

Aspectos médico-legales en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias

Marina Pérez Tenreiro¹, Ana Belén Puga Bello², Jorge Somoza Digón³

¹ Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saúde de Carballo. Área Sanitaria de A Coruña

² Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saúde de Sada. Área Sanitaria de A Coruña

³ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Coordinador. Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061

Cad Aten Primaria
Ano 2012
Volume 19
Páx. 87-91

El desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento. En este capítulo pretendemos realizar una aproximación a los aspectos más importantes de la legislación y normativa existente, que pueda ser de utilidad en la actividad asistencial en el ámbito de Urgencias Extrahospitalarias.

RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL

La responsabilidad profesional obliga al médico a reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión y dentro de ciertos límites. La responsabilidad médica tiene dos vertientes:

- La responsabilidad civil: se fundamenta en la obligación de reparar o indemnizar los perjuicios causados a las víctimas. Puede ser cubierta por un seguro de responsabilidad. Su consecuencia es la compensación económica del daño. Para exigirla sólo es preciso que se demuestre el daño producido.
- La responsabilidad penal: se fundamenta en la reparación de aquellas conductas médicas que, por su gravedad, se estiman merecedoras de una sanción penal. A diferencia de la anterior, es individual y personal. No es asegurable. Su consecuencia va desde

la inhabilitación profesional hasta la privación de libertad. Para exigir responsabilidad penal es obligada la demostración de culpabilidad, por dolo o por imprudencia.

TRASLADO E INGRESO NO VOLUNTARIO Y URGENTE DE PERSONAS CON ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL

En nuestra Comunidad Autónoma, las bases para la actuación ante las situaciones de urgencia psiquiátrica en el ámbito extrahospitalario vienen definidas en el programa ACOUGO. En él, y mediante un documento realizado por profesionales cualificados del programa de Salud Mental y de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, se incluyen un manual de procedimientos y una guía con los pasos a seguir ante cada una de las urgencias psiquiátricas más comunes.

Como instrumento legal, este programa se apoya en el "Protocolo General para regular los traslados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedad o trastorno mental", firmado en febrero de 2004 por la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, la de Justicia e Interior y la Sudelegación del Gobierno en nuestra Comunidad.

TABLA 1. Recomendaciones generales para evitar una mala práctica médica:

- Realizar una historia clínica lo más completa posible.
- Establecer con los pacientes y sus acompañantes una relación respetuosa.
- Informar al paciente tanto de su enfermedad y pronóstico, como de los posibles efectos adversos de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
- Informar por escrito a la autoridad sanitaria correspondiente de las deficiencias detectadas en las instalaciones y el material del que disponemos.
- No responsabilizarse de aquellas enfermedades que sobrepasen nuestros conocimientos o capacidad de resolución (consultar siempre a otros profesionales o centros sanitarios si es preciso).
- En cuanto a las consultas telefónicas, registrarlas siempre e identificar a los interlocutores; centrar las consultas en dudas y consejos evitando sustituir el diagnóstico y tratamiento presencial.
- Aplicar, si es posible, programas o protocolos consensuados por instituciones científicas médicas de reconocido prestigio.

Se considera traslado e ingreso no voluntario urgente aquel que, según criterio médico, resulte necesario realizar de inmediato para la atención de un paciente afectado por un trastorno o enfermedad mental que altere su capacidad de discernimiento, no se encuentre en condiciones de otorgar su consentimiento y/o le produzca un efecto incapacitante.

En este protocolo se recoge que podrán instar este tipo de traslados los facultativos de Atención Primaria, el facultativo que asista al paciente como responsable de su tratamiento y atención sanitaria y un facultativo de urgencias sanitarias 061.

Por tanto, de lo anteriormente expuesto se deduce que el médico de urgencias extrahospitalarias es competente y tiene la obligación de decidir el traslado urgente no voluntario de los pacientes con enfermedades o trastornos mentales, siempre que no exista capacidad de decidir libremente a causa de su proceso o patología mental y concurran circunstancias de urgencia.

Según el protocolo, el traslado será coordinado a través de Urgencias Sanitarias de Galicia 061 y se utilizarán los medios adecuados de transporte sanitario urgente.

