



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ITINERARIO 6. ATENCIÓN EN LAS URGENCIAS

Mesa: Aspectos legales de la atención urgente en atención primaria

Moderador:

Andrés López Romero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad en Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Máster Internacional en Derecho Sanitario. Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC

Ponentes y contenido:

Carmen del Arco Galán

Especialista en Medicina Interna, Coordinadora de Urgencias, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. Profesora Asociada del Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Universitario San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España. Licenciado en Derecho, Máster en Derecho Sanitario. Miembro del Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC

Igor Pinedo García

Abogado en Asjusa Letramed (despacho de abogados especializado en Derecho Sanitario, Derecho Farmacéutico y Bioderecho), Madrid, España. Coordinador de las Áreas de ASJUDA-DATA y ASJUSA-PHARMA

Resumen

La atención médica prestada en urgencias tiene unas características específicas motivadas por el tipo de patología atendida y el ámbito en el que se presta la asistencia, como son la celeridad en la atención, el alto grado de incertidumbre, la necesidad de priorizar, la atención a pacientes en los que se carece de datos previos o la gravedad de la patología atendida. Estas circunstancias hacen que se den con más frecuencia unos supuestos específicos que generan responsabilidad y que no se dan tan a menudo en otras situaciones de asistencia, como son algunos errores diagnósticos, retrasos en la asistencia, defectos en la información o en la obtención del consentimiento, vulneración del deber de secreto, etc.

Los usuarios y familiares son más conscientes de sus derechos, y tienen unas expectativas a menudo excesivas sobre los resultados a obtener basadas en la tecnificación de la asistencia. Ello hace que las denuncias sean cada vez más frecuentes, si bien las condenas no lo son tanto.

En esta Mesa intentaremos revisar cuáles son las situaciones de riesgo legal en urgencias en función de las demandas, cómo evitarlas y qué hacer cuando se ha producido la denuncia.

Aspectos legales de la atención urgente en atención primaria

Las obligaciones legales de los médicos en la asistencia sanitaria urgente, tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario, no varían sustancialmente respecto de las que tienen en situación ordinaria. ¿Por qué entonces una Mesa específica sobre este tema? Se requiere un abordaje específico por las características propias de la atención urgente, que atiende casos más graves, precisa de decisiones más rápidas y complejas, en un entorno de gran incertidumbre contando, además, con la presión de las familias angustiadas. Por otro lado, las consecuencias de los errores pueden ser más graves, incluso irreparables, lo que obliga a una priorización en función de la gravedad y los recursos disponibles...

Todas estas circunstancias *modulan* las obligaciones de los profesionales y su responsabilidad, pudiendo modificarla sin llegar nunca a extinguirla. Llegado el caso, el juez valorará si la actuación médica fue conforme al *ideal de asistencia* según el estado de la ciencia y técnica médicas (*Lex artis*), considerando también las *circunstancias concretas* que rodearon el acto asistencial (p. ej., las urgencias en un medio rural no pueden tener la misma exigencia jurídica que en el gran hospital), esto es, la *Lex artis "ad hoc"*. En cualquier caso, para los profesionales existe una obligación de *medios*, una necesidad de prestar la debida asistencia, y no tanto de *resultados*, no se puede garantizar la curación en todos los casos.

Los problemas que se derivan de la asistencia sanitaria en urgencias proceden de diferentes aspectos de la atención:

Información sanitaria al paciente (art. 5 Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente). La obligación del profesional de dar una información veraz, comprensible y adecuada para tomar decisiones, incluyendo los riesgos frecuentes o graves y alternativas a la intervención, es especialmente compleja en el marco de la urgencia. Sin embargo, la propia norma prevé la excepción al deber general de información en casos de urgencia. Por norma general, la información será verbal, y solo en algunos casos mediante un documento escrito.

