

# **TEMA 2:**

## **Aspectos médico-legales en Urgencias**

---

# **ASPECTOS MÉDICO-LEGALES** **EN URGENCIAS**

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, las relaciones clínico-asistenciales tienen como je básico los derechos de los pacientes, con base en el **principio de autonomía**. Son aspectos básicos de esta regulación:

- El derecho a la información.
- El consentimiento informado.
- Derecho a la intimidad.
- Confidencialidad de la información relativa a la salud de las personas, deber de protección y deber de secreto respecto a dichos datos.

La regulación básica de estos derechos se contienen en la 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, norma que puede ser desarrollada por los distintos órganos legislativos de las comunidades autónomas.

En Extremadura, los aspectos médico legales referente a la información sanitaria y autonomía del paciente se recogen en la Ley 3/2005, 8 de Julio (DOE núm 82, 16 Julio).

## **A. DERECHO A LA INFORMACIÓN.**

Los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre su proceso y sobre la atención sanitaria recibida, debiendo respetarse la voluntad del paciente de no ser informado, salvo en los supuestos exceptuados por la ley.

- **¿A quién informar?:**

El titular del derecho a la información es el propio paciente y si este lo permite de manera expresa o tácita, también pueden ser informadas las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho.

La ley 41/2002 dispone que en casos de incapacidad y menores hasta 16 años que no tengan capacidad intelectual o emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención, también debemos informar al paciente aunque siempre adaptando la información a sus posibilidades de comprensión e informado a sus representante legal.

Por su parte, la ley 5/2010, de 24 junio, sobre derechos y deberes en materia de salud en Castilla-La Mancha menciona que, cuando, a criterio del médico responsable, el paciente carezca de capacidad para comprender la información o para hacerse cargo de su situación a causa de su estado físico o psíquico, se informará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, sin perjuicio de la obligación de informar al paciente en la medida que lo permita su grado de comprensión.

- **¿Quién debe informar?:**

Para cada proceso asistencial hay que asignar al paciente un profesional sanitario, que es el coordinador de ese proceso asistencial y el responsable de asegurarse de que el paciente recibe toda la información, siendo además su interlocutor principal con todo el equipo asistencial

Ello no exime al resto de los profesionales que atienden al paciente de facilitar la información sobre el proceso del paciente.

## DERECHO A LA INFORMACIÓN

### A quién informar

1. **AL PACIENTE**, por ser la persona a la que se refieren los datos personales y de salud, aun en el caso de que se trate de menores de edad o incapacitados, a quienes se dará la información de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, adaptada a la edad y capacidad de la persona.
2. **A LA PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE**, siempre que dicha autorización sea fehaciente (autorización expresa o tácita, aunque preferiblemente por escrito).
3. **AL PACIENTE Y A SU REPRESENTANTE** (padres o tutor legal) en el caso de incapacitados (legalmente o de hecho) y de menores hasta 16 años que no tengan la capacidad intelectual o emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención.

### Quién debe informar

1. **EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE**, que garantizará que se da la información.
2. **TODOS LOS PROFESIONALES QUE ATIENDAN AL PACIENTE DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL O LE APLIQUEN UNA TÉCNICA O UN PROCEDIMIENTO CONCRETO.**

- **Contenido y forma de la información:**

El contenido de la información comprenderá, como mínimo, la **finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias**. Además, deberá ser **verdadera** y se comunicará al paciente de forma **comprensible y adecuada a sus necesidades**, ayudándole a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

La información dependerá de cada caso, de cada paciente, proporcionándole toda la información que necesite para tomar una decisión.

Generalmente la información será **VERBAL**, dejando siempre constancia escrita en la historia clínica. Además, será por **ESCRITO** en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en los procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. En estos casos se proporcionará por escrito la información básica siguiente:

- Consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origine con seguridad.
  - Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
  - Los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
  - Las contraindicaciones.
- **Excepciones a la obligación de informar:**
    - **Estado de necesidad terapéutica o privilegio terapéutico**, entendiendo la ley por estado de necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. El médico deberá dejar constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y a comunicar su decisión y la información a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.
    - **Urgencia vital:** si no es posible informar al paciente a fin de que este preste su consentimiento, se informará y recabará el consentimiento de sus familiares o allegados. Si ello tampoco es posible, se llevará a cabo la actuación médica pertinente.
    - **Renuncia del paciente a recibir información:** el facultativo deberá hacer constar la renuncia del paciente documentalmente, sin perjuicio de que, en todo caso, deberá obtener su consentimiento para la intervención. Esta negativa del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso, así pues, por ejemplo, este derecho no se reconocerá cuando exista alto riesgo de posibilidad de transmisión de una enfermedad grave. La negativa deberá constar en la historia clínica del paciente.
  - **Garantía de la información asistencial:**
    - Se deberá procurar que la asignación e identificación del médico y el enfermero o la enfermera responsables tenga lugar en el menor intervalo de tiempo posible tras el ingreso del paciente.

- En ausencia de estos profesionales responsables asignados, el centro, establecimiento o servicio sanitario garantizará que otros profesionales del equipo asuman las responsabilidades de aquéllos.
- El médico responsable del paciente le garantizará el cumplimiento de su derecho a la información, al igual que los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, con la debida implicación del enfermero o la enfermera responsable en cuanto a su proceso de cuidados.

## **OTROS DERECHOS:**

### **1. Tiempos máximos de atención:**

Todas las personas que soliciten asistencia en urgencias hospitalarias tienen derecho a ser recepcionadas, acogidas y clasificadas (R.A.C.) por un profesional sanitario titulado en los primeros diez minutos después de haber sido filiadas en el servicio de admisión, con el objetivo de evaluar la gravedad del proceso que padece y priorizar el orden de atención, el lugar y los medios que necesite, salvo en las emergencias que serán atendidas de manera inmediata. Dependiendo de la gravedad que presente, desde Triage se establecerá un nivel de prioridad que marcará el tiempo de espera máximo para la atención de cada paciente.

<b>Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET</b>			
Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/médicos 7 min
III	Naranja	Urgente	30 min
IV	Verde	Menos urgente	45 min
V	Negro	No urgente	60 min

Las personas que precisen ingreso “tienen derecho a ocupar una cama de hospitalización a la mayor brevedad posible y, en todo caso, en un máximo de doce horas desde la solicitud administrativa de ingreso”. En el caso de no disponer de camas, se informará a los pacientes y “se les ofrecerá la posibilidad de ser ingresados en alguno de los centros hospitalarios públicos de la región que, a tenor de las características del

proceso clínico del paciente, de la disponibilidad de camas y de su proximidad, determine el hospital de origen”.

## **2. Derecho a acompañamiento:**

Los pacientes, una vez valorados en Triage tienen derecho a permanecer acompañados por un familiar o persona de su confianza, salvo que esto perjudique su asistencia. En el caso de los menores, estos tienen derecho a estar acompañados por sus padres o tutor legal, así como en el caso de las personas incapacitadas, que serán acompañadas por sus representantes legales.

Los profesionales sanitarios deben tener especial atención al acompañamiento de:

- Personas dependientes.
- Personas con deterioro cognitivo, trastorno mental o alteración del nivel de conciencia.
- Personas con discapacidad auditiva o visual o con movilidad reducida.
- Mujeres durante el segundo y tercer trimestre del embarazo o durante el proceso de parto.

## **3. Trato respetuosos:**

- El artículo 13 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, dispone como derecho de los ciudadanos el de “ser tratados con respeto y deferencia por las autoridades y funcionarios”, favoreciendo la implicación del paciente en el proceso asistencial, garantizado que puedan participar en la toma de decisiones y mejorando la comunicación profesional-paciente/familiar que, en muchos casos, evitará malos entendidos y/o reclamaciones.

## **B. CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

### **Definición de consentimiento (artículo 3, ley 41/2002):**

- Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada de forma **voluntaria y libre**, previa obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, para la realización de cualquier actuación relativa a su salud.
- La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico responsable. El consentimiento deberá recabarse por el médico responsable de la asistencia al paciente o por el que practique la intervención o aplique el procedimiento al paciente.

### **Prestación del consentimiento.**

- El consentimiento se prestará de **forma verbal** como regla general, aunque deberá recabarse por **escrito** en los siguientes supuestos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El facultativo deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.
- Independientemente de la forma de prestación del consentimiento, deberá constar en la historia clínica la información facilitada al paciente durante su proceso asistencial y el carácter de su consentimiento.
- El paciente tiene derecho a revocar libremente su consentimiento en cualquier momento, cumpliendo los mismos requisitos de forma que en su otorgamiento.

