



Capítulo 3

EL MÉDICO INTERNO RESIDENTE EN URGENCIAS, ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

I. Barca Fernández - R. Parejo Miguez - A. Julián Jiménez

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se comentará brevemente el papel y funciones del MIR en el Servicio de Urgencias, sus "derechos y obligaciones", aspectos en cuanto a la responsabilidad de los mismos. También se darán unas normas básicas de actuación en determinadas situaciones cotidianas de Urgencias y que pudieran plantearnos dudas o problemas legales. Para todo ello, hemos contado con el asesoramiento de **María Soledad Rodríguez Albarrán** y **Juan de Dios Casas Sánchez** del Departamento de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la U.C.M, así como de **Javier Sánchez Caro** (Subdirector General de la Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de la Salud).

PAPEL DEL MÉDICO ADJUNTO Y FUNCIONES DEL MÉDICO RESIDENTE

- ▲ **MÉDICO ADJUNTO:** tiene un papel de consultor, asesor, regulador de la atención a los enfermos que llegan a la Urgencia y establece la prioridad de los pacientes críticos. Atiende directamente las emergencias. Se encarga de supervisar a los Médicos Residentes, debiendo estar al corriente de las decisiones de importancia que éstos tomen. Intenta solucionar los problemas médicos que se planteen; decide y autoriza el paso a observación de un paciente, el ingreso, el traslado a otro hospital o el alta.
- ▲ **MÉDICO TUTOR DE RESIDENTES Y COORDINADOR:**
Sus funciones serán las siguientes:
 1. Supervisión del MIR directa o indirecta.
 2. Organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas, el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas y supervisión de la aplicación práctica de la formación y programación anual.
 3. Propuestas de planes individuales para cada especialista con la supervisión de los mismos.
- ▲ **MÉDICO RESIDENTE:**

Generalidades:

Las palabras Médico Interno Residente (MIR) representan a un colectivo esencial dentro del mundo de la Medicina. Es fundamental definir las funciones y grado de responsabilidad del MIR dentro del hospital, así como sus obligaciones y derechos desde el punto de vista jurídico.

Entendemos por MIR aquel que, para obtener su título de médico especialista, permanece en Centros y Unidades Docentes acreditados un periodo limitado en el tiempo de práctica docente y profesional asistencial de forma supervisada, a fin de alcanzar de forma progresiva los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarias para ejercer la especialidad de modo eficiente. Comenzará su especialidad como Residente de 1º año y completará sucesivamente el programa de formación, siempre que haya superado satisfactoriamente la evaluación continuada que corresponda. En la *definición legal del MIR* se destacan sus dos notas caracte-

rísticas esenciales: "la práctica profesional programada y supervisada" y la adquisición progresiva de "conocimientos y responsabilidad". Los MIR en formación serán evaluados por la Comisión de Docencia del Centro al término de cada año o durante el mismo. Se valorará el haber cumplido el programa previamente establecido así como los informes que den los tutores de los servicios por donde hayan rotado. El periodo de formación como Médico Residente es uno de los de trabajo más intenso en la carrera del mismo.

Objetivos:

Durante la formación deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan prestar correctamente asistencia a los pacientes, realizar funciones de prevención y promoción de la salud así como asegurarse una autoformación continuada. La diversidad y el volumen de pacientes y situaciones que se viven en el Servicio de Urgencias convierten a éste en uno de los pilares de docencia y formación del MIR.

Durante las guardias o en su rotación por Urgencias, el MIR deberá implicarse progresivamente en las actuaciones y toma de decisiones. Los Médicos Adjuntos de Urgencias y responsables del servicio lo son también de la tutela y supervisión del MIR y todas sus altas.

Funciones:

- Las funciones del MIR variarán según vaya adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad:

a) Residente de 1º año:

1. Realizará una correcta Historia Clínica y completa exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación del mismo.
2. Emitirá un juicio clínico de presunción.
3. En sus primeras guardias, como norma, no deberán solicitar pruebas complementarias ni indicar un tratamiento sin consultar a un Residente Mayor o Adjunto. Al finalizar el 1º año de residencia, deberán ser capaces de realizar estas actividades sin necesidad de consultar, y ser capaces de valorar los beneficios y riesgos antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico.
4. Informar al enfermo y a los familiares a su llegada es esencial, trasmitiéndoles una primera impresión y comentando brevemente lo que se va a hacer y un tiempo aproximado de la estancia del enfermo en Urgencias, así como en el momento de proceder a dar el alta o ingreso (que siempre se decidirán bajo la supervisión del Médico Adjunto).
5. Rellenará los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentará los partes judiciales y documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del Adjunto hasta que sepa hacerlo correctamente).
6. Informar a los compañeros que entren en el turno siguiente de la situación clínica de los pacientes que continúen en observación ("Pase de Guardia").

b) Residente de 2º y 3º año:

1. Se encargarán de la supervisión de los Residentes Menores asumiendo también todas sus funciones.
2. Estarán capacitados para valorar y clasificar los pacientes que lleguen a Urgencias (clasificación o "Triage").



3. Tienen capacidad para decidir sobre el destino del paciente y sobre la necesidad de valoración del enfermo por otro especialista, así como consensuar decisiones con el Médico Adjunto de Urgencias.

c) Residente de 4º y 5º año:

1. Deberán llevar el control y responsabilidad de la Urgencia bajo la supervisión del Médico Adjunto al que ayudarán en las funciones de reanimación y situaciones en las que se vean involucrados enfermos críticos.
 2. Supervisar a los Residentes de primer año.
 3. Colaborar con los Residentes de 2º y 3º año en todas sus funciones. Se encargará de resolver "todos" los problemas médicos que le planteen los otros Residentes, teniendo por lo tanto una función de "consultor".
 4. En situaciones especiales, con enfermos conflictivos y cuando exista algún problema con implicaciones legales o partes al Juez lo pondrá en conocimiento del Adjunto, Coordinador o Jefe de la Guardia.
- Además, los Residentes deben participar en actividades de investigación, congresos, sesiones clínicas y en la publicación de artículos en revistas científicas. También han de ser conscientes de que trabajan en equipo y que el respeto mutuo y las discusiones forman parte de su trabajo diario. El residente deberá participar en la totalidad de las actividades médicas del departamento donde realice la formación, incluidas las guardias, de manera que dedique a esta formación práctica y teórica toda su actividad profesional durante toda la semana de trabajo y durante todo el año.
 - El MIR en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un médico, siendo su derecho recibir docencia y supervisión pero su deber prestar una labor asistencial. Aunque siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda, sea la hora que sea.