Además, cuando la situación lo requiera o el afectado oponga resistencia a su traslado, se podrá solicitar la colaboración de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, para que asistan y colaboren con el personal sanitario y que éste pueda realizar su trabajo. Si es precisa su inmovilización, ésta servirá únicamente al propósito de evitarle un daño al sujeto afectado o a terceros y permitir su traslado a un centro sanitario.

Como puntos importantes del protocolo ACOUGO, de interés para los médicos de urgencias extrahospitalarias, cabe destacar:

- El médico de Atención Primaria ante un paciente psiquiátrico está capacitado para ordenar su traslado forzoso a un centro sanitario para la valoración de su ingreso en psiquiatría. **La decisión del traslado involuntario será del médico.**
- Si el paciente está agitado, agresivo o se niega al traslado, el médico podrá solicitar a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad la reducción del paciente para proceder a la sedación previa al traslado.
- **No es necesaria la autorización del juez** para realizar el traslado involuntario ni para solicitar a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad su colaboración.
- El juez será informado en un plazo de 24 horas de la situación

del paciente, ya sea su ingreso forzoso o su alta hospitalaria (esta comunicación se hace desde los hospitales).

- El ingreso forzoso de un paciente psiquiátrico requerirá una orden judicial, es decir, requerirá la decisión de un juez. En caso de un traslado involuntario, si el psiquiatra lo estima oportuno, puede ordenar el ingreso del paciente, pero éste ha de ser corroborado por parte del juez en un plazo de hasta 72 horas.
- Para los casos en los que el juez emite una orden de ingreso urgente, pedirá la colaboración del 061 llamando a la central y enviando por fax a la central copia de la orden judicial.
- Si el ingreso es urgente, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad podrán reclamar la presencia de una ambulancia para el traslado del paciente, y del médico si se precisa sedación para garantizar el traslado seguro del paciente.
- Cuando para acceder al sujeto afectado y proceder a su traslado sea preciso entrar en el domicilio o habitación, en contra de la voluntad del paciente, el médico, a través del 061, dará aviso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, que evaluarán la situación y procederán a la entrada si aprecian la existencia de peligro inminente para la integridad del paciente o para la de terceras personas.

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE MENOR DE EDAD

En muchas ocasiones el médico de urgencias es requerido para prestar asistencia a un menor de edad. En la mayoría de los casos, el menor acude acompañado por sus padres o tutores y existe acuerdo entre la voluntad de éstos y la del menor. Sin embargo, también es posible que el menor acuda solo al centro sanitario o bien que no exista consenso entre sus decisiones y las de sus padres o tutores, por lo que resulta interesante conocer la conducta que, según la ley, hay que llevar a cabo en estas situaciones.

La ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece en su artículo 9 que, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, 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.

Una situación cada vez más frecuente es aquella en la que una paciente menor de edad acude a un centro de urgencias para solicitar la anticoncepción de emergencia.

El Código Penal presupone legalmente la autodeterminación sexual desde los trece años, edad en la que se reconoce la capacidad de establecer libremente relaciones sexuales consentidas, de lo que se deduce la capacidad para adoptar y solicitar las medidas anticonceptivas convenientes.

Por tanto, en pacientes con trece años o más, la decisión de prescribir la anticoncepción de emergencia sin informar previamente al tutor legal quedará a criterio del facultativo, según considere que la menor tiene condiciones de madurez suficiente, es decir:

- Comprende realmente la situación.
- Comprende los riesgos y las alternativas.
- Su decisión está basada en motivos racionales.

En el caso de pacientes menores de 13 años, el consentimiento debe otorgarlo su representante legal después de escuchar su opinión.

PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES QUE PLANTEA LA MUERTE PARA EL MÉDICO DE URGENCIAS

Para el médico de Atención Primaria la valoración inicial del paciente fallecido se basa en la anamnesis y la exploración física, mediante la cual se ha de confirmar con seguridad el fallecimiento. Los signos que se deben objetivar pueden dividirse en signos de ausencia de vitalidad y signos positivos de muerte:

¿DEBEMOS CUMPLIMENTAR SIEMPRE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?

