales son, en realidad, bastante básicas: "Una es que nuestra vida pueda carecer de sentido y otra que la muerte es inevitable". También que el miedo es un compañero inseparable en este trayecto. Pero surgen otras emociones igual de importantes.

Rotura de vínculos

La tristeza aparece porque con la muerte se rompen los vínculos más queridos con las personas de nuestra familia y nuestro entorno. Y nace la culpa por no haber aprovechado la vida en su máximo potencial, lo que deriva en rabia. Son preocupaciones existenciales que abocan al enfermo terminal a ese sufrimiento que debe tener cabida en los cuidados paliativos.

William Breitbart ha recordado la historia: que las primeras unidades de paliativos nacieron dentro de las comunidades religiosas para dar apoyo espiritual a los enfermos en los últimos días de su vida. En su opinión, es obligado recuperar una filosofía "que nos enseñe a morir con valentía y dignidad". Las primeras unidades de paliativos nacieron en comunidades religiosas.

7.- Craig Venter casi “fabrica” un ser vivo

Aceprensa, 26/05/10

Dos años después de sintetizar por primera vez el genoma de una bacteria, el J. Craig Venter Institute ha conseguido lo mismo con otra, pero más compleja y de ADN mucho mayor. Además, ha comprobado que el cromosoma sintético, una vez insertado en lugar del original en una célula natural, gobierna efectivamente la vida de la célula.

El propio Venter ha calificado el logro como “un paso importante, tanto científica como filosóficamente”. “Ha cambiado mis ideas sobre qué es la vida y cómo funciona”. Llama al nuevo producto una “célula sintética”, y la describe así: “La primera especie autorreplicante del planeta cuyo progenitor es una computadora”. Se refiere a que el cromosoma bacteriano fue analizado y luego sintetizado mediante instrumentos informáticos.

La mayoría de los demás científicos creen que en realidad no ha llegado tan lejos. Su éxito, no pequeño, ha sido sintetizar una cadena muy larga –aunque mucho más corta que las de organismos superiores– de ADN. La vez anterior ensambló 580.000 pares de bases nitrogenadas para formar el genoma de la bacteria *Mycoplasma genitalium*, el ser vivo (no se incluyen los virus) con menos genes que se conoce. Esta vez ha replicado el genoma de *Mycoplasma mycoides*, juntando algo más del doble de bases, 1.077.947. (La bacteria natural tiene 1,2 millones, pero el equipo de Venter, como en el caso anterior, primero identificó los segmentos redundantes o sin función para dejar solo los imprescindibles.)

En opinión de David Baltimore, genetista del California Institute of Technology, Venter “ha exagerado un poco la importancia del ensayo”. Ha conseguido, dice, “una hazaña técnica”, pero no un gran progreso científico. “No ha creado vida, solamente la ha imitado”.

El objetivo de las investigaciones de Venter es obtener microorganismos sintéticos que sirvan para producir productos como vacunas o biocombustibles. La meta está aún a varios años de distancia, y mientras tanto otros han adelantado más en la fabricación de biocombustibles con bacterias naturales genéticamente modificadas.

El proyecto para sintetizar el genoma de la *Mycoplasma mycoides* ha costado 40 millones de dólares, en su mayor parte puestos por Synthetic Genomics, empresa fundada por Venter. Los resultados del trabajo se han publicado en Science.

Aunque de momento Venter no haya llegado a fabricar un ser vivo, su programa de “biología sintética” apunta a eso. Las implicaciones filosóficas y bioéticas de este empeño fueron examinadas por Margaret Somerville, directora del Centro de Medicina, Ética y Derecho de la Universidad McGill (Canadá).

8.- Bioéticos españoles coinciden en que el riesgo del trabajo de Venter está en la seguridad por la liberación de posibles bacterias creadas sintéticamente

El País, EMILIO DE BENITO - Madrid - 22/05/2010.

