

**1. El consentimiento informado se define en el artículo 3 de 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 como:**

- a) La conformidad libre del paciente para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- b) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- c) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente y/o familiares para un actuación que afecte a su salud.
- d) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

**RESPUESTA d):**

La ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales, y en este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. Asimismo, la Ley 41/2002 trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

Sobre el consentimiento informado decir que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en la presente ley, haya valorado las opciones propias del caso.

Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud. Por tanto, podemos definir el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

**2. Con respecto al titular del derecho a la información asistencial, señala la respuesta falsa:**

- a) El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
- b) El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
- c) Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- d) El derecho a la información sanitaria de los pacientes nunca puede limitarse.

**RESPUESTA d):**

La última respuesta es falsa puesto que el derecho a la información sanitaria de los pacientes sí puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por 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. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

**3. Señalar la respuesta falsa sobre el consentimiento informado:**

- a) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- b) El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este

artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

- c) El paciente o usuario no será advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud, si acude a un centro de atención médica docente.
- d) El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

**RESPUESTA c):**

Esta respuesta es falsa porque todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, acuda al tipo de centro que acuda, y que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

El resto de respuestas son verdaderas.

**4. Señale la respuesta falsa con respecto al ingreso involuntario:**

- a) Es aquel internamiento en un centro sanitario acordado contra la voluntad del paciente. Está regulado por el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.
- b) Puede realizarse por motivo de urgencia o decretarse por la autoridad judicial.
- c) El paciente del ingreso involuntario no debe estar en condiciones de decidir por sí mismo la conveniencia de su internamiento; es indiferente que la falta de capacidad de decisión se deba a un déficit psiquiátrico temporal o permanente y que dicho déficit provoque una carencia absoluta de conciencia o simplemente vicie dicha conciencia sobre sí mismo.
- d) El responsable de dicho centro donde se ingrese el paciente está obligado, dentro de las primeras 72h, a poner lo sucedido en conocimiento del juez de guardia de la localidad donde se ubique el centro sanitario, para conseguir la aprobación o ratificación

judicial a dicho internamiento psiquiátrico, autorización que puede demorarse como máximo diez días.

**RESPUESTA d:**

El médico que decide el internamiento involuntario de urgencia debe firmar el ingreso y el traslado del paciente en la ambulancia más adecuada para su estado de salud.

Una vez trasladado al centro sanitario especializado y realizado su ingreso provisional, el responsable de dicho centro está obligado, dentro de las primeras 24h, a poner lo sucedido en conocimiento del juez de guardia de la localidad donde se ubique el centro sanitario, par conseguir la aprobación o ratificación judicial a dicho internamiento psiquiátrico, autorización que no debe demorarse más de 72h. Es por ello por lo que la última respuesta es falsa.

**5. Ante la toma de decisiones en el rechazo de las actuaciones médicas se encuentra determinar si el paciente puede decidir. Señala la respuesta falsa:**

- a) La edad del paciente es fundamental. Si el paciente es mayor de edad, es decir, mayor de 18 años, puede decidir libremente y si es menor, no. Ahora bien, existe la figura del “menor maduro” entre los 16-18 años de tal forma que este estatus se valora a criterio médico o al menos eso recoge la Ley 41/2002.
- b) Que se encuentra capacitado legalmente y en el supuesto de que no sea así, a pesar de que por la edad pueda tomar la decisión, dicha decisión la tomará su tutor legal.
- c) El grado de competencia del paciente.
- d) Las respuestas b) y c) son verdaderas.

**RESPUESTA a):**

Para determinar si el paciente puede decidir son fundamentales los siguientes apartados:

- Edad: la mayoría de edad en España para decidir sobre un problema de salud son 16 años cumplidos. Se deberá informar a los padres hasta los 18 en caso de grave riesgo.

Entre 12 y 16 años: Existe la figura del “menor maduro”. Este estatus se valora individualmente, según la ley 41/2002, a criterio médico. En caso de ser considerado el paciente un menor maduro, estaría capacitado para decidir. Si es así, el médico responsable deberá especificar con detalle las razones de dicha valoración en la Historia clínica.

Menos de los 12 años: el enfermo no está capacitado para decidir. Se debe informar de acuerdo a su competencia.