Información a familiares. El mismo derecho que asiste al paciente alcanza a sus familiares y a las personas vinculadas por razones de hecho, siempre que aquel lo autorice de forma expresa o tácita (p. ej., paciente que entra acompañado en la consulta). La autorización nunca *se presume*, por lo que en caso de duda deberemos abstenernos de informar a terceros. Si el paciente está limitado para entender, por incapacidad legalmente establecida, minoría de edad o incapacidad física o psíquica, se adaptará la información a su capacidad de entender, y se facilitará entonces la información completa al tutor, padres o *"personas vinculadas por razones familiares o de hecho"* (art. 5.3 Ley 41/2002).

Consentimiento informado (art. 3 de la Ley 41/2002). Es "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud". Una vez recibida la

información, el paciente hará uso de su autonomía expresando su voluntad de aceptar alguna de las opciones planteadas o rechazando todas. El consentimiento también será *verbal*, y además mediante un documento escrito en el que conste la información más relevante suministrada, en los casos de "intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente" (Art. 8.2 Ley 41/2002). Puede ser revocado libremente por escrito en cualquier momento. Se excluyen de esta obligación las situaciones de *riesgo inmediato grave* para la integridad física o psíquica, consultando con la familia cuando fuera posible (art. 9.2.b), la *renuncia* escrita del paciente, el estado acreditado de *necesidad terapéutica*, y el *ingreso involuntario por motivo psíquico* (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil). También se exceptúa el *ingreso involuntario por riesgo para la salud pública*, recogido en la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que en su art. 2 establece que "las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a las situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolla una actividad", como un caso de tuberculosis activa que se negase a tratar.

Consentimiento por representación en caso de menores e incapaces (art. 9.3 Ley 41/2002). Si atendemos en urgencias a un paciente que no pueda consentir por sí mismo, por ser menor, incapaz física o psíquicamente a criterio del facultativo, o estar judicialmente incapacitado, el consentimiento se otorgará *por representación*, a través del padre, tutor o representante legal, o en su ausencia por persona vinculada a él por razones familiares o de hecho. Se establece con carácter general la mayoría de edad sanitaria en los *16 años*: "Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años, no cabe prestar el consentimiento por representación"; excepto en los supuestos de ensayos clínicos y reproducción asistida, en que rigen los 18 años (Código Civil). Existe una legislación específica para la interrupción voluntaria de embarazo en menores (Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo). Por debajo de los 16 años, el consentimiento lo prestará siempre el representante (padre o tutor), escuchando la opinión del menor si tiene 12 años cumplidos, más aún cuanto más maduro sea. Excepcionalmente, un menor de 16 años, que "sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención", podrá consentir por sí mismo sin intervención de los padres (doctrina del *menor maduro*).

Consentimiento anticipado: instrucciones previas (art. 11 Ley 41/2002). Mediante este documento "una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos". No serán aplica-

das mientras el paciente pueda expresarse por sí mismo si no se dan las circunstancias clínicas expresadas en ellas, o si son contrarias a la *Lex artis* o al ordenamiento jurídico.

Secreto profesional. El deber de confidencialidad, amparado por el art. 18 de la Constitución, obliga a salvaguardar la intimidad del paciente por cualquier profesional, sanitario o no, que acceda a la información. El Código Penal de 1995 (art 199.2) sanciona al “profesional que... divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de 1-4 años, multa de 12-24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de 2-6 años”. La muerte del enfermo no exime del deber de secreto. Esta obligación no es absoluta, en el nuevo Código de Ética y Deontología Médica se recogen excepciones.

Otra fuente de conflicto jurídico en urgencias son los *documentos medicolegales*, en concreto el informe de urgencias, el manejo y acceso a la historia clínica, los certificados de defunción o el parte judicial de lesiones. En este último documento es especialmente relevante la duda de los profesionales en emitirlo tras atender a pacientes víctimas de maltrato que expresan su intención de no denunciar. También generan dudas los pacientes que acuden detenidos

acompañados por la policía con la intención de pasar un reconocimiento médico a instancias propias o de la policía, de forma que se levante testimonio de la existencia o no de lesiones.