Responsabilidades:

La responsabilidad legal del acto médico en Urgencias recae en el MIR de guardia, ya que la titulación exigida para pertenecer al Servicio de Urgencias es la de Licenciado en Medicina por lo que, en Urgencias, se actúa como médico general, no como especialista en formación, aunque "se valorará" y tendrá en cuenta el grado de responsabilidad según el año de residencia.

Contrato del MIR

El contrato del MIR se caracteriza por:

1. Ser contrato típico, configurado por la ley y con normas de apoyo, por ejemplo en formación, directivas europeas...
2. Ser contrato de formación, por lo que el Juez no podrá tratar igual a un MIR que a un médico ya formado.
3. Ser temporal, estando condicionada su renovación a la evaluación positiva de la Comisión de Docencia.
4. Ser laboral por pronunciamiento de las normas laborales, reuniendo todos los requisitos: relación prestada voluntariamente, retribuida, dependiente y por cuenta ajena.
5. El MIR no puede acogerse al Estatuto del Personal Médico ya que su relación no es funcional ni estatutaria, sino puramente laboral.
6. Los MIR se someten a los Servicios Mínimos como cualquier otro trabajador, por lo que no puede obligárseles a ser el soporte de la asistencia sanitaria cuando se declara una huelga.

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La relación médico-paciente implica un respeto a la confidencialidad y a la intimidad de éste. Pero debemos saber desde el punto de vista legal la importancia de contar con el consentimiento del paciente y el reconocimiento del derecho a la información completa y continua sobre su estado de salud, pruebas a realizar, diagnóstico y alternativas de tratamiento.

La información que se le dará al paciente será sencilla, clara, leal, inteligible y continua, evitando usar términos técnicos y debiéndonos adaptar a la cultura, capacidad de comprensión y situación del paciente. Posteriormente, éste dará su consentimiento, siempre libremente y tras haber comprendido la información dada por su médico. En cualquier momento puede ser revocado el consentimiento.

Consentimientos parciales:

A veces el paciente limita su consentimiento sólo a una determinada parte o a un determinado procedimiento diagnóstico y/o terapéutico; algunos ejemplos serían los siguientes casos:

1. Los Testigos de Jehová pueden negarse a recibir transfusiones de sangre, sin embargo, ésto no implica la negativa al resto del tratamiento o a otro tratamiento alternativo, que el interesado acepte. El médico deberá valorar la posible existencia de alternativas terapéuticas que no requieran transfusión de sangre antes de pedir Autorización Judicial. Cuando el médico considere la transfusión vital para la evolución del enfermo, deberá ponerlo en conocimiento del Juez y que éste decida. Cuando se trata de un menor, la autorización debería ser dada por los representantes legales del mismo. Se podrá valorar la madurez del menor para dar su consentimiento sin necesidad de que lo acepten o no sus padres, comunicando los hechos al Jefe de la Guardia y/ o Autoridad Judicial. En caso de que el menor se niegue a recibir tratamiento, el médico debe solicitar la intervención de la Autoridad Judicial.
2. Un paciente afecto de una grave enfermedad puede consentir únicamente en tratamiento paliativo, pero no hacerlo en aquellos que tienen por objeto prolongar la vida.

Situaciones en las que no es imprescindible la obtención del consentimiento informado (CI):

Existen una serie de situaciones excepcionales en las que el médico puede actuar sin obtener el CI del paciente.

1. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. Se valorará individualmente el avisar al Médico Adjunto y/o Jefe de Guardia y a Medicina Preventiva. Por ejemplo: paciente con tuberculosis activa
2. Cuando el paciente no esté capacitado para otorgar su Consentimiento, correspondiendo éste, a sus familiares o allegados. La incapacidad puede ser de derecho (por existir sentencia de incapacitación, menor de edad sin suficiente madurez...), o de puro hecho (paciente inconsciente...) debiéndose obtener el CI de los familiares.
3. Cuando la urgencia no permita demoras y la no actuación urgente pueda ocasionar daño irreversible o fallecimiento. Pero hay que saber que siempre que la situación lo permita, el médico deberá intentar obtener, si es posible, el CI. En el caso de que no se pueda, el médico deberá iniciar el tratamiento inmediatamente. Dos factores deben estar presentes para que una situación pueda ser considerada como urgencia médica:



- 3.1 Que el paciente esté incapacitado y no pueda dar su CI, como ocurre en pacientes con disminución del nivel de conciencia, ciertos enfermos mentales...
- 3.2 Que la lesión o la enfermedad supongan una amenaza vital y requieran un tratamiento inmediato. La situación deberá ser lo suficientemente grave como para no poder conseguir el CI de alguien autorizado para actuar por el paciente.
4. Cuando el paciente renuncia a recibir información pero no renuncia a ser tratado. Ningún médico tiene obligación de informar a un paciente si éste renuncia a ello, sin embargo, el médico debe asegurarse que el paciente sabe lo que hace, informarle de que tiene un derecho legal al CI y deberá evaluar su capacidad mental.
Los pacientes pueden tener sus propios motivos para desear no conocer ciertos aspectos de su salud, debiéndose respetar este deseo. Esto no significa que el paciente no de su CI para un tratamiento, sino que puede no querer conocer qué enfermedad tiene pero sí querer ser tratado. La renuncia al CI quedará reflejado por escrito y se informará de ésta a los familiares.
5. Privilegio terapéutico: se entiende por tal la ocultación al paciente de aquella parte de la información que el médico considere que puede ser gravemente perjudicial para la salud del mismo. Se informará en primer lugar a los familiares.
6. Diagnóstico muy grave: en determinadas ocasiones, en beneficio del paciente, puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave. Se informará en primer lugar a los familiares. No obstante, hay que tener en cuenta el derecho del paciente a decidir sobre su futuro.

Características del consentimiento:

- ▲ El CI es una obligación legal que consiste en proporcionar al paciente la información necesaria para que decida libremente someterse a un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico. Siempre que el acto médico entrañe un riesgo, debe obtenerse el CI.
- ▲ El CI es un acto clínico más y no sólo jurídico, por eso que el médico deba firmarlo y poner su número de colegiado.
- ▲ Un menor de edad podría dar su CI siempre que tenga suficiente juicio (ésto a veces tendrá que ser valorado por un psiquiatra).
- ▲ Un menor de edad podría negarse al CI siempre que demuestre tener suficiente madurez como para comprender las consecuencias y los riesgos que suponen rechazar el tratamiento.
- ▲ La Ley excluye de la patria potestad aquellos actos que el hijo, de acuerdo con las leyes y su situación de madurez, pueda realizar por sí mismo.
- ▲ En el caso que necesitemos el CI de los padres, bastará con el de uno de los dos. Si existiese discrepancia entre los padres, el Juez atribuirá a uno de ellos la facultad de decidir, teniendo siempre en cuenta los intereses del menor.
- ▲ Un incapacitado puede dar su CI siempre que tenga suficiente juicio y que la causa de la incapacidad no le inhabilite para tomar ese tipo de decisiones. Un incapaz puede serlo para unos temas y no para otros.
- ▲ Un menor incapaz tendrá un representante legal que serán sus padres o los designados por el Juez.

