

IV REUNIÓN DEL GRUPO DE DEMENCIAS DE LA S.A.G.G. BIOÉTICA Y BUENA PRAXIS EN DEMENCIAS



MÁLAGA 27 DE MAYO DE 2011

C. Asistencial S. Juan de Dios de Málaga.

Camino de Casabermeja n º 126

Estimados compañeros, esperamos que este encuentro pueda satisfacer las demandas surgidas desde vuestra actividad diaria. Este es el motivo por el que hemos escogido la Bioética como referente de estas jornadas que aunque más breves respecto a ocasiones anteriores esperamos sean igualmente provechosas y relevantes para todos.

La demencia plantea en la actualidad todo un reto asistencial al que debemos dar respuesta desde nuestra especialidad como un valor añadido de la misma. La fragilidad en la que se ve envuelta el paciente con demencia desde una perspectiva médica, psicológica y social hacen de la bioética una herramienta sumamente útil e imprescindible para la resolución adecuada de los diferentes dilemas asistenciales a los que nos enfrentamos en nuestra práctica diaria y ante los que de forma inequívoca tenemos que dar una respuesta todos quienes nos dedicamos a la atención de esta problemática.

Por último queremos recordaros que debe ser este un espacio y momento para buscar la colaboración y manifestar vuestras inquietudes en el ámbito que nos ocupa y colaborar entre todos en proyectos comunes.

Para terminar agradecer la colaboración desinteresada de todos los participantes en esta reunión, asistentes, ponentes y colaboradores; así como el esfuerzo realizado por los profesionales de laboratorios Esteve en Málaga por su contribución a este encuentro.

Un cordial saludo

Jesús Vargas Cruz

Coordinador del Grupo de Demencias de la SAGG



bioética y buena praxis en demencias

IV REUNIÓN DEL GRUPO DE DEMENCIAS DE LA SAGG

27/ 05/ 2011 MÁLAGA

17,30 H Recepción miembros del grupo

Propuestas de los miembros y discusión. Propuestas de nuevos cargos si procede.

18.00 H Recepción asistentes e inicio de la sesión

- *Límites clínicos en las demencias: Demencia Avanzada*
- *Restricciones físicas, criterios de calidad en su aplicación. Una visión bioética*
- *Dilemas éticos en las diferentes etapas de la EA*
- *Coloquio-debate*

B. Álvarez. Geriatra
H. R.U. Carlos Haya. Málaga

Belén Luque. Enfermera
C. Asist. S. J. de Dios.Málaga

Isabel Rodenas. Geriatra
H.S. Rafael. Granada

Herminio Maillo. Juez del J. 1ª
Instancia nº 11 de Málaga

21.00 H Despedida

ESTEVE



IV REUNIÓN DEL GRUPO DE DEMENCIAS DE LA S.A.G.G. BIOÉTICA Y BUENA PRAXIS EN DEMENCIAS



MÁLAGA 27 DE MAYO DE 2011

C. Asistencial S. Juan de Dios de Málaga.

Camino de Casabermeja n º 126

Conclusiones en forma de pregunta/ respuesta.
En letra *cursiva* están las aportaciones realizadas
por Herminio Maillo

P.- ¿ Tiene utilidad poner la vacuna antineumocócica a los pacientes con demencia avanzada?.

R.- Los tratamientos preventivos tienen poco sentido en las fases avanzadas de la enfermedad.
Sí lo tienen en otras fases de la demencia.

P. ¿Y su uso en colectividades, donde el paciente podría contagiar a otros pacientes o al personal del centro?

R.- Podría utilizarse en este caso, pero aún así, en los cuidados al final de la vida no se contemplan este tipo de tratamientos preventivos.

P.- ¿ Debemos acceder a la petición familiar de colocar contención física a un paciente?.

R.- Sí, si esta tiene una indicación médica bien definida. Los profesionales del equipo no debemos acceder a colocarla por el mero hecho de que lo solicite insistentemente la familia.

Entiendo que únicamente en los supuestos en que médicamente procede y se considera una actuación necesaria y justificada se puede adoptar una medida de contención física, todo ello, teniendo en cuenta que previamente debe de haberse autorizado el internamiento involuntario del paciente (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil)

P.- ¿Y si existe mucha presión familiar en forma de amenazas o denuncias?

R.- Habría que comunicarlo al juzgado y tomar las medidas oportunas. Se deben evitar las contenciones físicas por otros motivos que no busquen el beneficio del paciente, situaciones tales como la falta de personal en el centro o la presión familiar no son, en si mismas, motivos para indicar una contención física.

En modo alguno podemos ceder, si quiera sentirnos intimidados por las amenazas o denuncias de los familiares, es una decisión médica y terapéutica y corresponde al médico adoptarla libremente sin presión externa alguna.

P.- ¿Y si ocurriera alguna consecuencia por no poner la restricción física, por ejemplo una caída con fractura?.

R.- Lo que suele ocurrir en las decisiones judiciales es que si se tiene bien argumentado en la historia clínica la situación del paciente y los motivos razonados que llevan a la decisión de no colocar la sujeción, se considera como un argumento de peso a la hora de valorar la buena actuación de los profesionales que han actuado.

R.- También se puede ir preparando a la familia informándola y concienciándola de las posibles consecuencias negativas de su aplicación y de las posibles alternativas. Esta actitud suele ayudar a la hora de aceptar la decisión tomada por el equipo terapéutico .