La mayor parte de estas situaciones de trascendencia medicolegal se resuelven con la aplicación del sentido común y una buena comunicación entre el médico y su equipo, por un lado, y el paciente y su familia, por otro, siendo muy pocos los casos que terminan judicializándose y muchos menos los que acaban en una condena.

Bibliografía recomendada

- León Vázquez F, Diéguez Pereira V. Responsabilidad Civil y Médico Legal. En: Casado Vicente V, editor. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semFYC Ediciones; 2007.
- 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
- León Vázquez F, Diéguez Pereira V, Canals Aracil M. Aspectos Legales de la atención sanitaria urgente. En: Cordero Torres J, Hormeño Bermejo RM, editores. Manual de Urgencias y Emergencias. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de semFYC. Barcelona: semFYC Ediciones; 2012. p. 5-11.

Actualización: Historia clínica digital de movilidad para equipos de urgencias y emergencias

Moderador:

Antonio Fernández Natera

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Director de la UGC Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Cádiz-San Fernando, Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España. Coordinador del GdT Urgencias de la SAMFYC

Ponente:

Juan Gayubo Autillo

Director de Sistemas de Información de Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

Resumen

El desarrollo de esta aplicación tiene como objetivo agilizar la recogida de la información clínica del paciente y los cuidados que se le aplican a través de un tablet PC y con conexión 3G, con el que trabajan los profesionales sanitarios desplazados en las unidades de vigilancia intensiva (UVI) móviles. Les permite tener en el momento de la actuación toda la información clínica del paciente recogida en su historia de salud digital. Captura los datos de los equipos electromédicos de la UVI móvil y se registra todo el episodio de urgencias en dicha historia. Asimismo se quedan registrados los tiempos asociados a cada fase de la atención sanitaria. A través de esta tecnología se recoge la información sanitaria del paciente, que es transmitida *on-line* al centro coordinador de urgencias y emergencias para su posterior evaluación y análisis de la calidad del servicio.

Historia clínica digital de movilidad de los equipos de urgencias y emergencias

La historia clínica digital de movilidad (HCD-M) es un proyecto de la Consejería de Salud y Bienestar Social a través de EPES en colaboración con INDRA y financiada por los fondos europeos de desarrollo regional (FEDER). Se encuentra implantada en todos los equipos de emergencias del 061 en Andalucía y en algunos dispositivos de cuidados críticos y urgencias en Córdoba y Cádiz.

Se ha desarrollado una aplicación con la que se pretende facilitar la labor de los sanitarios en la atención a los pacientes, tanto en sus domicilios como en la vía pública, así como en situaciones de accidentes con múltiples víctimas o emergencias colectivas. Trata de agilizar la recogida de la información clínica del paciente y los cuidados que se le aplican a los pacientes en situaciones de urgencia o emergencias.

Los equipos de urgencias y emergencias pueden acceder de inmediato a la historia clínica del paciente, en el mismo lugar de la asistencia, con solo introducir su tarjeta de salud, puesto que el sistema está conectado con la Base de Datos de Usuarios y con la historia única digital del sistema sanitario público de Andalucía (DIRAYA). Esto mejora sustancialmente la labor de los profesionales extrahospitalarios al permitirles tener, en el momento de la actuación, toda la información clínica del paciente recogida en su historia de salud digital, de manera que facilita la identificación de sus antecedentes, alergias, problemas previos, crónicos o cualquier otra circunstancia que pueda incidir en el diagnóstico.

Para ello, los equipos de urgencias y emergencias disponen de tablets que permiten el almacenamiento de datos y la comunicación *on-line* con las salas de coordinación de urgencias y emergencias a través de una conexión 3G. En la tablet se reciben los datos personales del paciente, del lugar del suceso y del motivo de la demanda, que son enviados desde las salas de coordinación del 061 de forma automática mientras acuden al lugar del suceso.