- ▲ El Consentimiento puede obtenerse en forma verbal siempre que quede constancia de éste en la Historia Clínica en aquellos casos donde no existe un documento específico.
- ▲ Un paciente que previamente ha dado su CI puede, en el curso del tratamiento, revocarlo, no pudiendo continuarse con su tratamiento. Se dejará constancia de la revocación en la Historia y en el documento, informando de este hecho a la familia.

ALTAS MÉDICAS

La emisión de altas médicas no es más que una de las múltiples tareas (historiar, explorar, diagnosticar...) que el médico debe llevar a cabo. Es obligatorio elaborar un informe de alta en todos los pacientes atendidos, que será firmado por el médico responsable de la asistencia, lo cual no excluye a los MIR, en la medida en que sean responsables de la atención del paciente en cuestión. Por tanto, los MIR pueden y deben dar altas en función de sus conocimientos y responsabilidad profesional alcanzada (lo cual será evaluado por el tutor), teniendo siempre en cuenta que deberá contar con la aprobación de su Médico Adjunto en el destino final del paciente.

- Si solicitamos en Urgencias valoración de nuestro paciente por un especialista, ¿debe éste firmar y poner su nº de colegiado en el informe que nos deje escrito en la Historia del paciente?. En la práctica diaria muchas veces se transcribe lo comentado por el especialista: "Comentado el caso con el cardiólogo de guardia se decide...". Esto parece razonable, siempre que el especialista indique expresamente que se reproduzca por escrito su informe verbal, dejando constancia de ello en la Historia Clínica. De forma correcta, debería ser él mismo el que escribiera de su puño y letra, y firmara sus decisiones, juicios y recomendaciones en el tratamiento, actitud y destino del enfermo (el especialista debe identificar su actuación).
- ¿Cuál es la responsabilidad del MIR en las siguientes situaciones?
 - Si no firma la Historia Clínica; adquiere toda la responsabilidad ya que incumple una obligación fundamental al no identificarse de forma clara y correcta como médico responsable del enfermo que es.
 - Si no consulta con el Adjunto y emite un informe de alta; el Adjunto adquiere una responsabilidad indirecta "in vigilando" ya que debería conocer las actuaciones del MIR; pero el MIR adquiere la responsabilidad directa por la toma unilateral de decisiones y sin procurarse la supervisión de un MIR con experiencia (4º ó 5º año) o del Adjunto responsable de la Urgencia.
 - Si habiendo sido supervisado el paciente por el Médico Adjunto, hay algún problema con el paciente: la responsabilidad será compartida y determinada según cada caso.
- ¿Alta voluntaria?: en ocasiones el enfermo solicita irse de Urgencias sin haber completado sus pruebas, estudios o decisiones terapéuticas a pesar de mis recomendaciones. Del mismo modo, podemos indicar un ingreso pero obtener la negativa del enfermo. En estos casos, si el enfermo está en su sano juicio y es mayor de edad, deberá firmar los impresos de solicitud de "Alta Voluntaria" que existen a tal efecto en los Servicios de Urgencias. Si el enfermo es menor de edad y están de acuerdo sus padres o tutores, deberán firmar el "Alta Voluntaria" ambos. Pero, siempre que exista un riesgo vital para el enfermo, incapacidad mental o desacuerdo con los padres o tutores del paciente menor, se deberá poner el caso en conocimiento del Jefe de la Guardia y la Autoridad Judicial competente para que decida.



ESQUEMA DE ACTUACIÓN EN TEMAS MÉDICO-LEGALES

PARTE DE LESIONES

- a) Concepto de lesiones: una lesión es toda alteración que produzca un menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental, empleando cualquier medio o procedimiento. Se deberá realizar un parte de lesiones ante cualquier alteración física o psíquica, producida por: agentes mecánicos (arma blanca, de fuego, automóvil...), agentes físicos (calor, frío...), agentes químicos (gases, hidrocarburos...), agentes biológicos (toxiinfecciones alimentarias...), agentes psicológicos (amenazas, agresiones...).
- b) Concepto de Parte de Lesiones o de Accidente: es aquel documento por el que el médico comunica a la Autoridad Judicial la asistencia a un lesionado. Se deberá emitir un Parte de Lesiones o primera asistencia siempre que el médico atienda a cualquier lesionado del tipo que sea (mecánico, físico...), siempre que concurra un hecho violento o sospechoso de criminalidad.
- c) Estructura del Parte de Lesiones:
 - Filiación del facultativo y de la institución para la que presta sus servicios.
 - Identificación del paciente y de sus acompañantes (se deberá realizar con el DNI).
 - Descripción de las lesiones: localización, extensión, posible afectación de órganos vitales, traumatismos antiguos, posible mecanismo lesivo.
 - Descripción de posibles intoxicaciones.
 - Descripción del tratamiento.
 - Indicar si ha sido necesaria la hospitalización.
 - Pronóstico de las lesiones: a efectos médico-legales las lesiones son leves, menos graves o graves, cuando probablemente tarden en curar, precisen asistencia facultativa o impidan al lesionado trabajar en su ocupación habitual por un periodo de menos de 15, 30 ó 60 días respectivamente. Nunca pronóstico reservado.
 - No olvidar la cumplimentación de la Historia Clínica.

MALTRATO A MENORES

El Síndrome del Menor Maltratado se define como cualquier enfermedad de tipo física o mental que no se produce de forma accidental, sino intencionada por acción (*maltrato activo*) u omisión (*maltrato pasivo*) a un menor, y por sus padres, tutores o cuidadores. En España, se calcula que requieren atención médica uno de cada 4.000 niños, sobre todo de menos de 2 años.