### **¿Quién debe prestar el consentimiento?:**

#### **EL PACIENTE.**

- La ley establece como norma general que el consentimiento prestado por el paciente mayor de 16 años o menor emancipado será prestado por el paciente y únicamente el consentimiento será prestado por el representante legal del mismo si, después de haber escuchado su opinión si tiene más de 12 años cumplidos, el facultativo considera que

el paciente no es capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, las consecuencias y los riesgos que suponen rechazar el tratamiento. Así pues, siempre, a partir de los 12 años, el menor debe ser informado y oído de cuanto se refiere a su dolencia y al tratamiento asistencial que se proponga y en la medida de que no sea capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, su consentimiento será prestado por representación. Pero si dicho menor de edad es capaz intelectual y emocionalmente, siempre a juicio del facultativo, prestará el correspondiente consentimiento y ejercerá el resto de los derechos que la legislación sanitaria le otorga. En todo caso, a partir de los 16 años, y siempre que las condiciones de madurez del menor se aprecien suficientes, su consentimiento es determinante de la asistencia y no cabe prestar el consentimiento por representación, pero se deberá informar a sus padres y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente en los casos de actuaciones de grave riesgo. En caso de duda podrá ponerse el hecho en conocimiento de la Autoridad Judicial. Cualquier circunstancia irregular que pueda perjudicar al menor o que constituya un riesgo para su salud, debe ser comunicada al Juzgado y/o a la Fiscalía de Menores para la actuación que corresponda. Además, se puede solicitar la valoración por parte de un psiquiatra.

- Tras la modificación de la legislación que se produjo en el años 2015, los pacientes menores de edad maduros, menores emancipados o mayores de 16 años, cuando no sean incapaces ni incapacitados, no pueden prestar el consentimiento por sí mismos para todo tipo de intervenciones, en los siguientes casos:
  - En caso de grave riesgo para la vida o salud del menor a criterio del facultativo, el consentimiento será prestado por el representante legal del menor (padres o tutor legal), pero una vez oída y tenida e cuenta la opinión del mismo. Por ello, ante situaciones de grave riesgo para la vida o la salud del menor, el consentimiento será prestado por los representantes legales de dichos pacientes.
  - La participación en ensayos clínicos.
  - La práctica de técnicas de reproducción humana asistida.
  - En la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso,

además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

- Donación de órganos.
- Voluntades anticipadas.

### **Otorgamiento del consentimiento por representación:**

La ley 41/2002 y la Ley 5/2010 sobre derechos y deberes en materia de salud lo regula disponiendo que el consentimiento se otorgará por representación en los supuestos siguientes:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico le permita hacerse cargo de la situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestará una de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado, corresponderá a ella la preferencia.
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente, en cuyo caso el consentimiento deberá otorgarlo su representante legal.
- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

En el caso de que sea necesario que se preste el consentimiento por parte del representante legal del menor, y siempre que el mismo no sea un tutor sino sus padres, bastará con el de uno de los dos si ambos están de acuerdo. Pero en el caso de que existiese

discrepancia entre ellos o dudas en la actuación a llevar a cabo, se deberá poner el hecho en conocimiento de la Autoridad Judicial. Cualquier circunstancia irregular que pueda perjudicar al menor o que constituya un riesgo para su salud, debe ser comunicada al Juzgado y/o a la Fiscalía de Menores para la actuación que corresponda.

En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, práctica de ensayos clínicos o práctica de reproducción humana asistida, se estará a lo dispuesto con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad y por la normativa específica que sea de aplicación.

Cuando la decisión del representante legal pueda presumirse contraria a los intereses del menor o incapacitado, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.

En los supuestos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión e intervención médica debe ser la más objetiva y proporcionada posible a favor del paciente y de respeto a su dignidad personal, procurándose que el paciente y, en su caso, sus familiares o allegados, participen todo lo posible en la toma de decisiones y quedando reflejado todo ello de forma motivada en la historia clínica.

Las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma de Extremadura, velarán por la efectividad de este criterio y, especialmente, cuando se vean afectadas personas mayores, personas con enfermedades mentales o personas con discapacidad física, psíquica o sensorial.

### **Excepciones a la necesidad de obtener el consentimiento informado:**

De conformidad con la 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, y la Ley 5/2010 sobre derechos y deberes en materia de salud, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensable a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento en los siguientes casos:

- Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a las autoridades judicial en el plazo máximo de 24h siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Situaciones de urgencia: cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. El mero hecho de que el paciente acuda al Servicio de Urgencias no presupone la existencia de esta excepción a la necesidad de informarle.

En estos casos deberá dejarse constancia suficiente en la historia clínica de las circunstancias y de los motivos que han llevado a adoptar la decisión, comunicándolo a los familiares siempre que ello fuese posible.

### **Contenido del documento específico del consentimiento informado:**

El documento de consentimiento informado debe ser específico para cada procedimiento y debe contener al menos la información legalmente exigida por la Ley 41/2002:

1. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
2. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
3. Los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
4. Las contraindicaciones.

El documento informado se solicitará mediante documento escrito en los siguientes casos:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.

- En general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Además, dicho documento deberá contener, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios, como mínimo:

- Identificación y descripción del procedimiento, con explicación breve y sencilla del objetivo del mismo, en qué consiste y la forma en que se va a llevar a cabo.
- Beneficios que se esperan alcanzar, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias y molestias previsible de su realización y de su no realización, riesgos frecuentes, de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos. (Se entiende por riesgos típicos o frecuentes como aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia).
- Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales.
- Identificación del centro, establecimiento o servicio sanitario.
- Identificación del paciente y, en su caso, del representante legal, familiar o allegado que presta el consentimiento.
- Identificación del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente, sino también el responsable con carácter general de la asistencia al paciente.
- Declaración de quien presta el consentimiento de que ha comprendido adecuadamente la información, conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación, y ha recibido una copia del documento.
- Lugar y fecha.
- Firmas del médico y de la persona que presta el consentimiento.

En el caso de que no exista un documento protocolizado para que el paciente preste su consentimiento, se debe reflejar en la historia clínica, lo que ratificará el paciente por escrito en la misma.

En el caso de que el paciente o, en su caso, sus representantes, manifestara su negativa a recibir un procedimiento sanitario, el profesional responsable de su aplicación deberá informarle acerca de otras alternativas existentes y, en su caso, ofertar estas cuando estén disponibles, debiendo tal situación quedar adecuadamente documentada en la historia clínica.

No obstante, si no existieran procedimientos sanitarios alternativos disponibles o fueran rechazados todos ellos, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Si no la firmase, la dirección del centro, a propuesta del profesional sanitario responsable, podrá ordenar el alta forzosa del paciente en los términos previstos por la legislación vigente.

En todo caso, la solicitud del consentimiento informado, previo el otorgamiento de la información necesaria, es un acto clínico más y no solo jurídico, por lo que el médico deberá cumplimentar todos los datos necesarios como la fecha, la firma, número de colegiado, etc., ya que por parte de los tribunales se están considerando inválidos los consentimientos no cumplimentados correctamente.

### **Consentimiento prestado con limitaciones.**

A veces el paciente limita su consentimiento solo a una determinada parte o a un determinado procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, lo cual debe ser respetado, salvo que no s encontremos ante pacientes menores de edad o incapacitados. Algunos ejemplos serían los siguientes casos:

- Los testigos de Jehová pueden negarse a recibir transfusiones de sangre. Sin embargo, ello 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. En todo caso, en la actualidad no plantea ningún problema la negativa de un paciente mayor de edad, y con su capacidad plena, para que sea respetada su voluntad de no ser intervenido si ello supone la necesidad de realizar una transfusión.

Por el contrario, si nos encontramos con pacientes menores de edad, y estos ni sus padres o tutores acepten el tratamiento o la transfusión, se deberá solicitar la autorización judicial.

En el caso de que nos encontrásemos ante pacientes mayores de 16 años con la suficiente madurez y estos aceptasen el tratamiento y la

transfusión, aunque sus padres se nieguen, se deberá proceder a realizarla.

- Un paciente afecto de cualquier enfermedad, por grave que sea esta, puede consentir únicamente el tratamiento paliativo, pero no hacerlo ante tratamientos que tienen por objeto prolongar la vida.

**HISTORIA CLÍNICA:** (Capítulo I del TÍTULO V – “Derechos relativos a la documentación sanitaria”).

### **DEFINICIÓN y TRATAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro sanitario.

Al menos en cada centro sanitario existirá una historia clínica única para cada paciente y en un modelo uniforme, que recogerá los contenidos mínimos fijados en el artículo siguiente, adaptados al nivel asistencial que tengan y la clase de prestación que realicen.

Cada centro sanitario archivará la historia clínica de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizados su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información, así como la autenticidad del contenido de las mismas y su plena reproductibilidad futura. Debe garantizarse que queden registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado. El centro deberá proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que son sean autorizados.

## CONTENIDO:

El paciente tiene derecho a que su historia clínica sea completa, debiendo constar en la misma toda la información sobre su estado de salud y sobre las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales realizados.

La finalidad de la historia clínica no es única. La principal es facilitar la asistencia sanitaria al paciente, pero también se puede utilizar con fines docentes, de investigación clínica y epidemiológica, de gestión y planificación de recursos asistenciales, jurídicos y de calidad asistencial; todo ello, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria y de protección de datos de carácter personal.

Las historias deberán guardar un orden secuencial del proceso asistencial y debe ser común para cada centro y única por paciente. Serán claramente legibles, evitándose en lo posible la utilización de símbolos y abreviaturas y usando la terminología normalizada y universal. Esto es básico no solo para que el paciente comprenda la información que se le da, sino el tratamiento que se le indica.

En las historias clínicas hospitalarias en que participen más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional y la identificación de los mismos.