De acuerdo con las anteriores respuestas, aunque el tema de las responsabilidades civiles de los centros es algo más complicado, podríamos simplificar diciendo que mientras se encuentre plenamente justificada la no adopción de una medida de contención, reflejada en la historia clínica, no se vulneran los deberes objetivos de cuidado que se pueden exigir. (en todo caso, el tema, por cierto muy interesante, requiere una mayor explicación).

P.- ¿Qué debe tener en cuenta el profesional, desde el punto de vista ético, antes de colocar una contención física?

R.- La clave está en que exista una indicación razonada por parte del equipo que atiende al paciente. Debiendo, en todo caso, tener una indicación médica reflejada y argumentada en la historia clínica. De igual forma se debe actuar ante la negativa a ponerla.

Jurídicamente es esencial que entienda que se trata de una medida restrictiva de la libertad, que requiere la previa autorización del ingreso involuntario o su comunicación dentro del plazo de las 24 horas que marca el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

P.- ¿Restricción física para colocar una vía venosa?

R.- Sí, si no hay otra opción para aplicar este tratamiento, como el uso de la vía oral o la vía subcutánea etc. No debe utilizarse la sujeción mecánica de manera sistemática, siendo importante utilizar el método de sujeción menos agresivo y adecuado para el fin que se desea obtener. Se debe procurar en todo momento minimizar los riesgos de su colocación. A su vez, el equipo terapéutico debe incluir en los cuidados del paciente la reevaluación periódica de la indicación, así como el estado de esta.

P.- ¿ Es una indicación de restricción física el cuadro confusional agudo?.

R.- Sí, si se aplica la restricción con carácter reversible y se reevalúa de manera periódica su retirada.

P.- ¿ Y al final de la vida se debe colocar una sonda nasogástrica o de gastrotomía?.

R.- Su uso en el estadio 7c GDS- FAST de la demencia, no está indicado ya que no mejora el pronóstico del paciente y además, en determinados ensayos clínicos, parece que su colocación aumenta el riesgo de mortalidad.

P ¿ Que opinan los ponentes sobre el uso generalizado de tests de diagnóstico precoz de la demencia?.

R.-Si hablamos desde los principios de la bioética, no parece muy acertado invertir con fondos públicos en el diagnóstico precoz generalizado, cuando no se invierte en otros recursos más necesarios para estos pacientes. Incluso parece que la fiabilidad de este recurso diagnóstico no está del todo clara.

R.- Quizás tenga sentido su uso en familiares de pacientes de E. de Alzheimer con antecedentes familiares múltiples.

P.- ¿Merece la pena emplear fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa en el Deterioro Cognitivo Leve(DCL)?.

R.- No existe evidencia científica suficiente para su utilización en enfermos con DCL.

P.- ¿Incapacitar o no incapacitar, tenemos los profesionales la obligación de comunicarlo?

R.- Debemos poner en conocimiento del juez aquellos casos en que pensamos que no se está actuando por parte de los familiares en beneficio del paciente y que el juez decida. Hoy en día los jueces pueden incapacitar a un sujeto para unas determinadas cuestiones y no incapacitarlo para otras.

*El artículo 757.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil dispone que “cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. **Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal**”. Si bien el precepto indicado, únicamente reconoce la facultad para realizar la comunicación con carácter general, si debemos tener en cuenta que a los funcionarios públicos se nos impone la obligación de comunicar tal situación al Ministerio Fiscal, circunstancia que debemos conocer y en su caso, cumplimentar en el ejercicio de nuestra profesión. Ciertamente, entiendo que dicha tarea no es nada fácil, pudiendo generar la sensación de que nos estamos inmiscuyendo en un ámbito estrictamente privado o familiar de las personas. Por ello, creo mas razonable limitar la obligación de comunicación a aquellos supuestos en los que o bien, apreciamos una evidente situación de desprotección o abandono del paciente, o surge un conflicto de intereses que incluso pudiera tener repercusión en la esfera médica del paciente. En dichos supuestos sí recomiendo que procedan a comunicar la situación que han apreciado al Ministerio Fiscal.*

P.- ¿Cuándo debemos los profesionales notificar un ingreso en una residencia como involuntario?

Cuando entendamos que el paciente no tiene capacidad para decidir libre, consciente o voluntariamente al respecto. En todo caso, dentro de las 24 horas siguientes.

P.- ¿ A quién notificarlo?

Al Juzgado de 1ª Instancia del lugar donde se encuentre la residencia.

P.- ¿ Cómo notificarlo?

Mediante cualquier medio de comunicación fehaciente, aunque en todo caso se debe remitir comunicación por escrito, acompañado de un informe médico.

P.- ¿ Todos los ingresos en residencia a través de la Ley de Dependencia se deben notificar?

No, únicamente los que se encuentren el caso anterior (falta de capacidad para decidir).

P.- ¿Aplicar una medida de restricción física equivaldría a involuntarizar y, por tanto a tener que notificarlo?

Sí.

P.- ¿ La obligación de informar periódicamente en los ingresos involuntarios (en las residencias) es del responsable o director de la residencia o del médico.

Yo entiendo que es del médico, aunque no existe inconveniente en que lo haga el director o responsable siempre que se acompañe un informe médico.

Han participado en esta reunión:

Martin pinilla, Jose Ignacio Bueno, Baldomero Alvarez, Alberto Salinas, Gregorio Sánchez, J Manuel Marin, Esperanza Naveros, Nicolas Maturana, Inmaculada García, Javier García Monlleo, Isabel Rodenas, Marivi Rodríguez, Felicísima García, Ana Sánchez, Vicente Rodríguez Cordero y Antonio Moreno GuerinBaños, Melquiades León, Belén Luque, J Vargas, Herminio Maillo.