- Capacidad legal: si el paciente es mayor de 16 años y está incapacitado legalmente, la decisión sobre el tratamiento recae en su tutor legal. La incapacitación no excluye a priori la competencia para tomar determinadas decisiones concretas. Un paciente puede estar incapacitado por retraso mental, pero puede decidir si se interviene de varices (es competente para esta decisión). Sin embargo, no sería competente para una decisión relevante sobre su salud, como extirparle un cáncer de vejiga.
- Grado de competencia: la Ley 41/2002 autoriza al médico responsable la facultad de determinar la competencia, sin precisar cuándo deben colaborar los psiquiatras o el órgano judicial. Si hay dudas sobre la competencia del paciente para una decisión concreta, se puede solicitar la opinión de un psiquiatra.

**6. 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 tiene una serie de excepciones al consentimiento que limitan la posibilidad de rechazo. Señala la respuesta falsa:**

- a) En estas situaciones los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su autorización.
- b) El riesgo para la salud pública constituye una de esas excepciones.
- c) No sería una excepción cuando exista una necesidad terapéutica, es decir, cuando el conocimiento de la situación clínica por parte del paciente resulta objetivamente perjudicial para su salud y bienestar puesto que esto no está contemplado por la ley.

- d) Una excepción sería que hubiese un riesgo inmediato y grave para la salud del paciente si no es posible conseguir su autorización.

**RESPUESTA c):**

El consentimiento informado o su rechazo están recogidos en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La ley tiene previstas una serie de excepciones al consentimiento, que limitan también la posibilidad de rechazo. En dichas situaciones los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su autorización. Estas excepciones son:

- Riesgo para la salud pública.
- Riesgo inmediato y grave para la salud del paciente si “no es posible conseguir su autorización”. De este apartado se deduce que si el paciente ha negado previamente la autorización, la actuación médica podría no llevarse a cabo, pero en caso de no existir una negación previa, las actuaciones clínicas tendrán que ser la imprescindible para preservar la salud del paciente. En todo caso, una vez recuperada la competencia, el paciente podrá rechazar el tratamiento.
- Cuando existe un estado de “necesidad terapéutica”. Es decir, cuando el conocimiento de la situación clínica por parte del paciente resulta objetivamente perjudicial para su salud y bienestar. En estos casos, siempre excepcionales, se podría restringir la información que se suministra, pudiendo actuar sin informar previamente. Este supuesto se interpreta muy restrictivamente y ha de basarse en criterios objetivos. Por lo tanto, la respuesta c) es falsa.

**7. Parar poder tomar decisiones en situaciones complejas de rechazo debemos:**

- a) Tener en cuenta que la información que se ha aportado es completa.
- b) Determinar si el paciente puede decidir.
- c) Comprobar si la decisión es libre y analizar dicha decisión del paciente.

d) Todas son correctas.

**RESPUESTA d).**

Para poder tomar decisiones en situaciones complejas de rechazo, es importante seguir unos pasos que incorporen los aspectos más relevantes del conflicto y entre ellos se encuentran todas las respuestas disponibles en esta pregunta.

Dar la información completa es fundamental ya que ante el rechazo a una actuación médica científicamente validada e indicada, lo primero es informar al paciente detenidamente sobre la naturaleza del proceso que presenta y las consecuencias previsibles del rechazo. La información debe ser detallada y adaptada a las características del paciente con un lenguaje sencillo y claro que el paciente pueda entender. Además es fundamental informar sobre posibles alternativas.

La respuesta b) también es correcta ya que debemos determinar si el paciente puede o no decidir y para ello debemos analizar la edad del mismo, si está o no capacitado legalmente y el grado de competencia.

Por otro lado, la respuesta c) también es correcta. Es fundamental comprobar que la decisión del paciente ha sido libre de coacciones y analizar la decisión con el paciente ya que dicho rechazo puede deberse a muchas razones como por ejemplo, la desconfianza en los profesionales sanitarios, información insuficiente, creencias personales, miedos a la técnica, entre otros.