La historia clínica debe tener un número de identificación, y debe incluir los siguientes datos:

- a) Datos de identificación del enfermo y de la asistencia:
  - Nombre y apellidos del enfermo.
  - Fecha de nacimiento.
  - Sexo.
  - DNI, pasaporte o permiso de residencia.
  - Código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.
  - Domicilio habitual y teléfono.
  - Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
  - Autorización de ingreso.

- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
  - Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede.
  - Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.
  - Médico responsable del enfermo.
  - Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente.
- b) Datos clínicos asistenciales:
- Antecedentes familiares y personales fisiológicos y patológicos.
  - Informe de urgencia.
  - Descripción de la enfermedad o el problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta.
  - Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta.
  - Anamnesis y exploración física.
  - Hojas de curso o evolución clínica, en caso de ingreso.
  - Hojas de tratamiento médico y órdenes médicas, y de planificación de cuidados de enfermería.
  - La aplicación terapéutica de enfermería.
  - El gráfico de constantes.
  - Hojas de consentimiento informado, si procede.
  - Hojas de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si existe.
  - Escrito de renuncia a recibir información, si existe.
  - Informe de alta del episodio de atención y hoja de problemas de atención primaria.
  - Documento de alta voluntaria, o forzada, en su caso.
  - Hoja de expresión anticipada de voluntades, si las hubiere.
  - Informe de necropsia, si existe.
  - En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.
  - El informe de anatomía patológica.
  - Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente.
- c) Datos sociales, informe social si procede:

- d) Anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios, entendiéndose ellas las impresiones de los profesionales sanitarios, basadas en la exclusiva percepción de aquéllos, y que, en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que puedan tener la consideración de un diagnóstico.

## **UTILIZACIÓN Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.**

Las historias clínicas son documentos de confidencialidad y responsabilidad de la administración sanitaria o entidad titular del centro sanitario, cuando el médico trabaje por cuenta y bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la responsabilidad corresponderá al médico que realiza la atención sanitaria.

La entidad o facultativo es responsable de la custodia de las historias clínicas y habrá de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos y de la información contenida en ellas.

La gestión de la historia clínica será responsabilidad de la unidad de admisión y documentación clínica, o unidades similares, de manera integrada en un único archivo de historias clínicas por centro sanitario.

Los profesionales que intervengan en la asistencia directa de un paciente, tendrán acceso a la historia clínica completa del mismo, utilizada como instrumento fundamental para su adecuada asistencia, pero siempre limitada a los recursos que precisen para el desarrollo de sus funciones. Es decir, aunque tengamos clave para poder acceder a las historias clínicas de los pacientes, solo debemos acceder a:

- Las historias clínicas de los pacientes a los que prestemos a la asistencia sanitaria, por ser necesario para realizar nuestro trabajo.
- Únicamente se accederán a aquellos contenidos que sean imprescindibles para nuestra correcta actuación.

El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tendrá acceso a las historias clínicas, con absoluta garantía del derecho a la intimidad personal y familiar, en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier

otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación, de docencia o de información y estadística sanitaria, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento de no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica quedará limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo podrá acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones, y en todo caso queda sujeto al deber de guardar secreto de los mismos.

Registro de acceso de cada intento de acceso al sistema de información de la historia clínica electrónica del SES, se guardarán, como mínimo, la identificación del profesional de que se trate, la fecha y hora en que se realizó, la parte de la historia a la que se ha accedido y el tipo de acceso. Si el acceso queda denegado, esta denegación también quedará registrada.

### **CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación de la historia clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento, confidencialidad y seguridad, para la debida atención al paciente, durante al menos quince años contados desde la fecha del alta de cada proceso.

La conservación de la documentación deberá garantizar la preservación de la información y no necesariamente del soporte original.

Se conservará indefinidamente aquella información que se considere relevante a efectos preventivos, epidemiológicos, de investigación o de organización y funcionamiento del SNS. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente.

### **DERECHOS DEL PACIENTE RELACIONADOS CON EL ACCESO A SU HISTORIA CLÍNICA:**

El paciente tendrá derecho de acceso a la documentación de su historia clínica a excepción de aquella parte de la misma que contenga anotaciones subjetivas realizadas por los profesionales.

El derecho de acceso a la historia no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de sus datos si figuran en dicha documentación, y así consta.

El derecho de acceso conllevará el derecho del paciente a obtener copias o certificados de los mencionados documentos, y a conocer en todo caso quién ha accedido a sus datos sanitarios, el motivo del acceso y el uso que se ha hecho de ellos.

El derecho de acceso del paciente puede ejercitarse también por representación legal, siempre que ésta esté debidamente acreditada.

En el caso de pacientes fallecidos, sólo se facilitará el acceso a la historia clínica a personas vinculadas al paciente, salvo en el supuesto de que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente, indicándolo por escrito, constituyéndose el centro en garante de la información. El citado escrito deberá ser incorporado a la historia clínica.

### **INFORME DE ALTA y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:**

**Informe de alta:** al finalizar el proceso asistencial, todo paciente o persona a él vinculada tendrá derecho a recibir de su médico responsable un informe de alta que especifique, al menos, los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas, o cualquier otra

información, si esta es relevante, de la intervención en la actividad asistencial de cualquier otro profesional sanitario.

**Alta voluntaria y alta forzosa del paciente:** los pacientes o usuarios estarán obligados a firmar el alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento prescrito. La hoja de alta voluntaria es el documento por el que el paciente, o el responsable legal del mismo, deja constancia de su decisión, en contra de la opinión de los médicos que lo atienden, de abandonar el centro sanitario donde permanece ingresado, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse. Deberá ser firmado por el interesado y por el médico responsable, debiendo constar el DNI, pasaporte o permiso de residencia de aquél, y la fecha y hora en que se da el alta. Si el paciente lo desea, podrá expresar en él los motivos de su decisión.

Si el paciente se negase a firmar el alta voluntaria, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, y una vez comprobado el informe clínico correspondiente, oirá al paciente, y si persiste en su negativa podrá ordenar el alta forzosa, poniéndolo en conocimiento de la autoridad judicial para que confirme o revoque la decisión. No obstante el hecho de no aceptar el tratamiento dispuesto no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Tal circunstancia deberá quedar debidamente documentada.

## C. DERECHO A LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley” (Ley 41/2002).

“La confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”.

La ley 5/2010 distingue varias esferas respecto al derecho a la intimidad del paciente:

### - **Intimidad física:**

- “Toda persona tiene derecho a ser atendida en un medio que garantice su intimidad, con especial respeto a la intimidad del cuerpo durante la realización de los exámenes de diagnóstico, consultas y tratamientos médicos o quirúrgicos, cuidados, actividades de higiene y demás actuaciones sanitarias”.
- “Toda persona tiene derecho a limitar, en los términos establecidos por la normativa vigente, la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, videos y otros medios que permitan su identificación”.

### - **Intimidad referida a la información personal:**

- “Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de la información relacionada con su salud y con su estancia en centros sanitarios, públicos y privados, y a que nadie pueda acceder a ella sin previa autorización amparada por la Ley”.
- Dispone como novedad, respecto a la Ley 41/2002, el derecho a la confidencialidad referido a la información relativa al patrimonio genético.
- “Los centros, servicios y establecimientos sanitarios vigilarán que se guarde la confidencialidad de los datos referidos a la ideología, religión, creencias, origen racial, vida sexual, al hecho de haber sido objeto de malos tratos y, en general, cuantos datos o informaciones puedan tener especial relevancia para la salvaguarda de la intimidad personal y familiar”.

## **D. DEBER DE SECRETO:**

El derecho a la intimidad del paciente implica que el profesional sanitario tiene la obligación de mantener la confidencialidad de los datos aportados por el paciente (deber de “secreto”) respecto de cualquier información proporcionada por su paciente en el ámbito de la relación médico-paciente, no pudiendo revelársela a un tercero sin su consentimiento específico, o sin que se ampare en una causa legal expresa que le exima del deber de secreto.

En la actualidad, el deber de secreto queda recogido tanto en normas éticas o deontológicas, como en las propias leyes, pudiendo tal conducta ser objeto de distintas infracciones:

- Infracción deontológica recogida en los códigos deontológicos de los Colegios profesionales.
- Disciplinaria (art 9 y 12 del Estatuto Marco).
- Penal. El Código Penal castiga como delito determinadas conductas relativas al descubrimiento y revelación de secretos.

El acceso a la documentación clínica de un paciente sin motivo, a pesar de que se tenga clave para acceder a la documentación clínica, no solo está considerada como delito, con penas de prisión, sino que además se puede imponer una sanción disciplinaria.

## **CESIÓN DE DATOS DE SALUD:**

El deber de secreto en el ámbito sanitario no es absoluto, sino que tiene límites. Existen excepciones a la norma general de prohibición de cesión de datos relativos a la salud y que justificarían que dichos profesionales no sean sancionados por ello.