Las formas de maltrato pueden ser:

- a) *Maltrato físico activo*: acciones no accidentales que causen lesiones, enfermedades o abuso sexual en el menor.
- b) *Maltrato físico pasivo*: negligencia en el cuidado físico (alimentación, higiene, revisiones médicas, etc.) cuyo máximo exponente es el abandono.
- c) *Maltrato psíquico activo*: conducta de tipo intencional que cause daño emocional o intelectual en el menor.
- d) *Maltrato psíquico pasivo*: negligencia en el cuidado psíquico del niño como falta de cariño, no estimulación al juego...

En el delito de lesiones provocado a un menor, se suma una pena especial a la que ya existiese según la lesión (p.ej: pérdida de un órgano), por el solo hecho de haber sido producido por los padres o personas encargadas del cuidado del menor.

El conocimiento o la sospecha por parte del médico de la existencia de maltrato a un menor, le obliga éticamente a su puesta en conocimiento de las Autoridades que tomarán la decisión más beneficiosa para el niño.

El procedimiento que seguirá el médico de Urgencias será el siguiente:

Ver Figura 3.1: Actuación en caso de maltrato infantil.

A. Si existen SOSPECHAS, pero no evidencias actuales de maltrato:

1. Explorar al paciente y realizarle fotos sin eliminar pruebas. Realizar una Historia Clínica lo más completa y detallada posible.
2. Informar a los Servicios Sociales del Menor más próximos o del propio Hospital, que se encargarán de poner en conocimiento tal sospecha ante la Fiscalía de Menores.

B. Si existe CERTEZA de maltrato:

1. Explorar al paciente y realizarle fotos sin eliminar pruebas. Realizar una Historia Clínica lo más completa y detallada posible.
2. Ingresarle en el Hospital incluso contra la voluntad de los padres e informar de esta negativa al Juez, quién decidirá sobre este supuesto.
3. Cuando existe riesgo vital y oposición del menor y/o padres, poner tratamiento adecuado e informar al Juez de Guardia de esta actuación.
4. Cuando no existe riesgo vital y hay oposición del paciente y/o padres, informar al Juez, (a veces éste envía a un médico forense) y proceder al alta voluntaria.

El diagnóstico de estos casos puede ser muy difícil e incluso el ingreso de un menor por maltrato, si es incorrecto, puede plantear problemas al médico. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que si el médico tiene sospechas, es muy posible que éstas se confirmen en la investigación médica y judicial posterior, y que, si un niño es maltratado y no se protege, el desenlace puede ser el fallecimiento. Además es bien conocido que una vez que un niño ha sido lesionado, tiene un alto riesgo de serlo nuevamente, por tanto, es necesario que el médico intervenga. Sería mucho menos grave tanto ética como legalmente, la puesta en conocimiento judicial de un caso que luego resulte erróneo, que la no intervención de la que derivase una situación más grave o la muerte.

Por último, la valoración jurídica sólo podrá ser realizada por el Ministerio Fiscal y, por supuesto, por los Magistrados.

MALTRATO DOMÉSTICO

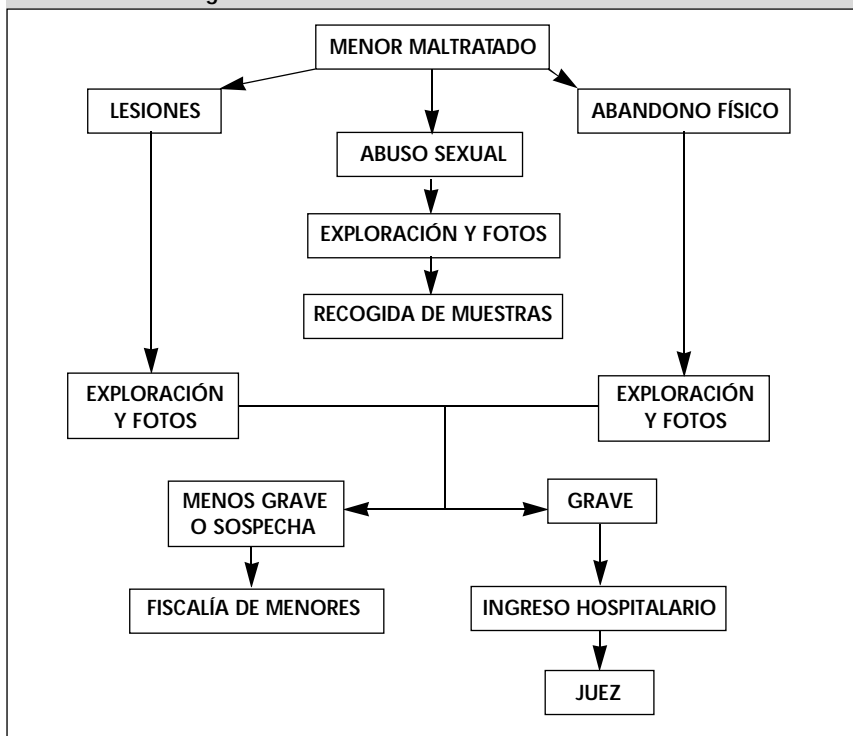
El Servicio de Urgencias es, posiblemente, el lugar más adecuado para la detección de lesiones por malos tratos en el ambiente doméstico. Incluye todas aquellas situaciones que, revistiendo en principio los caracteres de delito o falta, tengan por base conductas intencionales en el ámbito familiar, con resultado de lesiones o maltrato físico o psicológico.

La actuación a seguir será la siguiente:

1. Tranquilizar a la víctima y obtener su consentimiento para poder informar al Juez de los hechos.
2. Reconocimiento médico completo. Este reconocimiento se realizará, en principio, por el Médico de Asistencia Primaria o del Centro Hospitalario al que acuda la víctima. El facultativo, en caso de gravedad o complejidad técnica, se encargará de avisar al Médico Forense de guardia en el correspondiente Partido Judicial.
3. Relato pormenorizado de los hechos y valoración precisa de las lesiones y daños de la agresión. El informe médico es un documento esencial para la actuación judicial.
4. Valoración inmediata por atención especializada si procede.

5. Enviar el informe médico de malos tratos al Juez, a través de la dirección del centro o de la policía, dejando una copia en la Historia Clínica.
6. Asesorar a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios servicios del centro sanitario o servicios sociales.

Figura 3.1: Actuación en caso de maltrato infantil



AGRESIÓN Y ABUSO SEXUAL

Tanto la agresión como el abuso sexual se puede dar en cualquier edad, sexo, raza y estado socioeconómico. En un 30-40% de los casos se producen bajo los efectos del alcohol. En ambas, el factor común es la falta de consentimiento de la víctima para realizar un acto sexual cualquiera que éste sea o que este consentimiento no sea real y esté marcado por el engaño, el abuso por superioridad, por enfermedad mental, etc.