Ante el fallecimiento de un paciente conocido o cuya causa de muerte se puede conocer o deducir por los informes clínicos disponibles, el médico de urgencias podrá cumplimentar el correspondiente certificado de defunción.

En cambio, cuando el médico que asista al fallecido encuentre indicios para sospechar una muerte no natural, deberá contactar de forma urgente con el juzgado de instrucción de la zona. Este trámite deberá realizarse en todos los casos de sospecha de suicidio, homicidio o accidente (de tráfico, laboral o cualquier otro tipo de muerte accidental).

Un aspecto de especial interés son los casos de muerte súbita o inesperada.

TABLA 3

Desde el punto de vista médico-legal, se entiende por **muerte súbita** aquella en la que se cumplen las siguientes características:

- Ausencia de toda acción violenta exterior.
- Rapidez de la muerte (la OMS excluye del concepto de muerte súbita las que ocurren tras un plazo de evolución mayor de 24 horas).
- Estado de salud o de apariencia de salud, o un estado de enfermedad que no amenaza la vida con un peligro actual.

TABLA 2

Signos de ausencia de vitalidad
Parada cardíaca: ausencia de pulso arterial y auscultación cardíaca.
Parada respiratoria: ausencia de movimientos torácicos.
Exploración pupilar: ambas pupilas midriáticas y no reactivas.
Reflejo corneal: ausente; se puede impactar una gasa sobre la córnea sin que se produzca el cierre palpebral.
Signos positivos de muerte
Algor mortis: enfriamiento progresivo (desde las extremidades hasta los órganos internos).
Rigor mortis: la rigidez cadavérica se detecta a partir de la tercera a la cuarta horas.
Livor mortis: las livideces son manchas rojas o violáceas que aparecen en las partes declives. Su distribución indica la posición del cuerpo al morir. Son observables aproximadamente 45 minutos después de la muerte.
Córnea lechosa: a partir de la primera hora comienza la evaporación de líquidos intraoculares y se observa un hundimiento del globo ocular. Por desecación de la esclerótica aparece la mancha de Sommer-Larcher, de color negro, en el lado externo del globo ocular. Este proceso es más rápido si el cadáver queda con los ojos abiertos.
Fenómenos putrefactivos (signos tardíos de muerte): se inician con la mancha verde que se observa a partir de las primeras 24 horas de la muerte, generalmente en el hemiabdomen derecho, por el proceso de putrefacción abdominal.

En el caso de muerte súbita nos encontramos ante dos hechos:

- El médico que ha asistido a los últimos instantes de la vida del sujeto carece de los elementos de juicio necesarios para establecer el diagnóstico de la causa de muerte y, por tanto, se encuentra imposibilitado para cumplimentar el certificado de defunción.
- Aún cuando no existan señales de violencia, la muerte súbita es en todo caso sospechosa de criminalidad. Deberá, por tanto, practicarse la autopsia médico-legal, por orden judicial, para establecer el origen del fallecimiento y sus circunstancias. Si concluye que se trata de una muerte natural, se archivarán las diligencias judiciales. En caso contrario, nos situaremos en la órbita de una muerte violenta.

TABLA 4

Causas de muerte ante las que el médico debe contactar con juez de guardia

- Suicidio.
- Sospecha de homicidio o signos de agresión física.
- Muerte por accidente de cualquier tipo.
- Muerte súbita o inesperada.

En todos los casos anteriormente explicados, en los que es necesario contactar con el juez de instrucción de la zona, el médico de urgencias avisará a las fuerzas de seguridad competentes (Policía Nacional o Guardia Civil) y permanecerá en el lugar hasta la llegada de las mismas. A su llegada deberá entregarles una copia del informe clínico, donde habrá hecho constar, de la forma más detallada posible, los datos del médico y del fallecido, la fecha y la hora de la asistencia, el lugar donde se encontró el cuerpo y la posición en la que se encontraba, el reconocimiento de los signos evidentes de muerte, si se realizaron o no maniobras de resucitación o cualquier otra observación que pueda posteriormente ser de utilidad para el esclarecimiento de los hechos.