Estas excepciones son:

1. **El consentimiento del paciente:** el profesional sanitario puede revelar datos de la salud de sus pacientes si este lo autoriza expresamente.
2. **El deber de colaboración con la justicia:** dentro de esta excepción nos encontramos varios supuestos:

- Los supuestos de investigación por la Autoridad Judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.
- Cesión de datos a las Fuerzas de Seguridad: la Ley de Enjuiciamiento Criminal autoriza a las Fuerzas de Seguridad para que, de forma inmediata, recabe de los Centros Sanitarios los informes médicos existentes sobre los participantes en determinados delitos e incorporarlos al Atestado policial que se incoa por las mismas. “La cesión de datos de la historia clínica a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado no requiere recabar el consentimiento previo de la persona o personas afectadas cuando la obtención de los mismos sea necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales en los supuestos en que sea absolutamente necesaria para los fines de una investigación concreta. La Policía Judicial podrá acceder en cualquier momento a la historia clínica, siempre que dicho acceso se realice en el seno de una investigación judicial y así se acredite. En los demás casos, la cesión de datos de la historia clínica a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado sin consentimiento de la persona interesada exigirá la correspondiente orden judicial”.

Si el facultativo y otro personal del Centro Sanitario no atiende el requerimiento realizado por estas FCSE, podría incurrir en un delito tipificado en el Código Penal y penado con suspensión de empleo y sueldo.

**3. Emisión del parte de lesiones:** la Ley de Enjuiciamiento criminal dice que “si el hecho criminal que motivase la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieron al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad...” Dicha comunicación se realiza en el documento “Parte Judicial”.

El objetivo del parte de lesiones es:

- Asesorar a la Justicia sobre los aspectos médico-legales que se precisaren de las lesiones, para determinar la gravedad del delito.
- Aportar toda la información que ayude a desentrañar la reconstrucción de los hechos.

Por ello, cuando un facultativo atiende a un paciente con lesiones, en los casos que se sospechen criminalidad, tiene la obligación de ponerlo en conocimiento de la Autoridad Judicial mediante el parte judicial por lesiones.

El destino final del parte judicial es el Juzgado de Guardia.

El médico que omitiere esta actuación podría ser condenado como autor de un delito de omisión del deber de perseguir delitos tipificado en el Código Penal.

**Tabla 6.3.** Estructura básica del parte judicial por lesiones

- Filiación del facultativo con todos los datos necesarios para su correcta identificación, especialidad y de la institución para la que presta sus servicios.
- Lugar y hora en la que se presta la asistencia (hora de entrada y hora de salida).
- Identificación del paciente y de sus acompañantes, y de las personas que hubiesen participado y presenciado los hechos (se deberá realizar con el DNI si es posible).
- Cómo se produjeron las lesiones.
- Quién las produjo, lugar, fecha y hora en que se produjeron.
- 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 o si se remite a otro especialista.
- A efectos médico-legales se debe hacer constar si las lesiones han necesitado para curar solo primera asistencia o, por el contrario, si han necesitado tratamiento médico o quirúrgico; para ello, conviene hacer constar expresamente, entre otros datos:
  - Si ha necesitado puntos de sutura y cuántos.
  - Si necesita reposo absoluto o relativo y durante cuánto tiempo se prescribe.
  - Si necesita tratamiento ortopédico (collarín, etc.).
- Valoración de los daños personales que produce la lesión, por la responsabilidad civil delictual que se deriva del delito de lesiones.

La realización y envío del correspondiente parte judicial es independiente de la cumplimentación de la correspondiente historia clínica por la asistencia sanitaria prestada. Puede ser emitido en cualquier momento y por cualquiera de los facultativos que realizan la asistencia, en virtud de los hallazgos realizados durante la misma, y aunque en un principio la asistencia no hubiera sido calificada como de judicial.

La redacción debe ser clara, concisa y legible. Se debe respetar la objetividad, prudencia y sentido de la realidad que son deontológicamente exigibles a todo médico en cuanto a la práctica pericial.

**4. Comunicación de hechos delictivos:** “los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de Policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”. Este caso incluiría el conocimiento de los malos tratos proferidos a un paciente, independientemente de que la asistencia que se presta no tenga ninguna relación con los mismos.

#### **5. Comunicación de fallecimiento a la Autoridad Judicial:**

En el fallecimiento de una persona se distinguen varios conceptos médico-jurídicos claves:

- **MUERTE NATURAL:** es la terminación de la vida de una manera espontánea tras un proceso que sucede comúnmente.
- **MUERTE VIOLENTA:** se debe a agentes exteriores violentos, traumáticos o tóxicos ajenos a la naturaleza del individuo.
- **MUERTE SOSPECHOSA DE CRIMINALIDAD:**
  - Muerte que se produce de una manera súbita e inesperada en una persona aparentemente sana.
  - Muerte natural que acaece en un sujeto sin asistencia facultativa (se desconoce la verdadera causa de la muerte).

Existe la obligación de comunicar al Juzgado de Guardia y, por tanto, procede la intervención del médico forense en los casos en los que el fallecimiento del paciente se produce por:

- **MUERTE VIOLENTA:** aquella que no se produce como consecuencia de circunstancias naturales:
  - Homicida.
  - Accidental.
  - Suicida.
- **MUERTE SOSPECHOSA DE CRIMINALIDAD:** en el caso de que el fallecimiento de un paciente se produce a consecuencia de

una lesión que pueda ser constitutiva de delito de lesiones, o en los casos en los que el paciente haya fallecido por cualquier causa violenta o cuando se produce el ingreso en el Servicio de Urgencias y se trata de una muerte inesperada, sin antecedentes médicos que la justifique y se desconoce el motivo.

En estos casos **NO SE DEBERÁ REALIZAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**, ya que por parte del médico forense se realizará la autopsia judicial.

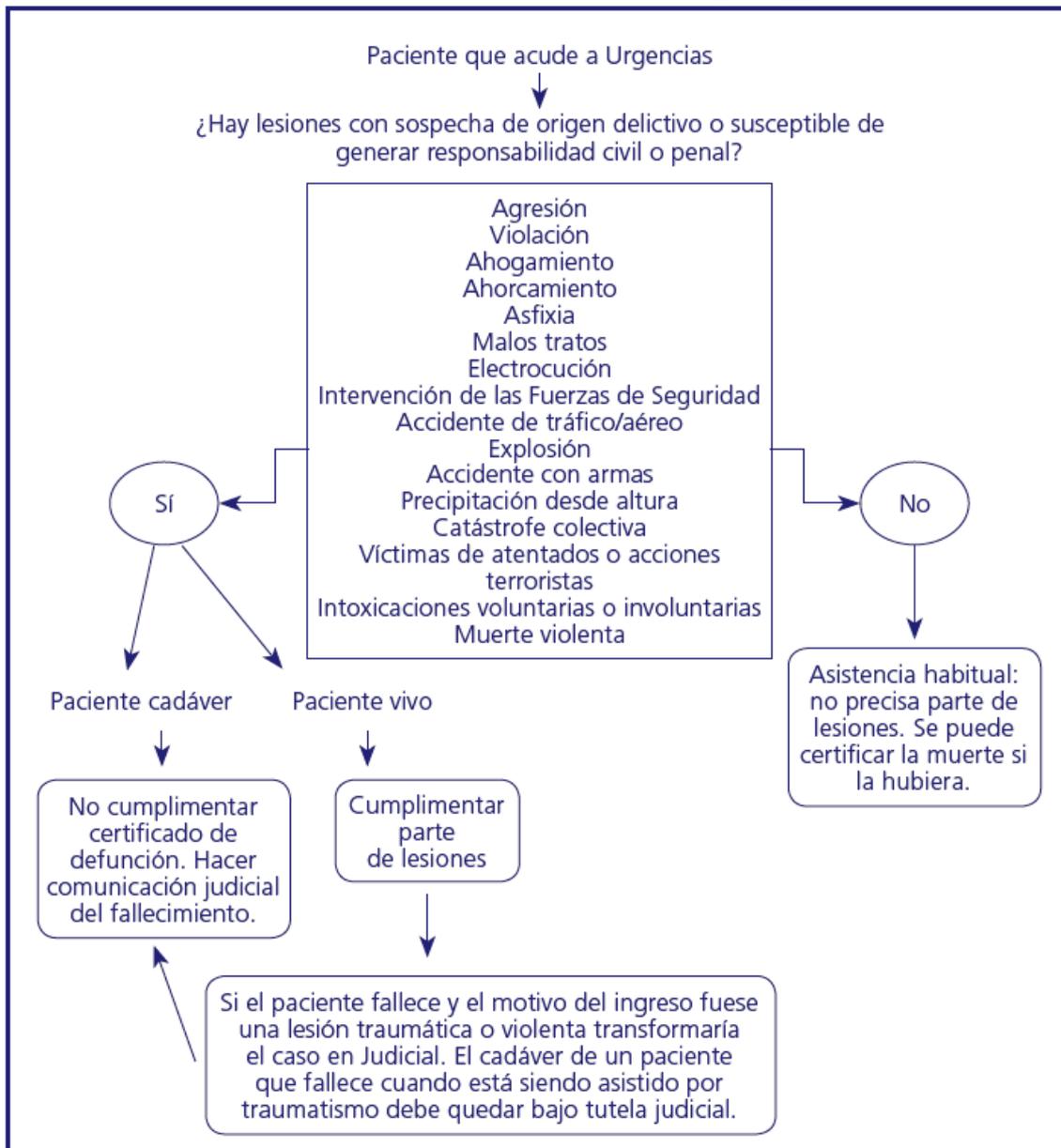


Figura 6.1. Comunicación de fallecimiento judicial y certificado médico de defunción.

**6. Existencia de riesgo para terceros o para la salud de la colectividad:** cuando sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública.

