

Ll. Comas Masmitjá*, X. Perramón
Montoliú**, C. Sábado Alvarez***,
J. Ballabriga Vidaller**, J. Pou Fernández*

An Esp Pediatr 1997;46:538-541.

Consenso médico-legal en Urgencias Pediátricas

Introducción

Durante la práctica habitual en Urgencias Pediátricas, surgen con frecuencia dudas acerca de cual debe ser la actuación correcta desde el punto de vista médico-legal ante distintos casos.

En la "II Reunión Nacional de Urgencias Pediátricas" celebrada en Barcelona en noviembre de 1996, se trató en una mesa redonda con la participación de los especialistas en el tema indicado anteriormente, sobre algunos de estos aspectos y con un triple propósito:

1º.- Conocer cual sería la actuación correcta ante unas situaciones concretas, frecuentes en la práctica.

2º.- Establecer unas pautas de actuación concretas, y

3º.- Plasmar estas normas consensuadas en una publicación de amplia difusión para general conocimiento y así sentar las bases que permitan a los integrantes de la administración de justicia decidir sobre la correcta actuación médica en cada caso concreto.

Método

El funcionamiento de la mesa se hizo en formato de entrevista por temas y aspectos puntuales con participación de todos los integrantes de la misma.

A continuación se enumeran los aspectos en los que se alcanzó un consenso unánime, estableciendo la pregunta, seguida de un pequeño comentario, para dar la conclusión alcanzada.

Discusión - Resultados

Como tema previo se constató que la legislación en temas médico-legales es uniforme para todo el Estado y para cada una de las autonomías, por lo que las conclusiones tenían validez para todo el territorio estatal.

1.- En el ámbito de las Urgencias Pediátricas, ¿cuál es la frecuencia de denuncias, cuántas de ellas van a producir una sentencia desfavorable para el pediatra y cuáles son los motivos más

frecuentes?

Con respecto a Cataluña, en el período de 1986 a 1995 se calcula que se han registrado aproximadamente 30.000.000 de asistencias de urgencias, y se han identificado en la Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona 49 reclamaciones exclusivas en el ámbito pediátrico, lo que cifra una incidencia de alrededor de 1/600.000.

De estas 49 denuncias, sólo en 9 de ellas hubo sentencia condenatoria para el médico, lo que da un porcentaje del 18 %.

Por temas concretos, de los 49 casos denunciados, las infecciones son las que reflejan mayor número de denuncias con un 35% del total, seguidas por temas de patología general (21%), malformaciones (10%) neoplasias (10%), error diagnóstico (8%), defectos en el seguimiento clínico (4%), suicidio (2%) y defectos administrativos y de instalaciones (10%).

Comparativamente con otras especialidades médicas (obstetricia-ginecología, cirugía, etc...), en pediatría las denuncias son muy poco frecuentes pero cuando se producen, tienen mayor virulencia.

2.- ¿Son legalmente correctas las consultas telefónicas?

En términos absolutos y por medio del teléfono, no se puede efectuar ningún diagnóstico ni tratamiento, a un paciente tanto conocido como desconocido. Sólo se acepta en caso de paciente ya visitado por este proceso como seguimiento o aclaraciones terapéuticas. En caso de cambio de estrategia terapéutica, es necesaria una nueva visita clínica personal.

NO son legalmente aceptables las consultas telefónicas.

3.- ¿Cómo actuar en los casos en que los padres se niegan al ingreso o tratamiento propuesto?

En casos en que no hay urgencia vital, el paciente o su representante legal podrán escoger la opción de seguir o no el tratamiento propuesto. En casos de negativa en pacientes ingresados el médico podrá exigir el "alta voluntaria" documentalmente.

Si al paciente, por ser menor o por otras circunstancias, no se le reconoce suficiente capacidad para decidir, aun afectando otros bienes jurídicos, como son la libertad de decisión de sus padres o tutores, prevalecerá el bien jurídico superior, el derecho a la vida, por ser centro y principio de todos los demás.

En caso de negativa de uno de los padres, es suficiente con la autorización del otro para instaurar el tratamiento destinado

* Servicio de Pediatría. Unitat Integrada H. Clínic - H. Sant Joan de Déu. Barcelona. ** Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. *** Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Correspondencia: Ll Comas Masmitjá
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Paseo Sant Joan de Déu 2
08950 Esplugues (Barcelona). E-mail: lcomas@acmcb.es

a solucionar la urgencia vital.

