
Rev Sanid Milit Méx 1997; 51(4) Jul.-Ago: 196-202

Aspectos médico-legales de la atención de urgencias en México. Revisión de algunos aspectos prácticos para el médico cirujano

Myr. M.C. Juan Rubén Hernández-Chávez,* Cor. M.C. Régulo Nava-Frías,** Myr. Lic. Gonzalo Corona-González***

RESUMEN. Se revisó la legislación vigente que norma la conducta del médico cirujano que atiende urgencias en México. Se hace mención de las situaciones más comunes que pueden presentarse en los servicios de urgencias de los diferentes hospitales y se sugieren diferentes puntos de importancia para su adecuado abordaje médico-legal, tales como certificación de lesiones, ataque sexual, consentimiento informado, derecho a alta voluntaria, manejo de evidencias forenses y problemática legal de la donación de órganos para trasplante.

Palabras clave: médico-legal, urgencias.

La atención del paciente víctima de una urgencia es, hoy en día, una de las más frecuentes y de las más complejas a las que se puede enfrentar un médico en cualquier servicio

SUMMARY. We studied the aspects of the Mexican law that controls the management of medical emergencies. This article emphasizes the most important cases, as the legal duty to inform to the authority about delictive involvement of an injured patient, rape, informed consent and implied consent in an emergency, right to refuse treatment, forensic evidence, organ transplantation and cerebral death.

Key words: emergency, medicine, jurisprudence.

de emergencia, ya sea que se trate de un servicio público, de uno que atienda a derechohabientes o a subrogados de instituciones públicas de seguridad social, o en los servicios sociales o privados destinados a brindar servicio médico en cualquier parte de nuestro país y en la mayor parte del mundo.¹

El problema que representa la atención de una urgencia de origen traumático o de cualquier otra etiología, no solamente comprende el aspecto técnico o meramente científico del arte médico. Por su naturaleza

* Medicina Forense de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad.
** Jefe de la Sección de Medicina Legal del Hospital Central Militar.
*** Agente Investigador del Ministerio Público Militar adscrito a la Procuraduría General de Justicia Militar.

tan especial, tiene implicaciones bioéticas, morales y religiosas pero, sobre todo, conlleva toda una serie de derechos y obligaciones legales a las que no se pueden sustraer ni el médico, ni sus ayudantes ni, por supuesto, el paciente mismo.² La violación de los diferentes tipos de normas existentes tienen distintas consecuencias o *sanciones*: quien viola la norma técnica está condenado al fracaso; el que no siga las normas de orden moral o ético, así como las que dictan las diversas religiones, se expone a ser castigado, ya sea con el remordimiento o con el desprecio de la sociedad. Sin embargo, las normas jurídicas que rigen las relaciones del hombre que vive en sociedad, son impuestas por el Estado y esto las hace *obligatorias*. No olvidemos que la actuación del profesional de la medicina también se encuentra regulada por una legislación con fuerza coactiva, de ahí la necesidad de que éste la conozca y la cumpla.³

¿Cuál es el fundamento para que el que ejerce la profesión médica tenga la obligación ineludible de atender a sus semejantes cuando éstos lo necesiten?

¿De dónde nace su obligación social?

El médico tiene una razón de ser esencialmente social. No podríamos imaginarnos a uno existiendo en forma aislada, alejado del resto de la sociedad, ya que su fin último es la aplicación de su ciencia y de su arte para el beneficio de los demás. Por lo anterior, podemos deducir que la actuación del médico, como la de todos los demás seres humanos, se encuentra regulada por las leyes, en otras palabras, podemos decir que todas las conductas que adopte este profesional de la medicina se encuentran comprendidas dentro del marco legal, lo que lo hace tener derechos, obligaciones y responsabilidades. Es por medio de la atención médica que se manifiesta la acción del que ejerce legalmente la medicina pero, ¿cuál es el verdadero significado de este concepto? Podemos definir a la atención médica como *el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud*.⁴

La importancia de comprender cabalmente esto es doble; por una parte, para el médico mismo y por otra, para el usuario de sus servicios. Del profesionista no se esperan milagros, pero sí el que haga las cosas bien.

Urgencia médica

Este vocablo de *urgencia* se ha empleado en el medio hospitalario desde hace mucho tiempo. Desde el punto de vista académico, todos los que ejercemos la medicina sabemos de lo que nos están hablando cuando se nos refiere una urgencia. En los servicios destinados a la atención de este tipo de situaciones, se han acuñado algunos términos un tanto coloquiales como lo es el de «*urgencia social*» u otros similares, que se emplean para referirse a aquellos casos en los cuales no se trataba, en realidad, de una situación de urgencia médica, entendida desde el punto de vis-

ta técnico, sino a aquellas en las cuales se trataba de un mal empleo del servicio de emergencias por parte de los usuarios. Es indispensable, entonces, el definir el concepto de «urgencia médica». *Es todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función, y que requiera atención inmediata*.⁵ En este momento, cabe recordar que la atención a una urgencia es obligatoria. Es también frecuente, por desgracia, que algunos colegas todavía no alcancen a entender y a hacer suyo este concepto y se rehúsen a proporcionar la atención, creyendo, erróneamente, estar actuando conforme al Derecho, alegando para ello que se encuentran en sus horas de descanso, que se encuentran en su domicilio particular, que están de vacaciones o cosas por el estilo. Basta con que se sepa que uno es médico para que la gente, si lo necesita, acuda a donde nos encontremos a solicitar nuestra consulta.

El hecho de no cobrar honorarios por nuestro trabajo, o el de dar indicaciones por teléfono, es decir, sin ver al enfermo, tampoco nos exime de la *responsabilidad profesional*.

