XXIV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA
San Sebastián 2017
18-20 Mayo
SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SEDACIÓN PALIATIVA

Reflexiones desde la frontera

M. Millet
OSI Bidasoa

Algunos aspectos a considerar…

El paciente…

Era mi dolor tan alto
que la puerta de la casa
de donde salí llorando
me llegaba a la cintura.

……

Era mi dolor tan alto
que miraba al otro mundo
por encima del ocaso.

(Manuel Altolaguirre).

ALIVIO para un **SUFRIMIENTO** insoportable.
Pérdida de la consciencia y cercanía de la muerte.

El médico…

Compasión

Es la capacidad de establecer un vínculo con un paciente que sufre y al que estamos dispuestos a acompañar, cuidar y aliviar.

Vómitos…

Dolor…

Disnea…

Síntoma difícil

vs

Síntoma refractario

Delirium…

Hemorragia…

¿Por qué tanta VARIABILIDAD en la práctica de la sedación?

"No dejo de sorprenderme al comprobar la disparidad en la frecuencia de sedación a domicilio entre unos equipos y otros y las diferencias en los síntomas que motivan la indicación…

¿Cómo puede ser que un equipo sede a más de la mitad de los pacientes y otro apenas a un 5%?"

Producto de la **SUBJETIVIDAD** de los profesionales.

La alternativa es **PROTOCOLIZAR** el procedimiento.

(MA Sancho Zamora. Sedación paliativa. Medicina Paliativa, 2013)

Requisitos para una BUENA PRACTICA en sedación paliativa

1. Identificar la situación de sufrimiento y el síntoma refractario
2. Indicar la sedación paliativa
3. Obtener el consentimiento informado del paciente
4. Hacer una correcta prescripción
5. Registrar el proceso en la historia clínica
6. Realizar un seguimiento y evaluación de la respuesta

(Guía de sedación paliativa. OMC - SECPAL, 2011)

El lugar…

¿Sedación en el hospital o en el domicilio?

No hay un sitio mejor que otro.

En el **DOMICILIO**:

- Vía subcutánea
- Midazolam y Levomepromazina
- Participación de los allegados en los cuidados
- Mayor privacidad e intimidad

El marco…

Respeto a la autonomía del paciente

Artículo 2. *Principios básicos.*

2.- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3.- El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4.- Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

6.- Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

(Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en: BOE 274 de 15 noviembre)

Atención médica al final de la vida

Artículo 36

1.- El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.

2.- El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3.- El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

4.- El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.

5.- La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

(Código de ética y deontología médica de la OMC, 2011)

¿Qué podemos decir al paciente y allegados?

La Ley no nos permite provocar la muerte del paciente pero, con su permiso, y si así lo desea, podemos disminuir su nivel de conciencia tanto como sea necesario para aliviar su sufrimiento.

La sedación paliativa **NO ES** eutanasia…

… porque no busca provocar la muerte

… porque no se utilizan fármacos en dosis letales

… porque el enfermo muere a consecuencia de su enfermedad y no del procedimiento de sedación ("principio del doble efecto")

¿Qué opina la gente de la calle?

[redacted]

[redacted]

Las conclusiones…

1. La sedación paliativa **no busca acortar la vida sino aliviar** a pacientes que sufren de una manera intolerable y a los que no podemos ayudar de un modo razonable.

2. Con una formación suficiente, la sedación paliativa es un procedimiento **al alcance de los médicos generalistas**; sin embargo, es aconsejable consultar o derivar los casos más complejos a los recursos especializados de cuidados paliativos.

3. En nuestra sociedad deberíamos ser capaces de **hablar libremente sobre la muerte**. Todos nos beneficiaríamos de ello.

Muchas gracias por su atención