

CARTAS AL DIRECTOR



Fig. 1. Imagen del miembro superior derecho a su llegada a quirófano a las 4 horas de realizarse punción radial para la obtención de una gasometría arterial.

planta, con una evolución favorable del hematoma, sin alteraciones sensitivas ni de motilidad del miembro afectado.

Trabajos revisados de Felkner¹ sobre 2.500 punciones arteriales y Okeson² sobre 6.185 punciones sobre arteria braquial describen las complicaciones por punción arterial únicamente como menores, al no requerir ninguna intervención agresiva ni alargar el ingreso. Trabajos previos como el de Mortensen³, cifran la tasa de complicaciones mayores en el 1,3% tras 1.466 punciones, no describiendo la etiología de estas complicaciones.

En este caso nos hallamos ante un paciente con antecedentes de IRC severa y toma crónica de AAS. Sabemos que la IRC contribuye al sangrado por factores que alteran la pared del vaso sanguíneo, factores relacionados con la función plaquetaria y factores hematológicos, ya que la anemia actúa, también, como un factor favorecedor del sangrado⁷. La administración de AAS actúa prolongando el tiempo de hemorragia por mecanismos independientes de su acción sobre la ciclooxigenasa⁸ favoreciendo la aparición de complicaciones ante cualquier intervención agresiva por mínima que nos parezca. El diagnóstico establecido por el servicio de hematología fue de trombopatía mixta a causa de la IRC y la toma de AAS, decidiéndose la instauración de tratamiento con DDAVP. El mecanismo por el que la DDAVP actúa sobre el sangrado en situaciones de uremia no es

conocido, corrigiendo el tiempo de hemorragia hasta en el 75% de los pacientes a los que se les administra. En esta línea, algunos estudios han demostrado que administrar ésta antes de un procedimiento invasivo, como la biopsia renal, puede prevenir el sangrado⁹. La corrección de la anemia y la administración de DDAVP en pacientes urémicos presentan un efecto aditivo sobre la corrección del tiempo de hemorragia, aumentando la eficacia de ambos tratamientos. Se administraron plaquetas, producto reservado para aquellos casos de uremia con cuadros de hemorragia no controlada, debiendo ser administradas en combinación con DDAVP, crioprecipitados o concentrados de hemafés¹⁰. Como técnica anestésica se optó por una anestesia general evitando el uso de técnicas regionales sobre el miembro afecto, que podrían fomentar el sangrado, preservando la vía aérea con una mascarilla laríngea ya que el paciente cumplía con los protocolos de ayuno, presumiéndose un proceso de corta duración.

**J. M. Marcos Vidal, P. M. Baticón Escudero,
E. Higuera Miguélez, J. Fiz Matías**

Servicio Anestesiología y Reanimación. Hospital de León.

BIBLIOGRAFÍA

1. Felkner D. A protocol for teaching and maintaining arterial puncture skills among respiratory therapist. *Respir Care*. 1973;18:700-5.
2. Okeson GC, Wulbrecht PH. The safety of brachial artery puncture for arterial blood sampling. *Chest*. 1998;114(3):748-51.
3. Mortensen JD. Clinical sequelae from arterial leadle puncture, cannulation, and incision. *Circulation*. 1967;35(6):1118-23.
4. Llácer Pérez M, González Jiménez JM, Jiménez Ruiz A. Seudoaneurisma de arteria radial post-cannulación. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2006;53(2):119-21.
5. Wallach SG. Cannulation injury of the radial artery: diagnosis and treatment algorithm. *Am J Crit Care*. 2004;13(4):315-9.
6. Molino D, De Lucia D, De Santo NG. Coagulation disorders in uremia. *Semin Nephrol*. 2006;26:46-51.
7. Escolar G, Diaz-Ricart M, Cases A. Uremic platelet dysfunction: past and present. *Curr Hematol Rep*. 2005;4(5):359-67.
8. Gaspari F, Vigano G, Orisio S, Bonati M, Livio M, Remuzzi G. Aspirin prolongs bleeding time in uremia by mechanism distinct from platelet cyclooxygenase inhibition. *J Clin Invest*. 1987;79(6):1788-97.
9. Mannucci PM, Remuzzi G, Pusineri F, Lombardi R, Valsecchi C, Mecca G, et al. Deamino-8 D arginine vasopressin shortens the bleeding time in uremia. *N Engl J Med*. 1983;308(1):8-12.
10. Eberst ME, Berkowitz LR. Hemostasis in renal disease: pathophysiology and management. *Am J Med*. 1994;96(2):168-79.

EL VALOR DEL CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS

Sr. Director: La revisión bibliográfica que se estaba realizando para la futura elaboración de otro trabajo, ha llevado a los autores a localizar una publicación en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación en 2006, en el que se abordaban los problemas éticos y legales que se plantean en la relación profesional con pacientes que son Testigos de Jehová¹.