**8. En cuanto a la información al paciente y consentimiento informado en urgencias, señale la verdadera:**

- a) Se debe dejar constancia, en la Historia de Salud, de haber informado al paciente durante su proceso de atención, haciéndole participe en la toma de decisiones ante todas las intervenciones que lo requieran.
- b) 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 obliga a informar al paciente y a hacerlo participe de su proceso de salud, y a informar a sus familiares o personas vinculadas de hecho, siempre que el paciente lo permita explícita o tácitamente.

- c) Por la Orden 8 de julio de 2009, se dictan instrucciones a los centros del SSPA, en relación al procedimiento del consentimiento informado.
- d) Todas son correctas.

**RESPUESTA d).**

**9. Respecto al derecho a la información:**

- a) Deberá informar al paciente el médico responsable del paciente, que garantizará que se da la información.
- b) Deberán informar todos los profesionales que atiendan al paciente durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.
- c) Se deberá informar al paciente y a su representante (padres o tutor legal) en el caso de incapacitados (legalmente o de hecho) y de menores hasta 18 años que no tengan la capacidad intelectual o emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención.
- d) La a) y b) son correctas.

**RESPUESTA d.**

<b>DERECHO A LA INFORMACIÓN</b>
<b>A quién informar</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>AL PACIENTE</b>, 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.</li> <li>2. <b>A LA PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE</b>, siempre que dicha autorización sea fehaciente (autorización expresa o tácita, aunque preferiblemente por escrito).</li> <li>3. <b>AL PACIENTE Y A SU REPRESENTANTE</b> (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.</li> </ol>

**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.**

**10. Respecto al derecho a la información, ésta será verbal, dejando siempre constancia escrita en la historia clínica y deberá dejarla por escrito ante:**

- a) Intervención quirúrgica.
- b) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
- c) Procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- d) Todas son correctas.

**RESPUESTA d):**

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.

**11. En las situaciones en las que la información deba darse por escrito, dicha información debe contener las siguientes opciones excepto:**

- a) Consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origine con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las indicaciones.

**RESPUESTA d):**

Cuando haya que darse la información por escrito, se debe informar de todas las opciones excepto la d), ya que son las contraindicaciones y no las indicaciones, las que se deben reflejar.

**12. Los profesionales que intervengan en la asistencia directa de un paciente, tendrán acceso a la historia clínica completa del mismo:**

- a) Cuando sea necesario para realizar nuestro trabajo.
- b) Para conocer la evolución ya una vez finalizada nuestra atención.
- c) Únicamente se accederán a aquellos contenidos que sean imprescindibles para nuestra correcta actuación.
- d) Son correctas la a) y la c).

**RESPUESTA d):**

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.

**13. En relación al derecho del paciente a acceder a su propia historia clínica:**

- a) 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.
- b) 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
- c) Una vez que el paciente haya fallecido podrá acceder a su historia clínica toda persona vinculada al mismo independientemente de la opinión del paciente en vida.
- d) La respuesta a) y b) son correctas.

**RESPUESTA d):**

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.

**14. Señale la respuesta correcta con respecto al informe de alta:**

- a) Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta.
- b) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la ley.
- c) El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito 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. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
- d) Todas son correctas.

**RESPUESTA d).**

Tal y como nos indican en la primera respuesta, todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la ley.

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito 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. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

Por lo tanto, las respuestas b) y c) también son correctas.

**15. Señale la respuesta incorrecta:**

- a) 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.
- b) El deber de secreto en el ámbito sanitario es absoluto.
- c) Es una excepción al deber de secreto, los supuestos de investigación por la Autoridad Judicial.
- d) Incumpliremos con del deber de secreto cuando las FCSE requieran ciertos datos.

**RESPUESTA b):**

La respuesta incorrecta es la b) puesto que el deber de secreto en el ámbito sanitario no es absoluto, si no que tiene límites.

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”.

**16. Respecto al parte de lesiones, señale la incorrecta:**

- a) “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...”.
- b) La redacción debe ser clara, concisa y legible.
- c) Debe ser emitido por el facultativo que inicia la asistencia.

- d) 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.

**RESPUESTA c).**

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.

**17. 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:**

- a) 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.
- b) Accidental.
- c) Homicida.
- d) En todas estas situaciones se debe comunicar el fallecimiento al Juzgado de Guardia.