En caso de negativas a tratamiento o ingreso en un menor con urgencia vital, se aplicarán éstos, previa autorización del juez o del fiscal, a pesar del rechazo de los responsables.

4.- Caso de pacientes tratados simultáneamente con “medicinas complementarias”

A priori estas medicinas no deben generar rechazo, siempre y cuando el paciente siga el tratamiento científico validado por la comunidad médica y establecido como carácter principal.

Toleradas si no interfieren en el tratamiento principal.

5.- ¿Es obligatoria la existencia de pautas diagnóstico-terapéuticas en urgencias?

Por suponer la visita de urgencia un proceso patológico de variable gravedad que debe ser resuelto en un corto espacio de tiempo, la existencia de pautas y protocolos es de gran ayuda en el funcionamiento del servicio. Sin embargo, en ocasiones resulta conveniente actuar según otros criterios, decisión que corresponde al máximo responsable de urgencias en el momento en que se produce tal situación.

En caso de denuncia, la aplicación del protocolo validado por la comunidad médica del hospital en cuestión, ofrecerá un importante respaldo al médico ante la justicia.

Pautas y Protocolos: es RECOMENDABLE tenerlos y aplicarlos.

6.- ¿Qué nivel mínimo de exploraciones complementarias debe tener un servicio para poder atender urgencias?

- Hematología: hemograma completo
- Bioquímica: urea, creatinina, glucemia, equilibrio ácido-base, ionograma.
- Orina: bioquímica elemental
- Bacteriología: recogida de muestras para practicar hemocultivo, urocultivo y coprocultivo.
- Radiología: radiología de tórax, abdomen, cráneo, esqueleto. Exploraciones con contraste: tránsito EGD y enema opaco. Es de desear una formación ecográfica del radiólogo.

7.- Caso del paciente que empeora o fallece en la sala de espera de urgencias, ¿hay responsabilidad?, ¿de quién?

Si el paciente ha sido “admitido” administrativamente pero no ha sido todavía atendido, la responsabilidad será de todo el equipo de urgencias con su responsable y el de la institución.

Si el paciente ya ha sido “atendido” por un médico de puertas, aunque sea en condiciones precarias, la responsabilidad recaerá sobre el médico que atendió al paciente. La institución deberá respaldarle.

RESPONSABILIDAD COMPARTIDA entre el médico y la institución.

8.- ¿Qué debe constar en el informe de urgencias?

- **Datos mínimos administrativos:** filiación, fecha de naci-

miento, domicilio, datos del responsable y/o acompañante, día y hora de entrada y salida del servicio.

- **Anamnesis:** antecedentes patológicos, alergias, motivo de consulta.

- **Exploración física inicial:** exploración completa con el paciente desnudo.

- **Exámenes complementarios realizados**

- **Diagnóstico**

- **Tratamiento administrado “in situ”**

- **Tratamiento recomendado**

- **Destino:** domicilio, ingreso, traslado, etc.

- **Identificación profesional:**

- del médico: nombre, nº colegiado, firma.

- ATS: firma en tratamientos administrados.

9.- ¿Son legalmente aceptables los informes “pre-hechos” en los que sólo se debe poner un aspa en el ítem propuesto?

Pueden aceptarse, pero en caso de reclamación deberá explicarse su significado ante el juez.

Los informe pre-hechos son tolerables.

10.- La historia clínica y los exámenes complementarios ¿de quién son?

La historia clínica completa pertenece al paciente y su custodia corresponde al hospital.

El paciente tiene derecho a informes y copias de algún aspecto de su historia clínica o de su totalidad si lo desea, incluyendo la iconografía y los exámenes complementarios.

Se hace especial referencia a la obligación de custodia y confidencialidad de la historia clínica por parte del centro.

La documentación permanecerá en poder del centro. El paciente tiene derecho a informes y copias.

11.- En el caso de urgencias pediátricas atendidas por médicos no especialistas en pediatría pero tutelados por un pediatra, ¿sobre quién recae la responsabilidad?

En caso de reclamación sobre un médico no titulado tutelado por un especialista, pueden darse dos opciones:

a) Si el especialista corrobora la idoneidad del tratamiento indicado, validará la actuación del no especialista, en cuyo caso la actuación se considera correcta.

b) Si discrepa del tratamiento indicado, se le incluirá en la causa por no ejercer la función de tutela correctamente.