- ▲ La diferencia entre *agresión* y *abuso* es que en la primera existe un empleo de violencia o intimidación con o sin acceso carnal o penetración anal de objetos. Se trata, en resumen, de una relación sexual ilegal sin consentimiento y por la fuerza contra una persona. En el abuso nunca hay violencia ni intimidación pero sí falta de consentimiento o consentimiento viciado y puede existir o no acceso carnal o penetración anal, oral o de objetos.

La conducta a seguir ante una agresión-abuso sexual será la siguiente:

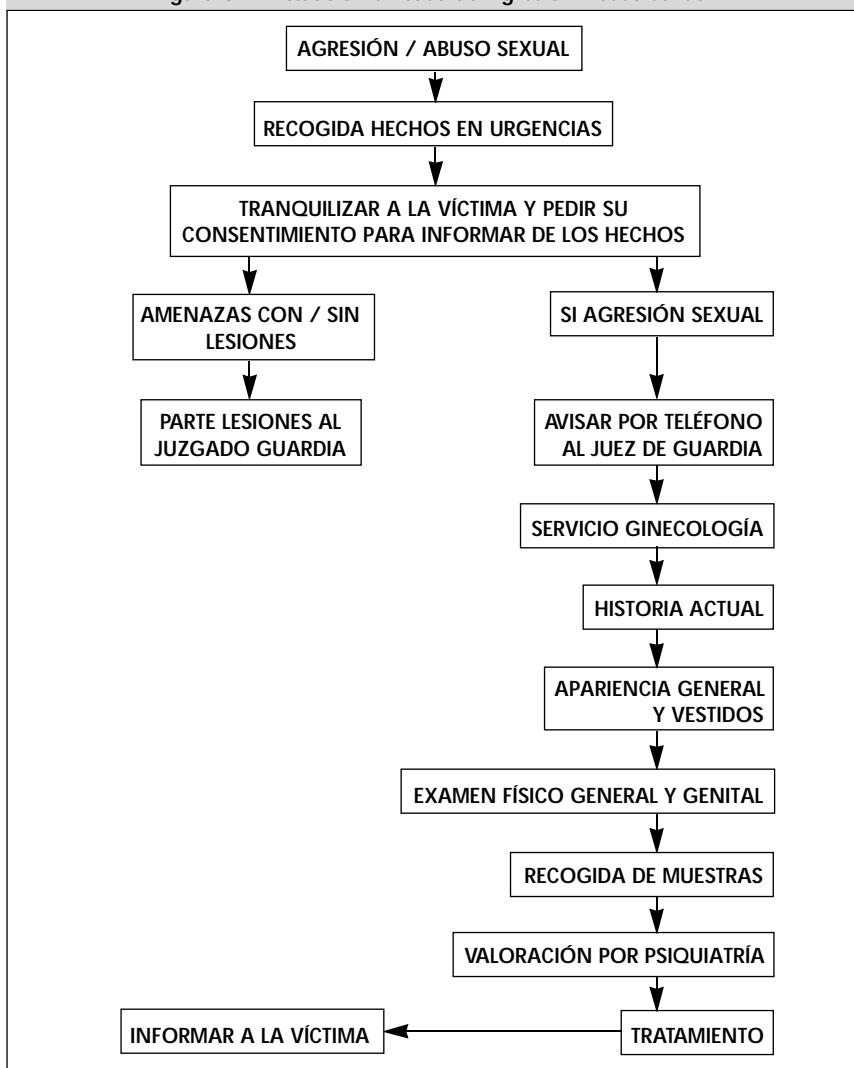
1. Tranquilizar a la víctima y obtener información de los hechos.
2. Obtener su consentimiento para poder informar al Juez de lo ocurrido.
3. Determinar si el procedimiento médico y legal a seguir a continuación debe ser por un delito de amenazas con/sin lesiones o por un delito sexual.
4. Cuando han existido amenazas con/sin lesiones externas, hacer un Parte de Lesiones al Juzgado de Guardia.
5. Cuando ha existido una agresión sexual:
 - Avisar telefónicamente al Juez de Guardia para que éste envíe al Médico Forense.
 - Trasladar al paciente al Servicio de Ginecología y esperar la llegada del Médico Forense.
 - El Ginecólogo estará obligado a explorar al paciente en presencia del Médico Forense.
 - El Ginecólogo debe informar por escrito con copia archivada, pues todo caso de sospecha o denuncia de agresión sexual es un posible caso legal y puede ser llamado a declarar en juicio varios meses o años después.
 - El Ginecólogo y/ o Forense recogerán muestras y 2 tubos de sangre; un tubo será para Medicina Preventiva del Hospital y el otro para el Laboratorio Forense. Corresponde al Forense la obtención de pruebas médico-legales, la confección de una ficha legal y la protección de pruebas para la Policía Judicial.
 - Valoración psiquiátrica del paciente.
 - Informar al paciente para poner una denuncia en las dependencias policiales o Juzgado de Guardia.
 - El informe ginecológico se limitará a consignar: "sospecha de agresión sexual" o "denuncia de agresión sexual", sin afirmar o negar la existencia de la misma, en una actuación objetiva, descriptiva y sin prejuicios. Si ha ocurrido o no agresión sexual es un problema policial y legal, no médico. La ilegalidad, uso de fuerza y falta de consentimiento, deben ser demostradas para cada caso con arreglo a la ley. El informe ginecológico contendrá:
 - Declaraciones de la paciente.
 - Observaciones del médico.
 - Procedimientos efectuados.
 - Conformidad escrita para entregar a las Autoridades los resultados de las muestras e Historia Clínica.
 - Nombre de la persona a quien se entregan las muestras clínicas, ropas o fotografías para el Forense o Juez.

Ver Figura 3.2: Actuación en caso de Agresión-Abuso sexual

INTERNAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y SUS TRASLADOS

El médico que atiende en Urgencias a una persona incapacitada, entendiéndose como tal, la que presente enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que le impidan gobernarse por sí misma, o con un trastorno psíquico de carácter agudo, debe valorar si el estado en el que se encuentra puede suponer peligro o riesgo para el propio paciente o para los demás. Por ello, y siempre que no exista posibilidad de tratamiento ambulatorio, habrá que considerar su internamiento psiquiátrico una vez que se llega a la conclusión de que existe trastorno mental tras la exploración y lectura de informes previos, si los hay. Por lo tanto, todo internamiento psiquiátrico, será una medida sólo justificada en los casos realmente necesarios, cuando no sea posible aplicar otro tipo de terapéutica ambulatoria con

Figura 3.2: Actuación en caso de Agresión-Abuso sexual



riesgo para el paciente o para terceros. Siempre será una medida con una duración lo más corta posible y nunca como forma de vigilancia.