El objetivo de esta aportación no es discutir los aspectos éticos que los autores exponen en un muy interesante y bien documentado artículo, sino llamar la atención sobre una

CARTAS AL DIRECTOR

parte del contenido del Anexo II, que puede llevar al desarrollo de conductas profesionales potencialmente delictivas. En dicho Anexo se presenta un algoritmo que hace referencia a la conducta que hay que seguir cuando aparece una hemorragia que precisa la realización de una transfusión, y expresamente se señala que, cuando se trate de un menor de edad, pero mayor de 16 años o emancipado, se debe respetar la voluntad del menor y no trasfudir.

Ese es el error conceptual que, como se verá seguidamente, puede llevar a la comisión de un delito –lesiones o muerte– por omisión de los debidos cuidados médicos.

Es cierto que la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica² dice textualmente:

“Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.”

Pero inmediatamente añade:

“4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.”

Es decir, marca determinados límites para ciertos actos sanitarios para los que el legislador ha determinado que se ha de alcanzar la mayoría de edad legalmente establecida en los 18 años.

Pero todavía queda un dato que aportar, quizá el de mayor peso, que justifica la necesidad de conocer bien cuál es el marco jurídico en el que se desenvuelven los profesionales de nuestro campo.

El soporte legislativo es simple y llanamente el Código Penal³, la norma que suele generar más intranquilidad en el ambiente médico. En su articulado puede leerse:

“Artículo 155.

En los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válida, libre, espontánea y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno o dos grados.

No será válido el consentimiento otorgado por un menor de edad o un incapaz”.

Cuando el Código punitivo habla de un menor de edad, no cabe ninguna interpretación: se trata de un menor de 18 años cumplidos y hay que añadir, de producirse las lesiones consentidas sobre un menor, la pena impuesta sería superior.

A mayor abundamiento, otro artículo del texto legal citado señala:

“Artículo 156.

No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o incapaz; en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales”.

Si lo expuesto se lleva a la práctica médica, se traduce en que un menor de 18 no tiene capacidad para decidir sobre su propio cuerpo y por lo tanto, si rechaza una transfusión (o cualquier otra medida terapéutica necesaria para salvaguardar su integridad corporal o su vida) se debe actuar, aun en contra de la voluntad del paciente.

“De lo dicho se desprende que no se acepta como válida la postura del menor contraria a someterse a un tratamiento médico –o el consentimiento para que se realice cualquier tipo de acto– si con ello se le produce un perjuicio para su integridad física o para su salud, de tal modo que el médico que no actúe con una finalidad protectora de la misma –aunque sea por la voluntad del paciente menor– no quedará amparado por causa de justificación alguna, pues no perderá en ningún momento su posición de garante, y podrá ser condenado penalmente como responsable de las lesiones producidas por su inactividad o, incluso, de la muerte del menor si ésta llega a producirse”⁴.

Se desprende –como corolario– que en el Anexo II que ha generado este trabajo que la teoría del consentimiento informado tiene sólo dos planteamientos:

1.- La transfusión la rechaza un mayor de edad plenamente capaz: se puede respetar la decisión sin que se esté construyendo ninguna conducta delictiva.

2.- La transfusión la rechaza cualquier otra persona distinta de la anterior: se debe realizar la transfusión.

A. Castelló, F. Francès, F. Verdú

Unidad Docente de Medicina Legal. Universitat de València.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Ferrer A, Gredilla E, de Vicente J, García Fernández J, Reinos Barbero F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2006;53(1):31-41.
2. <http://www.uv.es/~fevepa/2%20CPTA%20SEGUNDA%20leybas.html#a8> (acceso en 8 de mayo de 2007).
3. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.html (acceso en 8 de mayo de 2007).
4. Romeo Malanda S. El valor jurídico del consentimiento prestado por los menores de edad en el ámbito sanitario. La Ley: Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía, ISSN 0211-2744, N° 7, 2000, p. 1453-72.

RÉPLICA A “EL VALOR DEL CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS”

Sr. Director: Agradecemos el interés mostrado respecto al artículo publicado recientemente en la REDAR en el que

CARTAS AL DIRECTOR

revisábamos los fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová, así como los aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento¹, pero discrepamos tanto en la fundamentación jurídica de su carta, como en las conclusiones a las que llegan en un texto que puede causar alarma, induciendo a conductas no ajustadas a derecho de acuerdo con la legislación vigente, y a la práctica de una medicina defensiva puesto que crea incertidumbre y miedo en la asistencia a pacientes menores de 18 años.