Científicos y bioéticos españoles consultados por este periódico coinciden en dos aspectos. El primero, un cierto escepticismo ante el anuncio de Craig Venter: "No es una bacteria nueva", resume el presidente de la Sociedad Internacional de Bioética (Sibi), Marcelo Palacios, en línea con otros, como el profesor del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) Pere Puigdomènech y el responsable de Bioética y Salud del Consejo de Europa, Carlos de Sola. Gráficamente, Palacios indica que lo que ha hecho el científico estadounidense es "copiar" un ADN, "montar un puzle que tiene mucho mérito", pero apunta a que el resto de la bacteria (la membrana y los orgánulos del citoplasma) ya existía. Es el mismo reparo que pone al trabajo Javier Novo, de la Universidad de Navarra.

Pero, hecha esta salvedad, los expertos consultados creen que la primera preocupación tras el trabajo debe ser la seguridad. Puigdomènech remite a un informe del Grupo Europeo de Bioética, que ya en noviembre señaló que ante el previsible anuncio de Venter -de hecho se entrevistaron con él- se determine "cómo colmar las posibles lagunas" en la legislación para controlar la posible liberación de estos organismos, o de otros más complejos con genes incorporados, en el medio ambiente. "La demanda de que se revise [la legislación] tiene razón de ser", afirma De Sola, aunque, de momento, no ve peligro "porque es un trabajo en laboratorio". En la misma línea, un paso más allá, está el temor a que se puedan fabricar microorganismos que se usen con fines bélicos.

Puigdomènech y Palacios establecen un paralelismo que sirve como prevención básica ante un futuro en el que Venter -o quien sea- no se limite a copiar el genoma de una bacteria, sino que lo modifique introduciendo nuevos genes. Eso ya se hace en la práctica por otros métodos (hay bacterias recombinantes que producen penicilina o insulina, apunta Palacios), y hay toda una regulación, la que tiene que ver con los organismos transgénicos, que ya está en vigor.

Una vez establecido el principio de que no es una bacteria nueva y la importancia de la seguridad en su manejo, Palacios indica otras dos ideas. La primera: ¿A quién va a ser útil? "A Craig Venter y a su equipo en primer lugar", se responde. Y señala que, sobre todo al principio -a nadie se le escapa que lo que quiere el investigador es patentar su trabajo-, habrá "una discriminación" entre quienes puedan beneficiarse de estas técnicas (mejores fármacos o bacterias capaces de limpiar el suelo de metales pesados, por ejemplo) y quienes no.

"Cuando nos reunimos con él, Venter nos dijo que tiene identificados 50 millones de genes recogidos de microorganismos de todo el mundo, y su intención es combinarlos", apunta Puigdomènech. Y, aunque el tema de la

propiedad industrial del material genético es complicado -recientemente, EE UU revocó las patentes de un laboratorio sobre los genes BRCA implicados en el cáncer de mama-, "nada debe impedir que los beneficios lleguen a todo el mundo", señala el profesor del CSIC. También De Sola duda que sea ético patentar un gen que ya existe.

Por último, Palacios establece un cuarto nivel: la necesidad de que se elabore una regulación universal para el uso responsable de la biotecnología, similar a los derechos humanos.

9.- "La frialdad del proceso judicial no sabe de la inmediatez de ciertos actos médicos"

ENCUENTRO ENTRE JUECES Y MÉDICOS EN EL NIÑO JESÚS

DM. S. Valle - Lunes, 24 de Mayo de 2010

Los jueces Martina Mora, del juzgado de Primera Instancia de Manacor (Mallorca), Francisca Martín, de Primera Instancia de Getafe (Madrid), Carlos Lledó, de lo Penal de la Audiencia Provincial de Sevilla, y Julio Gallego, de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, compartieron una jornada con los médicos del Hospital Universitario del Niño Jesús de Madrid, en una actividad que todos los años impulsa este centro para acercar a los jueces la realidad cotidiana de la actividad médica.

En la frialdad de un procedimiento judicial no siempre te das cuenta de la inmediatez con la que tienen que actuar los médicos", fue una de las reflexiones de Carlos Lledó, quien valoró esta experiencia como muy positiva. Su colega Francisca Martín mostró su sorpresa al reconocer "la obsesión que tienen los médicos con el tema de la responsabilidad, de manera injustificada. En mi juzgado me he encontrado con pocas demandas a médicos". Sin embargo, Julio Gallego, magistrado de lo Contencioso-administrativo, aclaró que en los tribunales de su jurisdicción sí que ha habido un aumento de las reclamaciones por responsabilidad sanitaria, "en las que piden indemnizaciones a la Administración".