**7. Comunicaciones oficiales previstas por la ley, relativas a enfermedades o hechos ocurridos en los centros sanitarios.**

- Comunicación de enfermedades de declaración obligatoria.
- Comunicación de nacimiento (certificados de nacimiento y envío de registros de RN a otras administraciones encargadas de recabar dicha documentación).
- Comunicaciones de defunciones.

**8. Razones epidemiológicas.**

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y TRASLADOS DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

Se entiende por persona mentalmente incapacitada aquella que presente enfermedades o deficiencias persistentes de carácter psíquico que le impidan gobernarse por sí misma, o con un trastorno psíquico de carácter agudo.

En los casos que precisen internamiento psiquiátrico, esta será una medida solo justificada cuando no sea posible aplicar otro tipo de terapéutica ambulatoria sin riesgo para la vida y la integridad física del paciente o de terceros. Esta valoración se realizará tras la exploración y lectura de informes previos, si los hay, y realizadas las correspondientes interconsultas si fueran necesarias. La duración del internamiento involuntario será lo más corta posible y nunca se debe entender como forma de vigilancia.

### **TIPOS DE INTERNAMIENTO:**

a) **Voluntario:** es el caso del paciente que presta el consentimiento de forma expresa y por escrito, dejando patente si consiente también todos, algunos o ningún tratamiento o solo presta su consentimiento para el internamiento. El médico debe tener claro que el enfermo ha entendido la información que le ha dado y que comprende en qué consiste el ingreso. Si en el curso del internamiento el enfermo empeora o solicita el alta, este puede pasar a ser involuntario, si la situación del paciente lo requiere.

b) **Involuntario:** los internamientos involuntarios se pueden basar en:

- Razones psiquiátricas. No existe consentimiento del paciente y el internado no está en condiciones de decidir por sí mismo.
- Por razones médicas, como el caso de las enfermedades que afectan a la salud pública, u otras enfermedades en las que el estado psíquico o físico del paciente no le permite hacerse cargo de su situación.

El internamiento involuntario puede ser:

- **NO URGENTE:** se requiere la autorización previa de la Autoridad Judicial para realizarlo, previo dictamen de un facultativo por ella designado que habitualmente es el médico forense, ya sea porque el paciente se niegue a prestarlo, a pesar de haber entendido la

información, o porque esté incapacitado para entenderlo. A pesar de que pueda prestar el consentimiento el representante legal, se necesitará autorización judicial previa al internamiento.

- **URGENTE:** en el caso de que el paciente sufra una afección que justifique su ingreso inmediato en un centro sanitario por haber riesgo para la vida o integridad física del paciente o de terceras personas. En este caso, el médico procederá al ingreso y lo debe poner en conocimiento del juez en el plazo de 24h, debiendo ser ratificado en 72h por la Autoridad Judicial.

Si el paciente debe ser trasladado a otro centro sanitario distinto del que prescribe el internamiento y este no presta su consentimiento al mismo, dicho traslado se puede realizar por los medios que luego detallaremos. Si fuese necesario porque el paciente se encuentra en un estado violento, se puede requerir la ayuda de las Fuerzas de Seguridad.

## **INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES:**

La inmovilización terapéutica o contención mecánica consiste en la inmovilización de un paciente en la cama con correas y cinturones de sujeción.

Es el último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas, para garantizar la seguridad del paciente y de su entorno, cuando ha fracasado otros medios de contención (verbal, distracción, medidas ambientales y/o de conducta y el abordaje farmacológico). La indicación de sujeción la hará el médico responsable. En su ausencia, el enfermero está autorizado para iniciarlo, pero debe comunicarlo al médico inmediatamente.

Las indicaciones serían:

- Episodios de agitación, confusión y/o heteroagresividad que pongan en peligro la seguridad del paciente (golpes, autolesiones, caídas...).
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario).
- Evitar daños materiales en el entorno.

- Evitar interferencias en el plan terapéutico del paciente o de los demás pacientes (retirada de vías, sondas...).

Las situaciones en las que **no se debe** aplicar la contención mecánica son las siguientes:

- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia.
- Medida de castigo o control.
- Respuesta a una conducta molesta o antipatía hacia el paciente.
- Por conveniencia o comodidad del equipo de salud.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento.
- En cuadros de encefalopatía o cuadros confusionales que puedan empeorar con la deprivación sensorial.

Cada indicación de contención mecánica deberá estar reflejada de forma razonada (indicación, circunstancias que han justificado la adopción de la medida, las reevaluaciones, tratamiento y cuidados aplicados durante la contención...). Debe quedar recogido por el médico y enfermero responsable en la historia clínica y en la hoja de tratamiento.

Se debe informar al paciente de manera adecuada, dando este su consentimiento específico de forma libre para la misma. Siempre que sea posible y sin incumplir el deseo expreso del paciente (confidencialidad), se debe informar también a los familiares.

### **TRANSPORTE SANITARIO:**

Su provisión compete al sistema sanitario y su activación al 112. Debe ser adecuado y proporcional a la situación del paciente, por lo que su prestación se realizará una vez evaluada la situación en base a determinados parámetros:

- Gravedad y situación del paciente, en especial, la necesidad de contención mecánica.
- Condiciones propias del traslado: Distancia, tiempo.

El Centro Coordinador de Urgencias, sobre la base de la valoración realizada, procederá a la activación del medio de transporte más adecuado de entre los existentes:

- Transporte sanitario convencional: ambulancia asistencial normalizada en nuestra Comunidad Autónoma con medidas de sujeción obligatorias.
- Transporte sanitario especial: Unidad Móvil Medicalizada en nuestra Comunidad Autónoma.
- Transporte convencional asistido: consiste en una ambulancia asistencial ya normalizada con medidas de sujeción física y con la siguiente dotación.
  - Dos Técnicos de Transporte Sanitario con curso específico de Emergencias Sanitarias.
  - Material de soporte vital básico.

En estos casos, la posibilidad de acompañamiento de personal en el tío de ambulancia descrita sería:

- Personal de enfermería propio.
- Personal de transporte.

## **112**

El 112 es el encargado de la Coordinación de todas las situaciones de urgencias y emergencia que requieran movilización de dispositivos de asistencia, de transporte y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

Para ello, el CCU contará con un guión de valoración frente a la solicitud de intervención.

1. Recibida la demanda, procederá a la movilización de los medios necesarios para la intervención:
  - La evaluación por parte del Equipo de Atención Primaria.
  - La evaluación por parte del Equipo de Salud Mental, en caso necesario.
  - El transporte sanitario adecuado a la situación.
  - El apoyo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

## **SITUACIONES DE URGENCIAS**

### **A. Paciente colaborador agitación psicomotriz.**

El paciente hace una demanda urgente por síntomas psiquiátricos y colabora en la entrevista y el tratamiento.

En estos casos es prioritario descartar la presencia de riesgo suicida o de otro tipo de riesgo ante síntomas que el paciente no verbaliza (ideas delirantes o alucinaciones).

DERIVACIÓN: si patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo.

TRANSPORTE: medio familiar o convencional si es necesario.

DESTINO: Unidad de hospitalización breve de referencia.

### **B. Paciente sin agitación psicomotriz pero con riesgo de ella (paciente irritable).**

Son pacientes que llegan a la consulta negativistas, irritables, enfadados, generalmente demandantes o querulantes con el medio sanitario y/o sociofamiliar.

El elemento fundamental del abordaje es prevenir la aparición de agitación y/o agresividad, se deben aplicar las recomendaciones mencionadas en el apartado de Contención psíquica.

Dependiendo del caso puede ser necesarias medidas de contención farmacológicas.

DERIVACIÓN: si patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo.

TRANSPORTE: familiar o convencional o convencional asistido si es necesario (a pesar de la intervención realizada se valora un alto riesgo de agitación y/o agresividad en el traslado).

DESTINO: Unidad de hospitalización breve de referencia.

### **C. Paciente agitado sin auto ni heteroagresividad.**

Paciente que presenta un aumento de la actividad motora, excesiva, inapropiada, con la presencia de movimientos, gestos o impulsos de

carácter automático o intencional. Es frecuente la presencia de alteraciones de la conciencia y desorientación asociadas.

La dificultad de manejo viene definido por la disminución de la conciencia. El riesgo de conductas agresivas es alto, y suelen ser involuntarias e inmotivadas y por lo tanto poco previsibles.

Es típico de cuadros psicoorgánicos, disociativos, intoxicaciones o por ansiedad intensa.

Abordaje:

- La contención psíquica no es eficaz salvo las intervenciones encaminadas a fomentar una estimulación sensorio-afectiva moderada y actuaciones encaminadas a la reorientación.
- Casi siempre es necesaria la contención farmacológica y/o mecánica.
- En estos cuadros se debe descartar patología orgánica como causa del cuadro psiquiátrico.

DERIVACIÓN: si patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo y si no se resuelve la agitación.

TRANSPORTE: medio convencional (si la agitación se resuelve o no es muy intensa) o medio convencional asistido si es necesario (si la agitación no se resuelve o es muy intensa).

DESTINO: Unidad hospitalización breve de referencia.

#### **D. Paciente agitado con auto o heteroagresividad.**

Paciente que además de la conducta reseñada en el apartado anterior presenta conducta negativistas y agresividad hacia si mismo o hacia el entorno (personas y objetos).