**RESPUESTA d).**

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.

**18. Es una excepción al deber de secreto:**

- a) Emisión del parte de lesiones.
- b) Existencia de riesgo para terceros o para la salud de la colectividad.
- c) Comunicación de enfermedades de declaración obligatoria.
- d) Todas son excepciones al deber de secreto.

**RESPUESTA d):**

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”.

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.

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.

**19. Indica cual no es indicación de inmovilización terapéutica de pacientes:**

- a) Evitar interferencias en el plan terapéutico del paciente o de los demás pacientes (retirada de vías, sondas...).
- b) Evitar daños materiales en el entorno.
- c) Como respuesta al rechazo del tratamiento.
- d) Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario).

**RESPUESTA c).**

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...).

**20. Situaciones en las que no se debe aplicar la contención mecánica son:**

- a) En cuadros de encefalopatía o cuadros confusionales que puedan empeorar con la deprivación sensorial.
- b) Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia.
- c) Medida de castigo o control.
- d) En todas las opciones no se debe aplicar la contención mecánica.

**RESPUESTA d).**

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.

**21. Con respecto a la información en Urgencias, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) Los familiares del paciente serán siempre informados de todo lo concerniente a la enfermedad del mismo.
- b) El paciente puede no ser informado si la familia o el médico piensan que puede ser perjudicial para él.

- c) El titular del derecho a la información es el paciente salvo en casos de incapacidad y de menores de 16 años.
- d) La información será dada a la persona autorizada por el paciente siempre que dicha autorización sea fehaciente (autorización expresa o tácita y preferiblemente por escrito).

**RESPUESTA d).**

La respuesta a) no es correcta puesto que los familiares serán informados si el paciente lo permite de manera expresa o tácita.

La respuesta b) no es correcta ya que es el médico el que justifica la decisión siendo éste el que informe a la familia de ello dejando constancia razonada de su decisión en la historia.

La respuesta c) no es correcta puesto que según 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.

**22. Señale la respuesta INCORRECTA con respecto al consentimiento informado:**

- a) Por regla general el consentimiento será verbal, pero habrá que dejar constancia en la historia clínica.
- b) Será por escrito cuando se realicen procedimientos invasivos.
- c) Una vez realizado por escrito, no podrá ser revocado.
- d) Una excepción a la necesidad de obtención del consentimiento informado es cuando existe un riesgo inmediato grave para el paciente y no es posible conseguir su autorización inmediata.

**RESPUESTA c).**

- La respuesta c) es incorrecta ya que el paciente tiene derecho a revocar libremente su consentimiento en cualquier momento, cumpliendo los mismos requisitos de forma que en su otorgamiento.

**23. Señale la respuesta INCORRECTA:**

- a) El derecho a la intimidad del paciente implica que el personal sanitario tiene la obligación de mantener la confidencialidad.
- b) La cesión de datos de la historia clínica a las fuerzas de seguridad del Estado siempre requiere de una orden judicial previa.
- c) La policía judicial podrá acceder a los datos de la historia clínica siempre que dicho acceso se realice en el seno de una investigación judicial y así se acredite.
- d) Los internamientos psiquiátricos involuntarios deben comunicarse al Juez de Guardia en el plazo de 24h.

**RESPUESTA b).**

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

**24. En cuanto a la eficacia del documento de “expresión anticipada de voluntades”, señale la respuesta INCORRECTA:**

- a) Este documento produce efecto únicamente, en los casos en los que el otorgante se encuentre en situación que no pueda expresar su voluntad.
- b) No se tendrá en cuenta las instrucciones contenidas en el documento, si el interesado emite un consentimiento informado que contraria, exceptúa o matiza, las citadas instrucciones en una determinada actuación sanitaria.
- c) En caso de que la situación clínica no sea la prevista y no se corresponda con los supuestos manifestados al firmar el documento, sus instrucciones no se podrían tener en cuenta.
- d) El documento podría incluir instrucciones que pongan en conflicto la buena práctica clínica, la ética profesional o la mejor evidencia científica disponible.

**RESPUESTA d).**

La d) es incorrecta puesto que el documento debe incluir instrucciones acorde con la buena práctica clínica, la ética profesional o la mejor evidencia científica disponible. 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.