Los magistrados coincidieron en señalar que las demandas contra médicos raramente prosperan. "Entre el 98 y el 99 por ciento de las querellas penales contra facultativos se terminan archivando", apuntó Carlos Lledó. Por su parte, Martina Mora señaló la necesidad de que los médicos conozcan mejor los mecanismos de la justicia y colaboren de manera positiva, sin ningún temor. La magistrada de Manacor reconoció haberse sorprendido con las dudas de algunos médicos sobre su responsabilidad en la custodia de menores en casos, por ejemplo, de visitas a niños de padres separados.

10.- Cuándo la sedación paliativa es una buena práctica

El País, 25 Mayo 2010.

A veces se presenta como sedación paliativa una aplicación de fármacos realizada solo con el fin de acelerar la muerte. En un artículo publicado en la web de El País (24-05-10), Javier Rocafort, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, explica qué criterios éticos hay que tener en cuenta para que la sedación paliativa sea una buena práctica médica.

Para evitar equívocos, comienza definiendo dos conceptos fundamentales. En primer lugar, el síntoma refractario sufrido por el paciente, que es “aquel que no puede ser controlado por los tratamientos disponibles” y cuyo alivio “requiere la disminución de la conciencia para que no sienta el síntoma”.

“La sedación paliativa: es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. (...) Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía.”

La indicación de sedación paliativa la establece el médico y, “en sí misma, es un recurso terapéutico que, bien aplicado, es éticamente correcto. Son las circunstancias en las que se aplica y el fin que busca lo que en determinados casos pueden convertirla en una técnica reprobable. La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden.”

Rocafort indica lo que debe comprobar el médico antes de aplicar la sedación paliativa:

- “Que existen síntomas y/o sufrimiento intensos y refractarios al tratamiento.
- “Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado, y éste ha quedado correctamente registrado en la historia clínica.
- “Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.
- “Que se puede realizar un adecuado seguimiento del paciente y su familia durante la sedación.”

La sedación no descarga a los profesionales del deber de la continuidad de los cuidados. En concreto, “no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del enfermo por el cuidado y el aseo de su cuerpo.”

11.- Que el médico decida si la menor puede abortar es una responsabilidad añadida.

Según Gómez Sancho, de la comisión deontológica del Colegio de Médicos

Marta Esteban - Miércoles, 26 de Mayo de 2010

El borrador de la norma que desarrolla la ley del aborto impone al médico la decisión de si una menor puede abortar sin permiso paterno, lo que, según la OMC, no deja de ser una "responsabilidad añadida".

El 5 de julio entrará en vigor la nueva ley del aborto y el Ministerio de Igualdad perfila los últimos flecos del borrador que desarrolla la norma y que está previsto que se debatan en el próximo Consejo Interterritorial. El texto que maneja el Ministerio de Bibiana Aído resuelve algunos de los puntos más criticados de la ley, y lo hace poniendo al médico de nuevo en el punto de mira.

En efecto, el borrador establece que si las menores de 16 y 17 años quieren abortar sin consentimiento de los padres deberán alegar que esa información puede provocar un "conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo". La apreciación sobre si esas razones están o no fundadas recae sobre "el médico encargado de practicar la interrupción del embarazo".

Respaldo profesional

Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), ha declarado que esta decisión "no deja de ser una responsabilidad añadida para el facultativo". Además, ha aclarado que ante el aborto existe la "objeción de conciencia de los médicos, que es un derecho innegociable". En caso de que tenga dudas, aconseja al médico que se entreviste con los trabajadores sociales y con los padres. En este punto, Trinidad Jiménez, ministra de Sanidad, ha asegurado que "los médicos podrán pedir ese asesoramiento a un psicólogo o un trabajador social".

El presidente de la Comisión de Deontología ha recordado que la ley del aborto "no era necesaria, pues bastaba con la modificación de la norma ya vigente para garantizar su cumplimiento". Además, ha insistido en la importancia de la información, que debe ser "más detenida y detallada en el caso de las menores de edad, que deberán conocer las consecuencias que su decisión podría tener en el futuro". Por último, Gómez Sancho ha hecho un llamamiento al Gobierno para que suministre las ayudas económicas necesarias para evitar aquellos abortos que se producen por problemas económicos de la mujer.