Se puede producir en los mismos casos de la patología anterior pero es más frecuente en intoxicaciones, síndromes de abstinencia, episodios maníacos o cuadros psicóticos.

La agresividad viene definida por la no aceptación de límites a la conducta, frustraciones, recriminaciones del medio sociofamiliar, ansiedad

intensa, sentimientos de amenaza (por síntomas psicóticos), y disminución del nivel de conciencia y el autocontrol.

La actuación debe ser rápida. La contención psicológica suele ser ineficaz (a veces, incluso, provoca un aumento de la irritabilidad). Se debe pasar a poner en práctica protocolos de contención farmacológica y mecánica.

**DERIVACIÓN:** si patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo y sino se resuelve la agitación/agresividad.

**TRANSPORTE:** medio convencional asistido o medio convencional asistido con intervención de CFSE (si agresividad es incontrolable y el riesgo elevado).

**DESTINO:** Unidad de hospitalización breve de referencia.

#### **E. Paciente agresivo sin agitación.**

Son pacientes que cometen actos agresivos motivados (con motivación real o no, pero que es significativa para el paciente).

Suelen aparecer por dificultad del paciente para control de los impulsos, por rasgos antisociales de la personalidad o por la presencia de ideas delirantes (paranoides o de celos fundamentalmente).

En ocasiones pueden ser pacientes que han cometido actos agresivos y la propia comisión del acto ha supuesto una tranquilización. En otras ocasiones el paciente se atrinchera en el domicilio y otro lugar ante el miedo a las repercusiones del acto cometido o por las ideas delirantes.

Es recomendable la intervención conjunta de los CFSE y el equipo de A.P.

Antes de intervenir es aconsejable tener claro la seguridad del equipo terapéutico y del entorno. No actuar si no es así.

La contención psíquica ganándose la confianza del paciente resuelve muchos casos. Si no es así hay que aplicar protocolos de contención farmacológica y/o mecánica.

**DERIVACIÓN:** si patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo y si no se resuelve el cuadro o existe el riesgo de nuevos episodios de agresividad.

**TRANSPORTE:** medio convencional asistido o medio convencional asistido con intervención de CFSE (si la agresividad es incontrolable y el riesgo elevado) o valorar traslado por medio familiar (aumenta la confianza del paciente y disminuye la agresividad).

**DESTINO:** Unidad de hospitalización breve de referencia.

#### **F. Paciente con riesgo suicida.**

Casi todos los pacientes suicidas comunican la intención suicida antes de pasar al acto. Valorar pues cualquier amenaza.

Las depresiones son los cuadros clínicos que con más frecuencia realizan tentativas suicidas, pero también son frecuentes en otras patologías como esquizofrenia, alcoholismo u otras toxicomanías, demencias y cuadros psicoorgánicos.

En un primer momento el paciente puede negar la ideación suicida pero a medida que transcurre la entrevista, si se pregunta adecuadamente, el paciente acaba verbalizándola puesto que es un tema que le angustia.

La contención psíquica es el elemento fundamental. Si no es así hay que aplicar protocolos de contención farmacológica apropiada para el caso.

Raramente es necesaria la contención mecánica salvo que coexistan otras alteraciones como agitación o tendencia a las autolesiones.

**DERIVACIÓN:** se valora riesgo de suicidio importante y patología no tratable en A.P.

**TRANSPORTE:** medio familiar o medio convencional o convencional asistido.

**DESTINO:** Unidad de hospitalización breve de referencia.

#### **G. Paciente en cualquiera de las situaciones anteriores con riesgo vital.**

Es prioritario la atención de la situación orgánica. No obstante, en la mayor parte de las ocasiones, si el paciente llega agitado es necesaria la contención/sedación para permitir una correcta actuación médica.

La contención mecánica puede ser la mejor opción teniendo en cuenta los problemas cardiorrespiratorios que producen la mediación sedante y el tiempo de latencia entre administración y efecto farmacológico.

Un caso especial son las intoxicaciones medicamentosas: aunque el paciente esté estabilizado, hay que tener en cuenta que es necesaria una valoración a largo plazo (mínimo 24h) por la posibilidad de complicaciones tardías (por ejemplo: arritmias, convulsiones, estenosis esofágicas...) bien en el ámbito de A.P. o en el ámbito hospitalario.

Si A.P. soluciona el problema se derivará a consulta médico-quirúrgica y si el médico A.P. lo considera necesario, se derivará a consulta de Psiquiatría. Si A.P. no soluciona el problema se derivará al Hospital General.

### **VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDA:**

El principal indicador de riesgo de suicida es la DESESPERANZA.

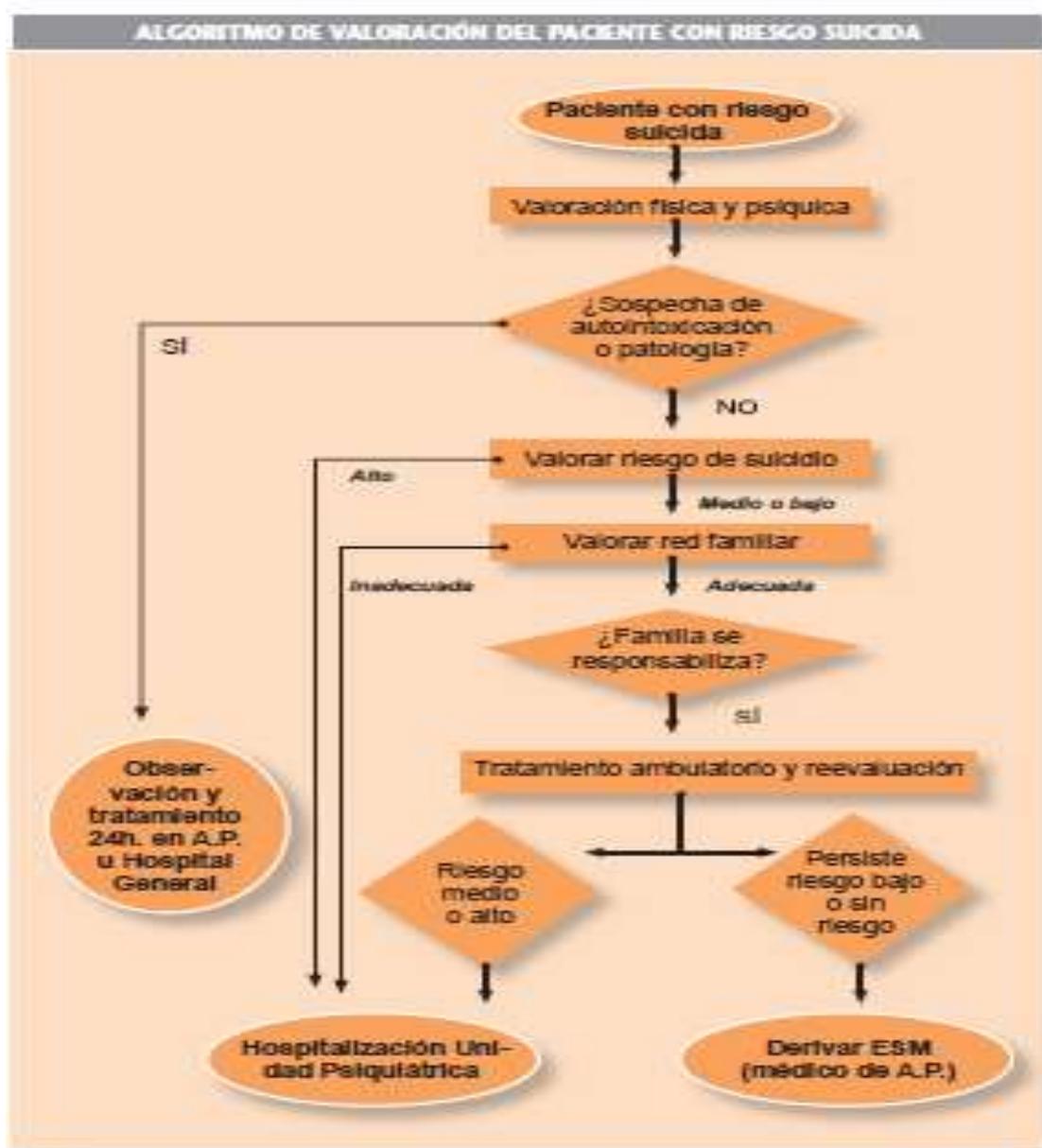
Factores que aumentan el riesgo de suicidio:

- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Amenazas o gestos suicidas.
- Edad avanzada y sexo masculino.
- Aislamiento social.
- Consumo del alcohol o de drogas.
- Enfermedad física grave o crónica o con dolor.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Privaciones afectivas en la infancia.
- Muerte reciente de un ser querido.
- Pérdida del empleo o ruina.
- Ideas de culpa.
- Carácter impulsivo.