La c) es verdadera ya que, 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.

**25. En relación a la “expresión anticipada de voluntades”, señale la incorrecta:**

- a) Es un documento emitido por una persona en el cual se expresan unas instrucciones sobre sus objetivos vitales, valores personales y actuaciones médicas que deberán ser respetadas cuando no le permitan expresar personalmente su voluntad.
- b) Debe formalizarse por escrito ante Notario y ante dos testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar.
- c) Se podrá hacer constar la decisión a la donación total o parcial de sus órganos sin requerir autorización para la extracción o utilización de los órganos donados.
- d) Está recogida en el título IV de la Ley 3/2005, de 8 de Julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.

**RESPUESTA b).**

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.

**26. En relación a la actuación del MIR de primer año en urgencias, señale la INCORRECTA:**

- a) El MIR de primer año, realizará la historia clínica y exploración del paciente, emitirá un juicio clínico de presunción y establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico, no deberán solicitar pruebas complementarias pero si indicar tratamiento sin consultar a un adjunto.
- b) 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.
- c) 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).
- d) 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, ...

**RESPUESTA a).**

La a) es incorrecta porque el MIR de primer año no deberá indicar tratamiento sin consultar con el adjunto.

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.

**27. En relación a la actuación del MIR en urgencias, señale la INCORRECTA:**

- a) El MIR de segundo año, 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.
- b) 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.
- c) El MIR de segundo año no podrá aún solicitar pruebas complementarias habituales pero sí interpretar el resultado de las mismas.
- d) 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.

**RESPUESTA c).**

La c) es falsa puesto que el MIR de segundo año podrá solicitar pruebas complementarias así como será capaz de interpretar el resultado de las mismas.

**28. En relación a la responsabilidad del MIR en su actuación en urgencias, señale la CORRECTA:**

- a) Si existiera algún problema con un paciente, la responsabilidad del mismo recae sólo y exclusivamente sobre el adjunto que supervisa.
- b) 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.

- c) Los MIR de segundo año, no pueden dar altas, debiendo contar siempre con la aprobación del médico adjunto respecto al destino final del paciente.
- d) El MIR de primer año no siempre debe estar supervisado de presencia física por el facultativo responsable, pudiendo éste ausentarse dependiendo del grado de urgencia que presente el paciente.

**RESPUESTA b).**

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.

**29. Son factores que aumentan el riesgo de suicidio:**

- a) Consumo del alcohol o de drogas.
- b) Ideas de culpa.
- c) Pérdida del empleo o ruina.
- d) Todos estos factores aumentan el riesgo de suicidio.

**RESPUESTA d)**

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.

**30. ¿Cuál es el principal indicador de riesgo de suicida?.**

- a) La desesperanza.
- b) La culpa.
- c) Enfermedad grave o dolor.
- d) Aislamiento social.