El eje de la cuestión está en el reconocimiento o no de capacitación científica del no especialista, independientemente de que sea o no titulado en la especialidad.

El rango de la norma jurídica que reconoce la carrera de medicina es superior al de las especialidades, por lo que aquella prevalece sobre ésta.

Un médico NO especialista en pediatría puede visitar niños, y más especialmente si un pediatra lo tutela y le reconoce capacitación profesional para ello.

12.- El “Consentimiento Informado”. Información al pa-

ciente.

El Consentimiento Informado se trata de una obligación regulada por Ley que ha de formalizarse en casos de intervenciones quirúrgicas, exploraciones o tratamientos médicos con riesgos conocidos o tratamientos homologados en fase de experimentación.

Debe hacerse por escrito, con capacidad de consentimiento por el paciente o sus responsables, previo al tratamiento, libre, reconocible e informado y con identificación del interlocutor.

El Consentimiento Informado se debe extender siempre que haya un riesgo razonable y debe cumplir una serie de requisitos para ser válido.

13.- ¿Qué valor tiene la exploración del médico de urgencias como perito ante el Juez?

El médico de urgencias tiene carácter de implicado o testigo en el campo concreto de su actuación.

Pero además, por su condición de especialista en el tema, el médico de urgencias y demás personal sanitario pueden pasar a ser peritos-testigos pues han oído las primeras manifestaciones del propio lesionado o personas que le han acompañado, aspecto de gran trascendencia desde el punto de vista judicial.

El médico de urgencias no sólo tiene carácter de perito ante el Juez, sino que en ocasiones se trata de perito-testigo.

14.- En casos de muerte súbita, en los que la toma de muestras antes de las 3 horas post-mortem es imprescindible para llegar a alguna de las etiologías, ¿habría posibilidad de realizarlas antes de la llegada del médico forense?

A los cadáveres pendientes de trámite judicial, no se les puede extraer ninguna muestra si no es en presencia y con autorización del médico forense.

15.- ¿En algún caso la autopsia anatomopatológica es válida judicialmente?

La técnica y los fines de los dos tipos de necropsia son distintos, por ello en caso de necropsia judicial, aunque pudiera realizarse conjuntamente con la clínica, siempre la presidirán de 1 a 3 forenses (serán 3 si pudieran derivarse penas superiores a 9 años de prisión).

En el caso que durante la realización de una autopsia clínica, el anatomopatólogo hallara indicios de criminalidad, deberá suspender aquella inmediatamente y dar aviso al organismo judicial para que sea continuada por el médico forense.

Si la autopsia clínica se hubiese practicado en su totalidad y posteriormente apareciesen indicios de criminalidad, la autopsia clínica tendría un valor indiciario desde el punto de vista judicial, por lo que debería procederse a la exhumación del cadáver y practicar una nueva autopsia judicial por dos médicos forenses.

La autopsia judicial sólo la puede practicar el Médico Forense.

16.- ¿Cuándo el médico de urgencias debe extender un par-

Este trabajo resume las conclusiones de la **Mesa redonda sobre “Problemas médico-legales en Urgencias Pediátricas”**, que tuvo lugar en la **II Reunión Nacional de Urgencias Pediátricas** celebrada en Barcelona en noviembre de 1996, y **compuesta por:**

Dra. Dolors Boix i Serra. Profesor Asociado de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

ltre. Sr. D. Luis Fernando Gómez Vizcarra. Magistrado-juez de Instrucción de Barcelona.

Sr. D. Xavier Fuster de Nicolau. Abogado. Miembro de la Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Dr. Adolfo Quiles Hill. Pediatra. Director médico del Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron.

Y actuando como moderadores, los doctores **Lluís Comas Masmitjà** y **Xavier Perramón Montoliú**, ambos pediatras.

Los autores agradecen la colaboración a los restantes miembros del Comité Científico de la **II Reunión Nacional de Urgencias Pediátricas**, los doctores **M. Balart Carbonell, F. Brossa Guerra, X. Codina Puig, C. Luaces Cubells, R. Porta Ribera, J.L. Simón Riazuelo, J.M. Soler Escoda.**

te judicial, que ha de constar en él, y cuándo debe comunicarlo además por vía de urgencia (teléfono o fax)?