Signos y síntomas indicadores de riesgo de suicidio:

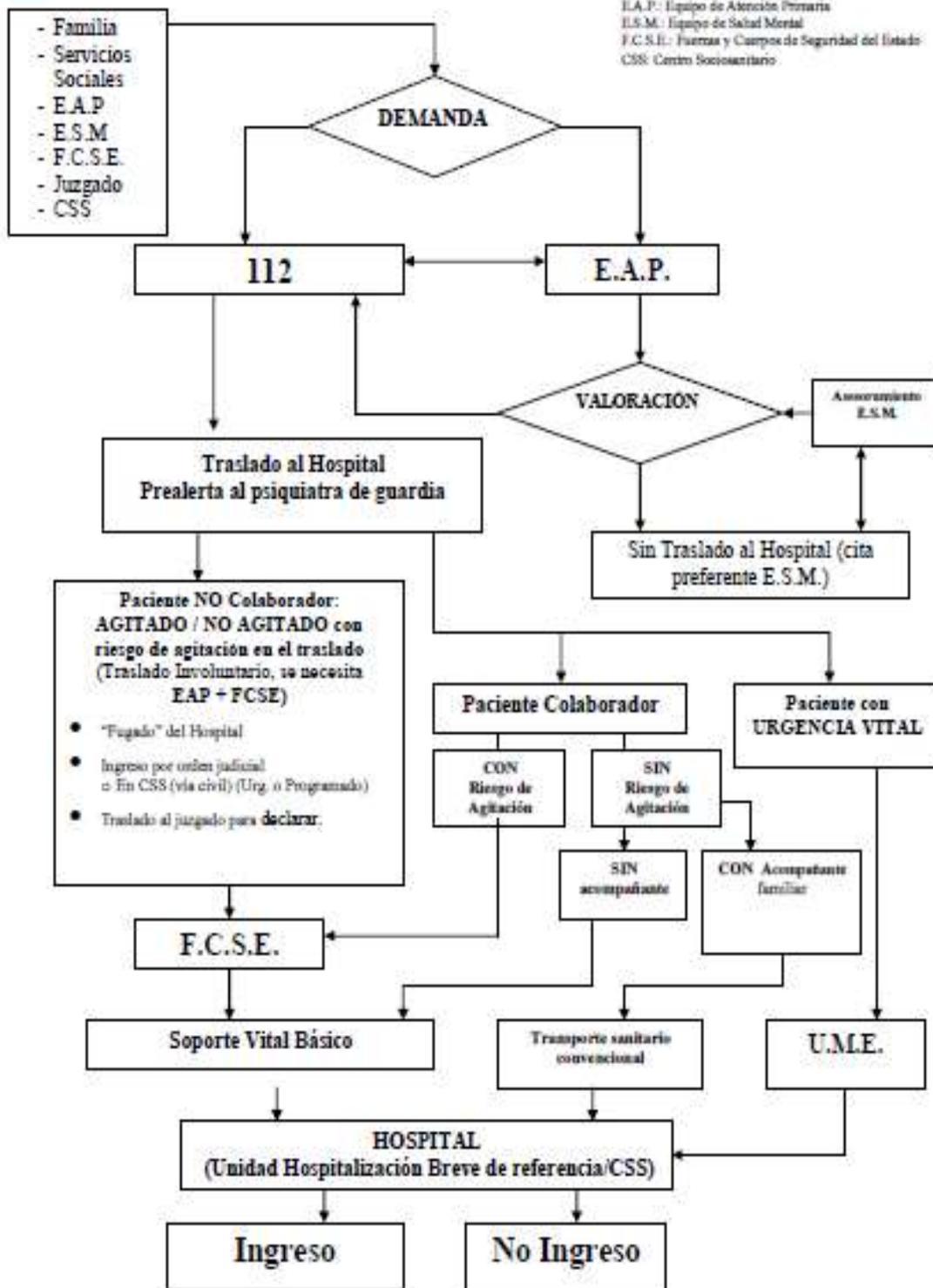
- Tentativa previa.
- Historia familiar de suicidio.
- Fantasías de suicidio.

- Disponibilidad de medios de suicidio.
- Preocupación por el efecto del suicidio en el medio familiar.
- Verbalización de ideas de suicidio.
- Preparación de testamento, “arreglo de papeles”.
- Planificación de la forma del suicidio.
- Crisis vital reciente sobre todo si no se ha resuelto.
- Pesimismo, culpa o desesperanza.
- Ausencia de creencias religiosas profundas.





Actualización del Protocolo de Atención y Traslados de la Urgencia en Salud Mental



Los traslados fuera de la comunidad por razones de salud mental, se realizarán en el dispositivo que se decida más conveniente en cada situación.

## **RESPONSABILIDAD DEL MIR EN LA ATENCIÓN EN URGENCIAS. ALTAS MÉDICAS, INTERCONSULTAS Y ALTAS VOLUNTARIAS.**

El MIR tiene una doble naturaleza jurídica:

- Laboral, Real Decreto 1146/2006, 6 octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Este RD establece por primera vez la jornada laboral, de tal forma que la jornada ordinaria no podrá exceder de 37,5h semanales, con un máximo de 48h, en cómputo semestral.  
Además, se limita la jornada complementaria a un máximo de 7 guardias al mes y se establece que entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá transcurrir, como mínimo, un periodo de 12h de descanso continuo.
- Docente, Real Decreto 183/2008, 8 febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

### **LA SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE:**

- El médico adjunto tiene un papel de supervisor, consultor, asesor y regulador de la atención a los enfermos que llegan al servicio de Urgencias y el de establecer la prioridad de los pacientes críticos. Se encargará de supervisar a los MIR, debiendo estar al corriente de las decisiones que estos tomen.
- Respecto a los MIR de primer año, los médicos adjuntos visarán por escrito las altas, ingresos y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que estos intervengan, supervisando de presencia física su actividad. En el caso de residentes mayores, el adjunto decidirá el grado de supervisión o delegación de cada uno, según año de residencia, indicaciones del tutor, experiencia previa, ...

### **NIVELES DE RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE:**

**Nivel 1:** responsabilidad máxima con supervisión a demanda. Actuaciones o actividades realizadas directamente por el residente sin tutorización directa o permanente por el facultativo de Urgencias.

**Nivel 2:** responsabilidad media con supervisión directa. Actividades realizadas por el residente bajo supervisión del facultativo de Urgencias. El MIR tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la experiencia necesaria para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente.

**Nivel 3:** responsabilidad mínima. Actividades realizadas por el facultativo de Urgencias y otro personal sanitario que son asistidas/observadas en su ejecución por el residente.

### PAPEL Y RESPONSABILIDAD DEL MIR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:

El MIR ejerce durante su periodo de residencia una doble función, formándose como futuro especialista y, a la vez, desempeñando una labor asistencial esencial para el sistema nacional de salud.

De la normativa que regula los derechos y responsabilidades del MIR se deducen los siguientes principios generales:

- Doble vertiente docente y laboral de su vinculación con el centro docente.
- El derecho y la obligación de conocer y desarrollar correctamente su programa de formación, ampliando de forma progresiva su nivel de responsabilidad. Para ello contará con la tutela, orientación y supervisión en su labor asistencial y docente, en el grado adecuado a cada situación.
- Posibilidad de acudir a congresos, cursos y conferencias que puedan contribuir a su mejor capacitación.
- Gozar de los beneficios de la Seguridad Social.
- La aceptación de los mecanismos de evaluación que establezca la Comisión Docente así como la oportunidad de evaluar la función docente con garantía de confidencialidad de dicha información.
- Obligación de desarrollar labores asistenciales que le sean encomendadas por el jefe de servicio al que esté adscrito y, en su caso, por la Comisión de Docencia, conociendo en todo momento

qué profesionales están presentes y consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario.

## FUNCIONES DEL MIR EN URGENCIAS:

### 1. **MIR primer año:**

- Realizará la historia clínica y exploración del paciente, haciendo una valoración inicial de la situación del mismo, utilizando la historia clínica digitalizada.
- Emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico.
- En sus primeras guardias no deberán solicitar pruebas complementarias ni indicar ningún tratamiento sin consultar a un adjunto. Progresivamente irán adquiriendo la capacidad de solicitar pruebas debiendo consultar la solicitud de otras más específicas.
- Será responsable de informar al enfermo y a los familiares del mismo periódicamente, siendo acompañado por el facultativo responsable en sus primeras guardias y siempre que la situación o las circunstancias del paciente o familiares lo requiera.
- Rellenará los protocolos existentes, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentará los partes judiciales y la documentación que sea necesaria (todo ello con el asesoramiento del adjunto).
- Adquirirá la capacitación necesaria para la realización de técnicas y habilidades básicas de urgencias como la interpretación del ECG, de al RX y de la analítica, realización de fondo de ojo, artrocentesis, paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, ...
- Realizar el relevo en los cambios de guardia.

### 2. **MIR segundo año:**

- Realizará una correcta y completa historia clínica y exploración del paciente haciendo una valoración inicial de la situación global del mismo.
- Emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico del proceso, que trasladará y discutirá con el facultativo responsable. Establecerá un diagnóstico final y podrá ser capaz de decidir el destino y tratamiento final del paciente.
- Estará capacitado para solicitar pruebas complementarias habituales asumiendo la interpretación de las mismas.

- Será responsable de informar al enfermo y a los familiares a su llegada a Urgencias, en el momento de dar alta o realizar ingreso.
- Rellenará los protocolos existentes en Urgencias, los documentos de consentimiento informado de las pruebas que lo requieran, cumplimentará los partes judiciales y la documentación que sea necesaria.
- Proceder al “pase de guardia” con los compañeros que entren en el turno siguiente.