Hoy en día, el derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a su libertad son los valores preponderantes en la relación con el médico. En el caso del adulto capaz la legislación actual es clara, la LEY 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica² exige el consentimiento del paciente para toda intervención médica y recoge el derecho del paciente a negarse al tratamiento. Esta ley constituye el marco jurídico en el que se desenvuelven las relaciones médico-paciente y como tal, fija la mayoría de edad sanitaria en los 16 años o menores emancipados. Como ley básica está siendo desarrollada y complementada por otras leyes autonómicas. Sirva como ejemplo la Ley 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, de Castilla y León que en su artículo 5.1 regula el derecho a la información sanitaria y a tomar decisiones acerca de su salud a los menores de 16 años o emancipados, e incluso a los menores con “madurez suficiente” a juicio del médico responsable. El problema es que la valoración de esta madurez sigue siendo una responsabilidad médica no regulada.

En este punto, resulta pertinente recordar la doctrina asentada por el Tribunal Constitucional en su Sentencia 154/2002, de 18 de julio en la que se afirma sin fisura alguna la titularidad de los menores de edad de los derechos fundamentales a la libertad de conciencia religiosa y a la integridad física y como consecuencia, la relevancia que su opción personal tiene frente a actuaciones y tratamientos médicos sobre su persona³.

El anexo II que cuestionan en su carta fue realizado de acuerdo con la Ley 41/2002. Es cierto que el artículo 9.4 de dicha ley establece que ciertos actos sanitarios, que especifica, y entre los que no se encuentra la transfusión de hemoderivados “se deberán regir por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad”, pero deducir de ello que establece la mayoría de edad en los 18 años es simplificar en exceso.

El Real Decreto Ley 33/1978, de 16 de noviembre sobre la mayoría de edad establece en su artículo primero que la mayoría de edad empieza para todos los españoles a los 18 años cumplidos, máxima recogida igualmente en el artículo 315 del Código Civil.

Pese a ello, el mismo texto legal declara en su artículo 317 que la emancipación de un menor se podrá llevar a cabo a la edad de 16 años, bien por concesión de los que ejerzan la patria potestad, bien por el matrimonio del menor. En materia penal la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los menores, ampara la exigencia de responsabilidad penal a las personas entre

14 y 18 años de edad por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal. Por tanto, el menor de 18 años no es menor de edad a todos los efectos, sino que puede ser considerado mayor de edad o actuar como tal para situaciones tales como la emancipación o la exigencia de responsabilidad penal. Y si estos menores pueden actuar bajo el beneficio de la mayoría de edad para algunos campos, como el civil o el penal, ¿por qué no también en el ámbito sanitario?

En la argumentación de su carta al director hacen referencia al Código Penal y concretamente a dos artículos del título III (de las lesiones) referentes a los delitos de lesiones y al trasplante de órganos, esterilizaciones y cirugía transexual en los que se especifica que el consentimiento del menor de edad no es válido en estas situaciones concretas. A continuación, “llevan lo anterior a la práctica médica” y extraen como conclusión que el menor de 18 años no tiene capacidad para decidir sobre su propio cuerpo y que si rechaza una transfusión se debe actuar en contra de su voluntad. Se trata de una argumentación claramente errónea puesto que en el título preliminar, artículo 4 del Código Penal se especifica claramente que “Las leyes penales no se aplicarán a casos distintos de los comprendidos expresamente en ellas”, por lo que no podemos generalizar o aplicarlas a otros supuestos que no sean los especificados en su articulado.

Respecto al texto de Romeo Malanda que transcriben sólo cabe decir que data del año 2000 y por lo tanto es anterior a la Ley 41/2002 y a la doctrina asentada por el Tribunal Constitucional en su Sentencia 154/2002, de 18 de julio. Por tanto, aunque su contenido sigue vigente en lo que se refiere al menor no maduro, en otros aspectos ha sido puesto al día en otros artículos doctrinales publicados recientemente por este mismo autor en los que se hace eco de la nueva legislación^{4,5}.

Concluimos pues, que el algoritmo del anexo II del trabajo que ha sido cuestionado se ha realizado de acuerdo con la legislación vigente y por tanto no requiere modificación alguna. Sin embargo, puede resultar comprensible la práctica de una medicina defensiva en el sentido de consultar al juez de guardia en los casos conflictivos, dado el desconocimiento por parte de los profesionales médicos del farragoso fondo legal que ha generado estas cartas al director y que todavía no existe un acuerdo total en la interpretación de las leyes por parte de los jueces.

A. Pérez Ferrer, E. Gredilla, J. de Vicente, Y. Laporta

Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Ferrer A, Gredilla E, de Vicente J, García Fernández J, Reinoso Barbero F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2006;53(1):31-41.
2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 274/2002, de 15 de noviembre. Referencia Boletín: 02/22188. EDL 2002/44837.