Parte judicial es todo acto verbal o escrito dado por una persona física o jurídica, dirigido a la autoridad judicial, fiscal o policía judicial, referido a un hecho del que se haya tenido conocimiento en el ejercicio de una actividad profesional, y que este hecho pueda ser susceptible de constituir materia penalmente punible.

Deberá constar una exposición lo más detallada posible del cuadro lesional, con las explicaciones que sobre la causa aporten el propio lesionado o las personas que lo acompañen, y siempre con la opinión del propio médico al respecto.

Se deberá anticipar por vía telefónica en casos que se trate de una muerte real o inminente, violenta y sospechosa de criminalidad.

Parte judicial es poner en conocimiento de la autoridad judicial un hecho que puede ser punible. Deberá aportarse la máxima información sin faltar la propia opinión del médico.

17.- ¿Son válidos judicialmente los documentos en soporte informático?

Se aceptan, aunque en casos de gran trascendencia, deberán ser ratificados ante el juez por quien los suscribió.

18.- ¿Durante cuánto tiempo deben guardarse los informes de asistencia de urgencias?

La conservación y custodia de un parte de asistencia urgente debe ponerse en íntima conexión con el tiempo de prescripción de delito o falta que establece el Código Penal. Así abar-

ca desde las lesiones leves que sólo precisan de una primera asistencia sin tratamiento posterior, que deben conservarse un mínimo de 6 meses, hasta los casos en que pudieran constituir homicidio asesinato o simplemente imprudencia con resultado de muerte, deberán guardarse durante 20 años.

Los informes deben conservarse durante todo el tiempo que dure pena a que podrían dar lugar, de 6 meses a 20 años.

Bibliografía

- 1 Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.
- 2 Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
- 3 Real Decreto 521/1987 de 15 de abril. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- 4 Real Decreto 127/1984 de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.
- 5 Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- 6 Ordre 7/11/1986. DOG N° 774 (3/12/1986): Regulació obligatorietat informe d'alta hospitalària. (BOE n° 221 de 21 de septiembre de 1984).
- 7 Asúa A, de la Mata NJ: "El delito de coacciones y el tratamiento médico realizado sin consentimiento o con consentimiento viciado". "La Ley". N° 2539. 1990.
- 8 Romeo Casabona R, Castellano Arroyo M: "La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica". "DS" 1.1. 1993.
- 9 La Polissa de R.C. de l'any 1994. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. n° 57 novembre 1993.
- 10 Informe anual 1995: El Servei de Responsabilitat Professional aprovat i aprovat en la tasca de prevenció. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona, 1995.
- 11 La Responsabilidad de los profesionales y de las administraciones sanitarias. Actas del II Congreso "Derecho y Salud". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Granada, 1993.
- 12 La responsabilitat de l'acte mèdic. Col·lecció Salut i Sanitat. Col·legi de Metges de Barcelona. Ed. Laia. Barcelona, 1983.
- 13 Gisbert Calabuig JA: Nuevos Aspectos de la Responsabilidad Médica: El Ejercicio de la Medicina de grupo o en equipo. Discurso de recepción del Académico Electo Dr. Juan Antonio Gisbert Calabuig. Valencia, 1979.
- 14 Corbella Corbella J. "La Responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries". Discurs llegit per l'Acadèmic Electe Dr. Jacint Corbella i Corbella. Barcelona, 1985
- 15 Simon WH, Ehrlich GE. Medicolegal consequences of Trauma. Marcel Dekker. New York, 1993
- 16 Fernández Costales J. Responsabilidad civil médica y hospitalaria. Ed. LA LEY. Madrid, 1987.
- 17 Martínez-Pereda Rodríguez JM. La imprudencia punible en la profesión sanitaria según la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Ed. Colex. Madrid, 1985.
- 18 Jorge Barreiro A. "La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica. Ed. Tecnos. Madrid, 1990.
- 19 Crull JF. "Legal Aspects of Anaesthesia". Kluwer Academic Pub. The Netherlands, 1989
- 20 World Health Organization. Legislative Responses to AIDS. Martinus Nijhoff Pub. The Netherlands, 1989.
- 21 Everette James A Jr. Legal Medicine with Special reference to Diagnostic Imaging". Ed. Urban. Munich, 1980.