### 3. MIR “mayor” (tercero a quinto año):

- Ser capaces de asistir, bajo supervisión del facultativo responsable, en las funciones de reanimación y situaciones críticas.
- Orientar y asesorar a los R1 y R2, colaborando en la asistencia y docencia.
- Podrán realizar labores de ayuda en la clasificación o triaje, así como organizar la labor asistencial en Urgencias.

*Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los facultativos de guardia, quienes tienen obligación de prestársela.*

### RESPONSABILIDAD DEL MIR EN LA ATENCIÓN EN URGENCIAS:

El hecho de ser residente no exime de responsabilidad. La responsabilidad legal del acto médico en Urgencias recae en el MIR y el adjunto responsable, aunque en el caso del primero “se valorará” y se tendrá en cuenta el grado de responsabilidad según el año de residencia. Aquellas actuaciones médicas que hayan sido supervisadas desplazan la responsabilidad del MIR, aunque no la eximen.

- El MIR debe identificarse de forma clara y adecuada con el paciente, dejando constancia en la historia clínica.
- Si un MIR emite un informe de alta sin consultar con el adjunto, este adquiere una responsabilidad indirecta *in vigilando*, ya que debería conocer las actuaciones del MIR; pero sobre el MIR recae la responsabilidad directa por la toma unilateral de decisiones.
- Puede existir una responsabilidad compartida entre el MIR y el adjunto si, habiendo sido supervisado por el mismo, hay algún problema con el paciente.

- El MIR de primer año siempre debe estar supervisado de presencia física por el facultativo responsable, y todo informe que emita debe estar firmado por ambos.
- Los MIR de segundo año, pueden y deben dar altas en función de sus conocimientos y responsabilidad profesional alcanzada, debiendo contar siempre con la aprobación del médico adjunto respecto al destino final del paciente.

MARTA GIL

## **ASISTENCIA EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO, VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y AGRESIÓN /ABUSOS SEXUALES.**

Tanto el delito de violencia de género como el de violencia en el ámbito familiar tienen naturaleza pública, por lo que su persecución y la incoación del correspondiente procedimiento judicial no depende de la denuncia por parte del ofendido, sino que puede ser denunciado por cualquier persona y por el Ministerio Fiscal. El problema que surge en esta persecución de oficio es que normalmente exige la cooperación de la víctima o de las personas que convivan con ella, de algún vecino o amistad que los hubiere presenciado o tenga conocimiento de la comisión, lo que es de gran dificultad dado el ámbito de intimidad familiar en el que se producen estas agresiones.

**VIOLENCIA DE GÉNERO:** acto sexista, con daño de naturaleza física, sexual o psicológica, incluyendo las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad para las mujeres, ya sea en la vida pública o en la privada. Debe existir una relación sentimental.

**VIOLENCIA FAMILIAR:** la persona agredida puede ser la mujer o cualquier otro miembro de la familia. En este caso, pueden influir factores como alcohol y las drogas, problemas laborales, la presencia de una persona enferma en el núcleo familiar, entre otras situaciones.

**AGRESIONES, ACOSO O ABUSOS SEXUALES:** para proceder por los delitos de agresiones, acoso o abusos sexuales, será precisa denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal. En estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esa clase.

En todo caso, la actuación básica pasa por:

- Notificar al juzgado el informe o parte de lesiones, informando previamente a la mujer afectada y registrándolo en la historia clínica.
- Aviso a las Fuerzas de Seguridad:
  - Policía Nacional, en el caso de que los hechos se hayan producido en una localidad en la que exista Comisaría de P.N.
  - Guardia Civil, en el caso de que se hayan producido en otras localidades.

MARTA GIL

## **EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES**

La expresión anticipada de voluntades es el documento emitido por una persona mayor de edad, con capacidad legal suficiente y libremente, dirigido al médico responsable de su asistencia, en el cual expresa las instrucciones sobre sus objetivos vitales, valores personales y las actuaciones médicas que deberán ser respetados cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad.

Las instrucciones sobre las actuaciones médicas pueden referirse tanto a una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padece como a las que eventualmente puede sufrir en el futuro, e incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas acordes con la buena práctica clínica que desea recibir, a las que no desea recibir y a otras cuestiones relacionadas con el final de la vida.

En la expresión anticipada de voluntades, la persona interesada puede también designar un representante que será interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario.

Debe formalizarse por escrito y mediante alguno de los siguientes procedimientos:

- Ante notario.
- Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación matrimonial, de hecho o patrimonial con el otorgante.

Asimismo, en el documento de expresión anticipada de voluntades (DEAV), podrá hacerse constar la decisión respecto a la donación total o parcial de sus órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación. En este caso, no se requerirá autorización para la extracción o utilización de los órganos donados.

El documento deberá ser presentado por el interesado, su representante legal o familiares en el Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura o entregado al centro sanitario

donde la persona sea atendida o al médico responsable de su asistencia, que precederán a realizar las actuaciones necesarias para su remisión al citado Registro. Este documento debe incorporarse a la historia clínica del paciente. El interesado, su representante legal, o los familiares en su caso, obtendrán la correspondiente certificación acreditativa de su inscripción en el Registro.

### **Documento de la expresión anticipada de voluntades:**

1. El DEAV deberá recoger, al menos, los siguientes datos:
  - Nombre y apellidos del interesado.
  - DNI, pasaporte o permiso de residencia.
  - Domicilio.
  - En su caso, designación del representante indicando su nombre, apellidos, DNI y firma.
  - Nombre, apellidos y DNI de los testigos, o en su caso nombre y apellidos del notario ante el que se formaliza el documento, y firma de los mismos.
  - Situaciones sanitarias con cretas en que se quiere que se tengan en cuenta las instrucciones.
  - Instrucciones límites concretos en la actuación médica ante decisiones previstas, sobre todo cuando se tiene información de probabilidades evolutivas.
  - Otras consideraciones, como objetivos vitales, valores personales, decisiones sobre la donación de órganos, etc.
  - Lugar y fecha.
  - Firma del otorgante del documento.
2. Será aceptado como válido cualquier documento escrito que, cumpliendo los requisitos expresados anteriormente, contenga la información regulada y esté debidamente inscrito en el Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la C.A. Extremadura.

### **Modificación, sustitución y revocación de la expresión anticipada de voluntades.**

El DEAV puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que concurren los mismo requisitos exigidos para el otorgamiento expresados en el artículo anterior.

En estos casos, se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado correctamente, quedando los anteriores automáticamente revocados.

### **Obligaciones de los profesionales sanitarios.**

Los profesionales sanitarios, especialmente el médico responsable del paciente, tienen las siguientes obligaciones en materia de expresión anticipada de voluntades:

1. Aceptar los documentos que recojan la expresión anticipada de voluntades.
2. Entregarlos al departamento competente del centro sanitario para su remisión al registro de Expresión Anticipada de Voluntades.
3. Incorporarlos a la historia clínica.
4. Si el documento no consta en la historia clínica, verificar su existencia en el Registro de Expresión Anticipada de voluntades de la CCAA de Extremadura y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas.
5. Respetar lo dispuesto en el documento, con los límites establecidos en el artículo siguiente.
6. Razonar, por escrito, en la historia clínica, la decisión final que se adopte.
7. Informar a los pacientes del carácter y finalidad del documento y ayudar en la redacción e interpretación del mismo, evitando toda coacción.
8. Aconsejar a los pacientes la actualización del contenido del documento, cuando aparezcan posibilidades que el enfermo no había previsto.
9. En caso de que en el cumplimiento del documento surgiera la objeción de conciencia de algún facultativo, la administración sanitaria establecerá los recursos suficientes para atender la expresión anticipada de voluntad del paciente.

### **Eficacia del documento de expresión anticipada de voluntades.**

Mientras la persona conserve su capacidad, la posibilidad de expresarse y actúe libremente, su voluntad, expresada por escrito, prevalecerá sobre las instrucciones contenidas en el documento de expresión anticipada de voluntades.

No se tendrán en cuenta las instrucciones que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico, o no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho previsto por el interesado en el documento. En estos casos, quedará constancia razonada de la circunstancia que concurra en la historia clínica del paciente.

No tendrán eficacia alguna las instrucciones contenidas en el documento de expresión anticipada de voluntades si el interesado emite un consentimiento informado que contraría, exceptúa o matiza las citadas instrucciones en una determinada actuación sanitaria, prevaleciendo lo manifestado en el consentimiento informado para ese proceso sanitario aunque a lo largo del mismo quede en situación de no poder expresar su voluntad.

### **Registro de Expresión Anticipada de Voluntades.**

Se crea el Registro de Expresión anticipada de Voluntades de la consejería de Sanidad y Consumo de la comunidad Autónoma de Extremadura, que se registrará por las normas que reglamentariamente se establezcan, entrando en funcionamiento cuando éstas determinen.

---

**Bibliografía:**

- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. **4ª Edición**. Capítulo 5. “Aspectos Médico-Legales”.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. **5ª Edición**. Capítulo 6 “Aspectos Médico-Legales”. Capítulo 5 “MIR en Urgencias: responsabilidades y aspectos básicos para su supervisión”
- BOE. Ley 3/2005, de 8 de Julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Protocolo de atención y traslado de la urgencia en Salud Mental. SES.