

RESPONSABILIDAD SENTENCIA DE UN JUZGADO DE COMPOSTELA

Condena por errar en la dosis del anticoagulante

→ Un juzgado contencioso ha condenado a la Administración por las secuelas sufridas por una paciente a la que se le administró de forma incorrecta la dosis de un fármaco anticoagulante.

■ M. Esteban

El Juzgado Contencioso-administrativo número 2 de Santiago de Compostela ha condenado a la Administración por las secuelas sufridas por una paciente a la que no se prescribió de forma correcta la dosis de un anticoagulante tras ser diagnosticada de una fractura de pertrocantérea de cadera.

Tanto la Administración como la parte demandante coinciden en la consecución de los hechos, pero difieren sobre la causa por la que se produjo el daño. En efecto, la paciente, que se había sometido a trata-

Si se hubiese prescrito una dosis de heparina mayor, la anticoagulación de la paciente hubiera sido adecuada, afirma la sentencia

mientos médicos que le exigían tomar anticoagulantes, ingresó en un hospital público por una fractura de cadera. Los facultativos acordaron la instauración de un tratamiento conservador, suspendiéndole la administración del anticoagulante por otro con la

misma finalidad, pero en menor dosis a la que habitualmente tomaba la enferma. Pese al cambio de medicación, no se realizó control de coagulación y la paciente ingresó a los pocos días en urgencias con una embolia en la arteria cerebral media izquierda que le ha ocasionado una hemiplejía derecha y una afasia motora.

Daño evitable

La sentencia, que acoge las argumentaciones de Alfonso Iglesias, abogado de la enferma, afirma que supresión del anticoagulante y la administración de una heparina de bajo peso molecular "provocó que la paciente no estuviese debidamente anticoagulada, lo que ocasionó el infarto cerebral". De hecho, según los peritos, el daño podía haberse evitado "de haberse prescrito a la enferma una dosis de heparina mayor, ya que con ella la anticoagulación sería adecuada".

Probada la relación causal entre la incorrecta actuación médica y el daño acaecido, la resolución judicial procede a fijar la cuantía indemnizatoria. El juzgado contencioso de Santiago de Compostela concede a la paciente una indemnización de 253.891 euros y a su hija otra de 30.000 euros por los daños antijurídicos sufridos.



Alfonso Iglesias, abogado de la paciente.

INTIMIDAD LA AGENCIA MADRILEÑA RESPONDE A UNA CONSULTA

No cabe acceder a datos de terceros que consten en la historia clínica

■ Redacción

La Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, que dirige Santiago Abascal, ha respondido en su página web a una pregunta sobre los límites del acceso a los datos de una historia clínica.

La entidad afirma que el conocimiento de la información contenida en la historia clínica por parte de un paciente no puede abarcar datos sobre terceras personas.

La resolución se apoya en la normativa de protec-



Santiago Abascal.

ción de datos, ya que el derecho de acceso establecido en el artículo 15 de la Ley Orgánica de Protec-

ción de Datos encuentra su límite en "el derecho a la protección de la intimidad de terceras personas".

Esta limitación también se prevé en la Ley de Autonomía del Paciente, que reconoce el derecho del paciente a disponer de los datos de su historia clínica, sin que pueda ejercitarse ese derecho "en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en interés terapéutico del enfermo ni de los derechos de los profesionales".

SEDACIÓN PALIATIVA Y EN LA AGONÍA (I)

TRIBUNA NUNCA DEBERÍA SER UNA PUERTA TRASERA A LA EUTANASIA

Qué es y por qué no puede ser 'a la carta'

→ El autor explica las diferencias entre la sedación paliativa y en la agonía. Aclara que no hay un derecho a la sedación a la carta, como pretenden algunas legislaciones, sino que es una decisión facultativa.