Funcionamiento

La aplicación HCD-M consta de diferentes perfiles de usuario: médico, enfermero, ECA (equipo de coordinación avanzada), y cada perfil tiene permiso para trabajar con determinadas funcionalidades de la aplicación. Los permisos de cada uno de los perfiles de usuario son:

- Médico. Acceso completo a todas las funcionalidades, excepto a diagnósticos (NANDA), planificación/evaluación (NOC) y evolución/observaciones/transferencia del bloque de cuidados, a las que accede en modo de solo consulta.
- Enfermero. Acceso completo a todas las funcionalidades, excepto a las de diagnóstico/evolución y EKG del bloque de historia clínica, a las que accede en modo de solo consulta.
- ECA. Acceso completo a todas las funcionalidades de la aplicación.

Una vez que se accede a la historia del paciente, nos aparecerá una pantalla que muestran las diferentes partes de la historia clínica.

Anamnesis Sin información	Exploración Sin información	EKG Sin información	Constantes/Escalas Sin información
Medicación Sin información	Fluidoterapia Sin información	Procedimientos Sin información	Diagnóstico/Evolución Sin información
RCP Sin información	Mecanismo lesional Sin información	Fibrinólisis Sin información	ICTUS Sin información

Durante la asistencia, los profesionales registran a través del tablet PC la información clínica y de cuidados del paciente. Se pueden introducir de forma rápida y sencilla los códigos de resolución del caso, el hospital al que se traslada el paciente y toda la información clínica de diagnóstico y tratamiento de la asistencia, estando siempre disponible la opción de incorporar manualmente cualquier comentario por escrito, además de poder generar el informe de la asistencia para el paciente, en los casos en que se resuelve el caso en el domicilio, o para el centro sanitario en las asistencias que requiere su traslado. Esta información se transmite al centro coordinador de urgencias y emergencias de forma inmediata, donde queda registrada junto a todos los datos del caso (llamada, transmisiones, tiempos, etc.) y desde donde se puede hacer un seguimiento de este, facilitando también la comprensión y legibilidad de la información.

Talleres de habilidades

T 12. Cirugía menor urgente en atención primaria

Docentes:

Francisco Beneyto Castelló

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Manises, Valencia. Responsable del Programa de Cirugía Menor del Departamento de Manises, Manises, Valencia. Coordinador del GdT de Cirugía Menor de la SVMFiC y Miembro del GdT Cirugía Menor de la semFYC. Profesor Asociado de Cirugía, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia, Valencia. Profesor Agregado de Cirugía Menor, Facultad de Medicina, UCV San Vicente Mártir, Valencia, España

Francisco Ortiz Díaz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS de San Vicente del Raspeig, Alicante, España. Coordinador del GdT Cirugía Menor de la semFYC y Miembro del GdT Cirugía Menor de la SVMFiC

Manuel Batalla Sales

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS de Rafalafena, Castellón de la Plana, España. Miembro GdT Cirugía Menor de la semFYC y de la SVMFiC

Contenido

Actualizar y/o formar a los asistentes en el manejo de la patología quirúrgica susceptible de tratamiento por el médico de familia en el ámbito de urgencias en atención primaria.

Los objetivos específicos son:

- Conocer la normativa actual referente a la atención quirúrgica.
- Conocer el equipamiento básico necesario para la atención quirúrgica urgente en atención primaria.
- Practicar y adquirir habilidades básicas en procedimientos de cirugía urgente.

T 13. Urgencias pediátricas

Docentes:

Fernando Souto Mata

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, FPUS 061 Galicia. Miembro del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Monitor de SVB por el Programa ESVAP de la semFYC

Ayose Pérez Miranda

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Perpetuo Socorro y del Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria. UD de MFyC de Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria, España. Médico de Ambulancia Medicalizada del Servicio de Urgencias Canario

Contenido

Aprender las técnicas de soporte vital para lactantes y para niños, aprender a diagnosticar y tratar las urgencias más frecuentes en la edad pediátrica: convulsiones febriles, disnea, fiebre y traumatismos.