CERTIFICADOS MÉDICOS DE DEFUNCIÓN

El modelo de certificado de defunción consta de dos impresos diferentes:

1. **Certificado médico de defunción:** en este impreso se registrarán:
 - Datos del médico que certifica.
 - Datos acerca del fallecimiento, especificando causa inmediata de muerte y causa fundamental.
 - Datos de filiación del fallecido.
 - Fecha, hora y lugar de la defunción (como hora de la defunción se pondrá la del reconocimiento).

- Existe un apartado de observación especial que hay que cumplimentar en el caso de que existan indicios de muerte violenta (sin embargo, el médico forense será quien cumplimentará el certificado de defunción en estos casos); en este apartado se debe hacer constar la presencia de prótesis metálicas por si el cadáver fuera incinerado.

2. **Boletín estadístico de defunción:** el médico únicamente deberá rellenar el apartado de causas de la defunción:

- Causa inmediata.
- Causas antecedentes: intermedia e inicial o fundamental.
- Otros procesos que contribuyeron a la muerte, pero sin estar relacionados con la causa fundamental que la produjo.

CUMPLIMENTACIÓN DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Para cumplimentar los impresos hay que tener en cuenta las siguientes indicaciones:

1. No se deben utilizar siglas ni abreviaturas.
2. Debe existir una secuencia fisiopatológica y temporal entre las diversas causas certificadas (fundamental, intermedia e inmediata). Si no hay suficientes datos para reconstruir toda la secuencia, podrá dejarse en blanco lo que no se conozca.
3. Causa inmediata: es la enfermedad o condición patológica, traumatismo o complicación causante del fallecimiento. En este apartado no debemos citar mecanismos de muerte (ej. Parada cardiorrespiratoria, paro cardíaco) que no constituyen la causa inmediata.
4. Causa intermedia: enfermedad o proceso que ha dado lugar a la causa inmediata.
5. Causa fundamental o inicial: una única causa, enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.
6. En el apartado de otros procesos se anotarán aquellos que contribuyan a la muerte pero sin estar relacionados directamente con la causa fundamental que la produjo.

TABLA 5

Ejemplo práctico: Varón de 80 años con antecedentes de EPOC e hipertensión arterial, que en el curso de una infección respiratoria presenta una insuficiencia respiratoria y fallece en su domicilio.

Causa inmediata: Insuficiencia respiratoria
 Causa intermedia: Infección respiratoria
 Causa fundamental o inicial: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 Otros procesos: Hipertensión arterial

BIBLIOGRAFÍA

- Concheiro L., Suárez J.M. Muerte súbita en el adulto y muerte súbita infantil. En: Villanueva E., Gisbert Calabuig, J.A., editores. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 225-41.
- Gisbert J. Problemas médico-legales que plantea la muerte súbita. El Médico Forense. 1981, noviembre: 7-13.
- Gisbert Grifo M.S, Fiori A. Responsabilidad médica. En: Gisbert Calabuig J.A., Villanueva Cañadas E. Medicina Legal y Toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 109-24.
- González-Cuellar A., Hernández Guijarro J.J., Paz Rubio J.M., Rodríguez Ramos L., Tomé Paule J. Ley de Enjuiciamiento Criminal y Ley del Jurado. Madrid: Colex; 2004.
- Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Lei 3/2001, del 28 de mayo, reguladora do consentimiento informado e da historia clínica dos pacientes. DOGA núm. 55, de 21 de marzo de 2005, p. 4760-4.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000, p. 575-728.
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. DOGA núm. 111, de 8 de junio de 2001, p. 7593-5.
- Ley 41/2002, de 25 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126-32.
- Protocolo de intervención en urgencias extrahospitalarias 061. Xunta de Galicia. 2005.
- Protocolo General para traslados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedad o trastorno mental. Consellería de Sanidad, Consellería de Justicia, Interior y Administración Local. 2004.

Agradecimiento especial por su colaboración a *María Berta Rodríguez Martínez*, Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Galicia, y a *Manuel Bernárdez Otero*, Director de Coordinación Urgencias Sanitarias 061.