Posibles internamientos:

1. VOLUNTARIO: con consentimiento del paciente, que deberá ser expreso y por escrito, dejando patente si consiente también el tratamiento o sólo el internamiento. El médico debe tener claro que el enfermo entiende en qué consiste el ingreso. Si en el

curso del internamiento el enfermo empeora o solicita el alta, éste pasará a ser involuntario.

2. **INVOLUNTARIO:** es aquel en el que no existe consentimiento del paciente para el mismo, debiendo ser siempre el Juez el que tome tal decisión. El internamiento de una persona que no está en condiciones de decidirlo, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá actuación judicial y, bien será por una orden judicial en el ámbito penal (tras la comisión de delitos por el enfermo), o por autorización judicial en el ámbito civil (exclusivamente por motivos médicos).

Podemos considerar varios tipos:

- a) Impuesto por la Ley y sometido a Legislación Penal; como medida de seguridad o sospecha de enfermedad mental tras cometer un delito. El médico de Urgencias no interviene.
- b) Urgente.
- c) No urgente.
- d) En menores.
- e) En residencias de ancianos.

Podremos diferenciar entre:

- **Internamiento involuntario URGENTE:** el enfermo tiene criterios médicos o clínicos que justifican su ingreso inmediato, no esperando la autorización judicial pero teniendo un plazo de 24 horas para dar noticia al Juez de la sede del Partido Judicial donde se encuentre el Centro donde se le ingresa. El Juez acudirá al Centro Hospitalario, generalmente acompañado del Médico Forense, y tras la valoración del paciente autorizará o no que se mantenga el internamiento. Es decir, finalmente, es el Juez el que decide ya que constituye una privación de libertad. Es importante saber que el médico que en un primer momento asiste al enfermo, debe remitir al Juez de Guardia un informe con sus datos de identificación, fecha, lugar, identificación del paciente, pequeña Historia Clínica, tratamientos aplicados (si es posible deberán haber sido comentados con la unidad de psiquiatría a la que se le traslada), modo de traslado, ayuda de fuerzas de seguridad y centro psiquiátrico al que se deriva.

En este tipo de internamiento el médico actúa con carácter de autoridad, no precisando autorización judicial previa para su intervención y puede y debe pedir ayuda policial por tratarse de una alteración del orden público.

- **Internamiento involuntario NO URGENTE:** en ésta situación no existe riesgo inmediato pero se observa que el paciente precisa asistencia hospitalaria y él, permitiendo o no su reconocimiento, o admitiendo o no su enfermedad, niega su ingreso hospitalario. (Ver apartado de altas médicas-alta voluntaria). El médico debe realizar la propuesta de ingreso al Juez de Guardia que examinará personalmente al enfermo tras el dictamen del Médico Forense y autorizará o denegará su ingreso y avisará a los servicios de ambulancia. La actuación médica se limitará a realizar el informe, que no siempre será elaborado por Médicos Forenses (el Juez puede decidir que otro facultativo que conozca el caso lo realice) y en el que deben constar las identificaciones del médico y paciente, antecedentes personales, estado psicopatológico y las consideraciones y conclusiones médicas oportunas. Una vez realizado el ingreso, la Autoridad Judicial estará informada periódicamente y reevaluará al enfermo para garantizar sus derechos.

- **Internamiento involuntario EN MENORES:** precisa autorización del tutor, informe médico, informe de los Servicios de Asistencia al Menor y autorización judicial.

- **Internamiento involuntario EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS:** si el anciano está incapacitado legalmente, el tutor designado por el Juez, dará el consentimiento para su



ingreso. Si no está incapacitado legalmente, se considerará su internamiento involuntario y deberá ser comunicado al Juez de Guardia correspondiente al Centro-Residencia en las 24 horas siguientes al ingreso.

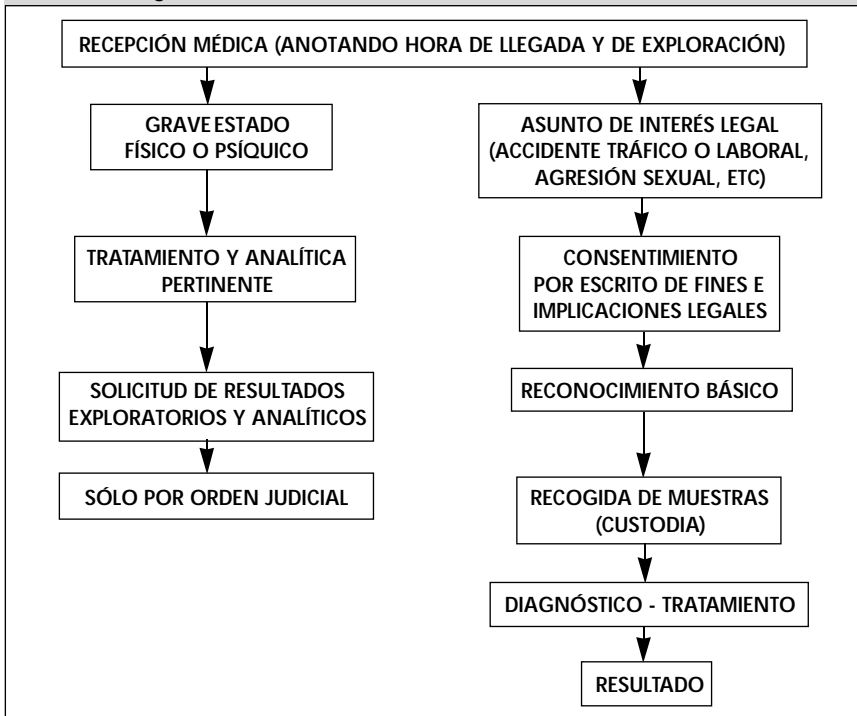
- **Traslado involuntario:** deberá ser ordenado generalmente por personal sanitario, que requerirá la custodia por un coche de las Fuerzas de Seguridad si el paciente está violento, pero no debe servir para el traslado del mismo al no estar preparado para este fin y siendo realizado, si es posible, por la propia familia. En cuanto al material utilizado, deberán ser ambulancias apropiadas y el médico deberá aplicar medidas de contención física y/o farmacológica que considere oportunas siendo conveniente el previo asesoramiento desde el centro al que vaya a ser trasladado.

INTOXICACIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL ETÍLICO

El consumo excesivo de alcohol es responsable de gran número de consultas en Atención Primaria y en los Servicios de Urgencias. Así, ante un paciente con posible intoxicación etílica, las pautas de actuación médica serán:

1. Previo al reconocimiento, el médico debe solicitar un consentimiento por escrito, repitiéndolo en el caso de haber sido ya solicitado por Agentes o por el propio Juez. En el supuesto de no poder obtener el consentimiento por grave estado físico o psíquico debe optar por explorarle y tratarle tomando muestras para la analítica.
2. A continuación, y lo antes posible, se realizará una exploración anotando en la Historia la hora en que se lleva a cabo. El retraso en el reconocimiento clínico y en la realización de análisis puede variar mucho el resultado del informe y la evolución del paciente con graves consecuencias judiciales por "mala praxis".
3. Recogida de muestras: es importante anotar la hora exacta de la toma, recoger la sangre en tubos adecuados que se llenarán completamente y con cierre hermético en presencia de la autoridad competente. La desinfección de la zona a puncionar será sólo con agua jabonosa (no con derivados alcohólicos) y habrá que recoger al menos 5 ml repartidos en 2 tubos y empleando 0,05 gr de fluoruro sódico por cada 5 ml para evitar el metabolismo del alcohol. Conservar la muestra entre 1-3 °C si no se va a realizar el análisis de forma inmediata. Si no se dispone de laboratorio adecuado, se entregarán ambos tubos a la policía o a la Autoridad Judicial para el envío al Instituto Nacional de Toxicología (o Centro de Referencia determinado geográficamente) que analiza un tubo y usará el otro como contraanálisis. Junto a ellos deberá existir un informe firmado por el facultativo donde quede constancia de la metodología de la obtención y preparado de las muestras, hora, fecha y lugar donde se realizó y la persona o Autoridad a la que se entregan las muestras.
4. Los resultados del reconocimiento o análisis no pueden ser divulgados hasta que el médico haya obtenido el consentimiento del paciente, excepto cuando sean solicitados por orden judicial.
5. Tras el reconocimiento el médico decidirá: si continúa bajo la influencia del alcohol, si puede pasar a disposición judicial o policial y si debe quedar ingresado en el hospital o ser trasladado a su domicilio.
6. Según proceda se realizará: tratamiento, control neurológico no dejando nunca que el sujeto se quede durmiendo, ECG, control hemodinámico y de la temperatura, etc. (Ver capítulo 84).
7. Si el paciente no da su consentimiento para la extracción de la muestra, ésta no se podrá realizar sin la previa autorización del Juez de Guardia aunque el paciente haya venido acompañado de la policía o Guardia Civil.

Figura 3.3: Actuación en caso de consumo de alcohol étílico



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SUSCRITO POR EL INSALUD ¿QUÉ HACER EN CASO DE RECLAMACIÓN?

- ▲ Hoy en día no son infrecuentes las Reclamaciones tanto Judiciales como Extrajudiciales presentadas contra los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias. Describiremos brevemente algunos aspectos de distintas situaciones donde el MIR puede verse implicado y los pasos a seguir tras notificar inmediatamente los hechos al Adjunto responsable de la Urgencia en el momento que ocurrieran los hechos en relación con la Reclamación. Otras veces será el Adjunto responsable quien lo comunicará al MIR.
- ▲ Con fecha 1 de Marzo de 2000 entró en vigor la nueva póliza de seguro que cubre la Responsabilidad Civil y patrimonial del INSALUD y de sus trabajadores con la compañía Zurich. La fecha de finalización del seguro está fijada para el 28-02-2003.
- ▲ Es fundamental cumplir los plazos establecidos para la tramitación de las posibles reclamaciones así como para actuar en caso de recibir comunicación personal o a través de cualquier vía de una reclamación imputada a un solo médico o de carácter colectivo. Todo lo relativo a los pasos a seguir, a quién comunicar los hechos y todas las actuaciones que deberemos realizar están contempladas y descritas en la:



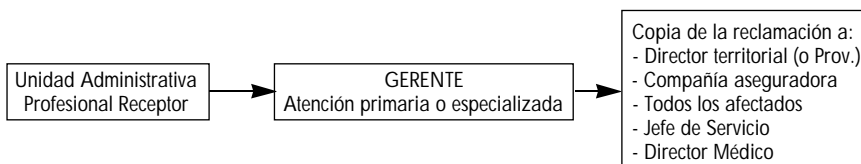
"Circular nº 5/00 de 18-05-00 del Presidente Ejecutivo del INSALUD sobre el Procedimiento para la gestión del contrato de Seguro de Responsabilidad Civil suscrito para el INSALUD". (Ver apartado "Instrucciones sobre el procedimiento para la gestión del contrato de seguro de Responsabilidad Civil del INSALUD"). "Estas Instrucciones son de aplicación a las reclamaciones presentadas por hechos ocurridos como consecuencia de la actividad sanitaria que incluyan una solicitud de indemnización o contraprestación económica, de cuantía determinada o indeterminada, por daños o perjuicios corporales, materiales, y consecuenciales consecutivos causados a los mismos, con ocasión de la actividad desarrollada en los Centros, entidades e instituciones pertenecientes al INSALUD o administrados por éste, y que se encuentren amparados por el contrato de seguro suscrito con la compañía aseguradora ZURICH".

"El seguro ampara los costes y gastos judiciales y extrajudiciales que se deriven y la prestación de fianzas para garantizar los resultados de dichos procedimientos".

- ▲ Dependiendo del lugar donde se reciba la reclamación se deberá actuar de una forma determinada aunque las unidades administrativas o los profesionales receptores de las mismas la pondrán de inmediato en conocimiento del responsable de la Institución o Centro donde se presenten (Director territorial, Director provincial o Gerente) quien impulsará y coordinará el proceso de cumplimentación del "Parte de Reclamación del Seguro de Responsabilidad Sanitaria".

PASOS A SEGUIR SEGÚN EL LUGAR DE LA RECLAMACIÓN

- ▲ Si la Reclamación se presenta en un Centro Sanitario:



El profesional afectado tendrá 15 días para devolver al Gerente cumplimentados los informes solicitados y los apartados que le correspondan del "Parte de Reclamación". La Inspección de servicios sanitarios elaborará un informe definitivo que remitirá al Gerente completándose el expediente.

- ▲ **Si la Reclamación se presenta en la Dirección Territorial o Provincial:**

O llega a la misma procedente de otra institución en 5 días la remitirá al Gerente del Centro donde se haya producido el hecho y éste continuará el proceso como se ha descrito en el supuesto anterior.