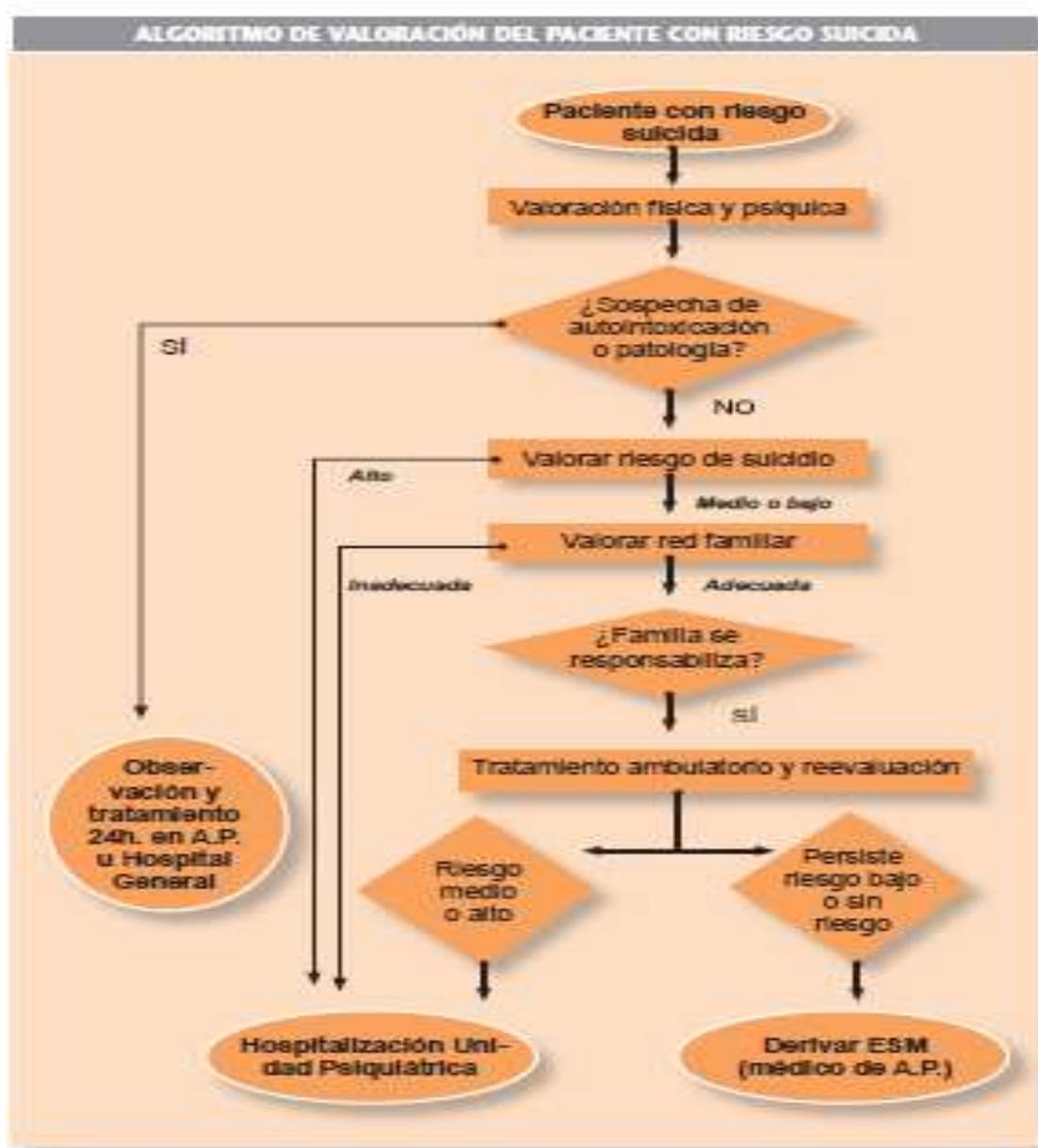
**RESPUESTA a).****31. Durante la atención de un paciente con riesgo suicida, señale la INCORRECTA:**

- a) Un paciente con riesgo suicida y sospecha de intoxicación o patología deberá quedar en observación hospitalaria antes de la valoración por psiquiatría.
- b) Un paciente con riesgo suicida medio-bajo podrá ser dado de alta y quedar bajo observación familiar si ésta es responsable y la

red familiar es adecuada, hasta ser valorado por ESM ambulatoriamente.

- c) Un paciente, independientemente del grado de riesgo suicida podrá ser dado de alta si la familia es responsable y la red familiar es adecuada, siendo posteriormente valorado por ESM de manera ambulatoria.
- d) Un paciente con riesgo de suicidio alto quedará hospitalizado si o si, en la Unidad de psiquiatría, independientemente de si la familia es responsable como si no.

### RESPUESTA c).



**32. Respecto al traslado de la urgencia en Salud Mental, señale la INCORRECTA:**

- a) `Paciente colaborador y sin riesgo de agitación podrá ser trasladado por SVB si no lleva acompañante o en ambulancia convencional si lo lleva.
- b) Paciente no colaborador independientemente del grado de agitación será trasladado de manera involuntaria precisando la actuación del EAP y FCSE.
- c) Paciente psiquiátrico con urgencia vital será trasladado por Unidad Medicalizada Especializada. (UME).
- d) Paciente colaborador podrá ser trasladado en ambulancia convencional independientemente del si presenta riesgo de agitación o no.

**RESPUESTA d).**

Ver algoritmo Traslados de la Urgencia en Salud Mental.