ÁLVARO GÁNDARA

Presidente de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos



Se tiene derecho a la sedación como se tiene derecho a ser operado de una apendicitis, siempre y cuando lo indique un médico con la formación y conocimientos que requiere la 'lex artis'



La sedación debe realizarse en un entorno favorable con toda la comodidad para el paciente y rodeado de su familia, nunca en una sala de urgencias o en una habitación de hospital compartida

En el debate actual en torno a la eutanasia, alimentado por algunos y rechazado por otros, existe una gran confusión con los términos utilizados. Uno de los más y peor empleados es el de la sedación paliativa; conviene explicar y aclarar qué es y qué no es, cuál es su ética y cuándo se debe aplicar. En Medicina Paliativa se entiende por sedación la administración de fármacos apropiados, a dosis adecuadas para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles, siempre con el fin de aliviar el sufrimiento; es muy importante que exista siempre la posibilidad de que la sedación sea reversible, y es imprescindible que exista siempre el consentimiento del paciente, implícito, explícito o delegado.

Conviene diferenciar la sedación paliativa con la sedación en la agonía (y no como muchos autores llaman, terminal). La primera es cualquier maniobra terapéutica realizada en el entorno de los cuidados paliativos. Se puede sedar a un paciente para realizar una cura de una úlcera tumoral especialmente dolorosa, o a un enfermo con insomnio muy rebelde por ansiedad extrema, o en el curso de un cuadro de delirium por claudicación cognitiva. En todos estos casos, y en muchos más, es frecuente que los paliativistas recurramos a la sedación intermitente y reversible, con el objeto principal de evitar sufrimientos a los pacientes, y siempre que no hayamos podido hacerlo con los medios terapéuticos habituales. En el caso de la sedación en la agonía, se recurre a ella cuando el paciente se encuentra en situación de últimos días y los síntomas que concurren son de tal intensidad y de imposible control con los medios habituales que, previo consentimiento, se recurre a la sedación, en este caso previsiblemente irreversible. El que sea en un entorno de últimos días no significa que se puedan usar dosis desproporcionadas; la sedación en la agonía, según se ha demostrado en la evidencia científica, no tiene por qué acortar la vida; el paciente muere por su patología.

Dos aspectos primordiales para que la sedación no se confunda con la eutanasia: que la intención sea la de evitar un síntoma

refractario que cause sufrimiento (por ello debe ser refractario y por supuesto, que exista dicho síntoma) y no la de producir la muerte, y que exista ese sufrimiento del paciente, físico, psicológico o existencial. No se concibe sedar a un paciente en coma o por un dolor no tratado.

Decisión facultativa

Conviene recordar que la sedación, al ser una maniobra terapéutica como cualquier otra, requiere una indicación del médico de cuidados paliativos (ya que hablamos de la sedación paliativa); nunca debe existir la sedación a la carta: se tiene el derecho a la sedación, como se tiene a ser operado de apendicitis, siempre y cuando lo indique un médico con la formación y conocimiento que requiere la correcta *lex artis* de dicha maniobra. La sedación paliativa nunca debería ser la puerta trasera de la eutanasia, ni tampoco una eutanasia *light*, como algunos interesados en la ceremonia de la confusión nos quieren hacer ver. En la eutanasia la intención es siempre acabar con la vida del enfermo.

Esto puede parecer una cuestión baladí, pero no olvidemos que recientemente se ha publicado una ley en una determinada autonomía, en la que se habla de que el paciente tendrá derecho a recibir la sedación siempre que lo precise, dejando abierta la duda de si es una elección del paciente o de su familia, sin que el médico pueda o deba indicarla. Es un ejercicio de autonomía poco entendible, ya que puede causar un conflicto ético en la relación clínica si se pretende que sean los pacientes quienes decidan cuándo y cómo se debe aplicar una maniobra terapéutica que, como cualquier otra, debe formar parte de la ciencia médica.

Y por último, la sedación paliativa se debe hacer en un entorno favorable, el propio domicilio o una unidad de cuidados paliativos, con toda la comodidad para el paciente y rodeado de la familia, en un ambiente tranquilo y con la garantía que esos momentos tan solemnes requieren; nunca en una sala de urgencias o en una habitación de un hospital compartida con otros pacientes y sin brindar la necesaria intimidad a los familiares.