- ▲ **Si la Reclamación se presenta en la Compañía aseguradora:**

La aseguradora deberá en 2 días remitir una copia a:

- La Dirección Territorial o Provincial que la remitirá al Gerente del Centro (continuará el proceso ya descrito).
- La Subdirección General de Inspección Sanitaria-Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria.

▲ Si la Reclamación se presenta por implicación de un Centro Concertado:

El contrato de seguro no cubre la responsabilidad de los Centros Concertados salvo la del personal del INSALUD que, por cuenta de éste, preste servicios asistenciales en dichos centros. La Dirección Territorial o Provincial deberá comunicarlo al afectado y al Centro inmediatamente.

▲ Si la Reclamación tiene citación Judicial de carácter Penal:

El afectado lo pondrá en conocimiento a su compañía de Seguros de forma inmediata, si tiene una póliza individual, y lo comunicará a la Gerencia del Centro donde, por el medio más rápido, lo pondrá en conocimiento de la Asesoría Jurídica Provincial y de la Dirección Territorial activando todo el proceso.

En el caso de precisar información, asesoramiento o aclaración puntual sobre el contenido del contrato del seguro se podrá recurrir a:

- INSALUD. Subdirección General de Inspección Sanitaria-Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria.
- Compañía aseguradora Zurich.
- Correduría de Seguros: Ute UNIPSA AON GIL Y CARVAJAL.

**PARTE JUDICIAL Y CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
(NORMAS INTERNAS DEL CHT)**

▲ El Parte Judicial es un documento de cumplimentación obligatoria en determinados casos, y opcional en otros.

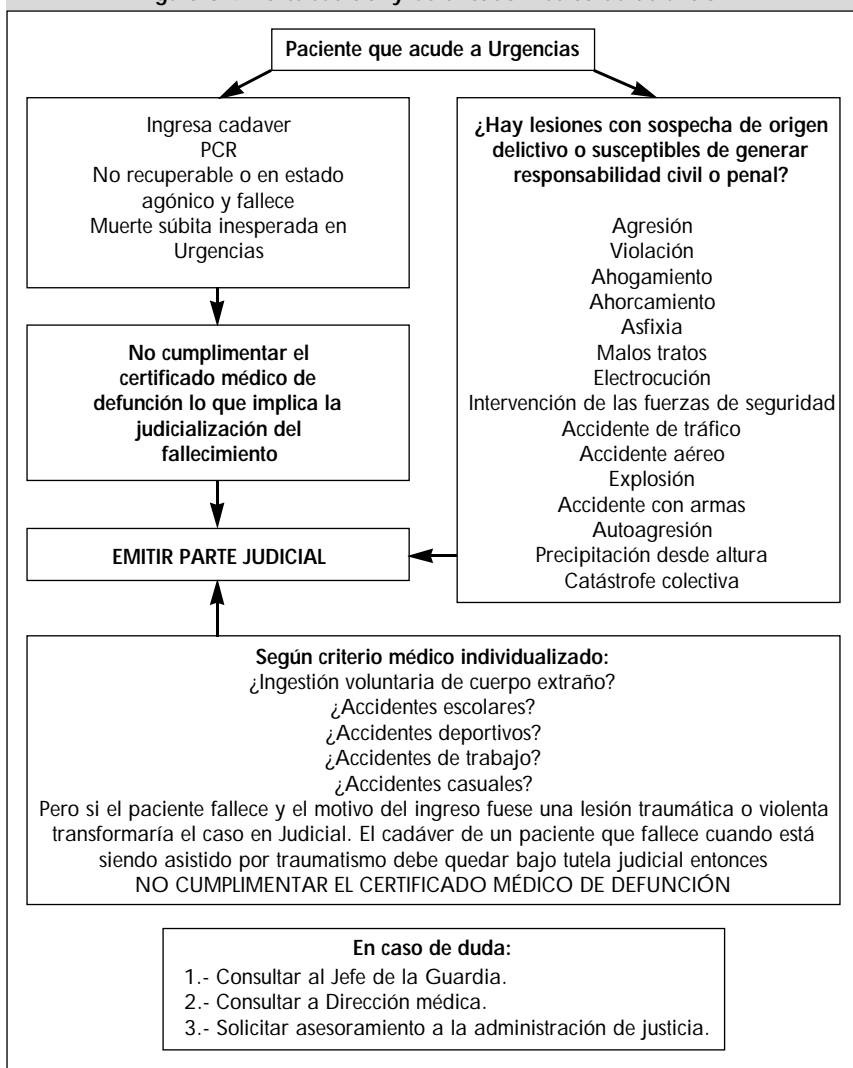
▲ El facultativo puede optar por emitir un Parte Judicial aunque el caso no haya sido "clasificado como Judicial" en Admisión.

▲ El parte judicial tiene como destino final el Juzgado de Guardia.

▲ Todos los ejemplares deben entregarse en Admisión y ninguno al paciente.

Ver Figura 3.4: Parte Judicial y Certificado médico de defunción. Página 26.

Figura 3.4: Parte Judicial y Certificado médico de defunción



BIBLIOGRAFÍA

- ▲ Casas Sánchez J.D, Rodríguez Albarrán M. S. Manual de actuación Médica legal en Urgencias. Madrid: Smithkline Beecham; 2000.
- ▲ Fernández-Cruz A, editor. Manual de habilidades para la Práctica Clínica. Madrid: Grupo MSD; 1999.

- ▲ Sánchez Caro J, Abellán F. El Consentimiento Informado (segunda parte). Madrid: Fundación Salud 2000; 1998.
- ▲ Sánchez Caro J, Abellán F. El Consentimiento Informado (primera parte). Madrid: Fundación Salud 2000; 1999.
- ▲ Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Madrid: Instituto de la mujer; 1999.
- ▲ Internamientos involuntarios. Intervenciones corporales y tratamientos sanitarios obligatorios. (Acta de la Jornada conjunta sobre internamientos involuntarios, intervenciones corporales y tratamientos obligatorios celebrada en Madrid el día 24 de Junio de 1999). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General del Poder Judicial; 2000.
- ▲ Manual del Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el INSALUD (citado Febrero 2001). Disponible en:
URL: <http://desweb/insaludnet/actasist/inspeccion/seguororesponsabilidad.pdf>.
- ▲ Normas internas sobre la cumplimentación del Parte Judicial del Servicio de Admisión y Documentación clínica del Complejo Hospitalario de Toledo; 2001.