El negar la atención médica a una persona en caso de notoria urgencia, que haya puesto en peligro su vida, constituye para el profesional de la medicina un riesgo de denuncia latente y real, tal como lo demuestra el aumento en el número de denuncias judiciales contra algunos colegas, sobre todo en los últimos años. La mejor manera de determinar si se trata o no de una verdadera situación de urgencia médica es, indudablemente, la que nos enseñaron nuestros maestros en la escuela de medicina: revisar minuciosamente a todos y a cada uno de nuestros pacientes, y asentar en la historia clínica todos los datos producto del interrogatorio y de la exploración física que encontremos, haciéndolo en el expediente hospitalario o en los registros que para dicho fin existan en el nosocomio del que se trate. Es válido argumentar que el número de consultas por médico es excesivo, que los recursos materiales y humanos son insuficientes, pero ello no nos será de utilidad, en términos reales, si nos encontramos ante un juez. El prevenir o remediar este tipo de situaciones se debe de hacer con toda oportunidad, ante las autoridades de quienes dependa y no dejarlas pasar pensando, equivocadamente, que serán razones válidas para evitar la responsabilidad. Vale más la pena concluir, después de haber dado la consulta, que no se trataba de una verdadera situación de urgencia que ser indiciado en un proceso judicial.⁶

Consentimiento informado

En la atención del paciente traumatizado, se pueden dar varias situaciones muy especiales durante su tratamiento, ya sea durante la fase de evaluación primaria, de resucitación, de estabilización, transporte o de los cuidados definitivos. No es raro que este tipo de enfermos lleguen al cubículo de urgencias con alteración del estado de conciencia, cuando no completamente inconscientes.

Tampoco es raro que las decisiones diagnósticas y terapéuticas tengan que ser tomadas rápidamente, aun de prisa que se trate de medidas invasivas, a veces mutilantes o que, de alguna manera, vayan a dejar alguna huella material o alguna secuela en el paciente. Por supuesto, partimos de la base de que este tipo de atención es necesaria y de que es la mejor para la buena evolución del caso, pero frecuentemente olvidamos que el único que realmente puede decidir sobre que es lo que se vaya hacer con su integridad física es el *individuo mismo*, el tiene la capacidad de decidir aún el abandonar el tratamiento, a pesar de que las indicaciones médicas no estén orientadas en ese sentido. Asimismo, a veces olvidamos que nuestro papel de profesionistas médicos es el de informarle al paciente acerca de todos los procedimientos que se vayan a realizar en su persona, exponiéndoselo con claridad, tomando en cuenta su cultura, su inteligencia o su idiosincrasia, verificando que lo entienda y que por lo tanto, esté en condiciones de tomar una decisión en forma consciente para someterse o no a las decisiones del médico. A este hecho se le conoce con el nombre de «**consentimiento informado**». En la mayoría de los hospitales, se le hace firmar al paciente de nuevo ingreso una hoja de autorización de procedimientos, pero que *nunca* sustituye a los respectivos documentos que se deben de elaborar para cada uno de aquellos que se le vayan a practicar y que entrañen, cada uno por separado, un alto riesgo para él.⁷ Esto, por supuesto, presupone que el sujeto se encuentre consciente y en pleno uso de sus facultades mentales, pero cuando no es así, el ingreso tiene que ser *involuntario* y la autorización deberá ser firmada entonces por otra persona, pudiendo ésta ser, inclusive, el mismo médico tratante.⁸ Esta es una situación frecuente en las urgencias, a veces no es posible esperar a que aparezcan los familiares y el paso de los segundos y los minutos aumentan el peligro *real e inminente* de perder la vida. Entonces es menester actuar para resolver la situación, a veces sin la autorización expresa o tácita de nadie; nuevamente, lo que se debe hacer es dejar constancia por escrito del hecho en el expediente, en forma de una nota detallada, completa y justificando con bases firmes nuestra actuación.

Decíamos al principio que el enfermo tiene derecho aun a renunciar a todo tipo de intervención médica para mejorar o recobrar su salud; es en estos casos cuando se hace uso del documento conocido como «**alta voluntaria**». Una vez tomada la decisión, después de haberle informado con detalle de los posibles inconvenientes de ésta, se procederá a firmar el documento como lo especifique la ley y, con este solo hecho, el establecimiento quedará relevado de la responsabilidad.⁹ Cabe mencionar que la ley no menciona que al médico también se le exima de ésta, pero es un hecho que él sí lo será de todo lo inherente a la suspensión de la atención en este tipo de casos.

A manera de corolario, podemos decir que el consentimiento informado es el documento por medio del cual, dejamos constancia de haber informado al paciente acerca de lo que se le va a hacer, de porqué se le va a hacer y de

las consecuencias que esto puede tener en su salud integral. De ninguna manera y vale la pena aclararlo, esta autorización que nos da nuestro paciente, es para que nosotros hagamos las cosas en forma negligente o con falta de cuidado; tampoco para que hagamos algún procedimiento para el cual no hayamos tenido el permiso o el entrenamiento suficiente o, en pocas palabras, para que hagamos las cosas mal. Si esto sucediera y nuestra conducta reuniera los requisitos para ser considerada como delictuosa, no nos podríamos sustraer a la acción de la justicia.

Donación de órganos

El desarrollo inconmensurable que ha tenido la ciencia médica en las últimas décadas, es un hecho evidente, a la vista de todas las personas. El beneficio que la medicina alópata ha proporcionado a un número cada vez mayor de gente es enorme. La posibilidad de que un ser humano sobreviva a un padecimiento terminal, es una realidad bien determinada pero es indudable que cuando esto se debe al trasplante de un órgano sano procedente de otro individuo, vivo o muerto, estamos ante la culminación de un trabajo científico multidisciplinario que le tomó mucho tiempo lograr al género humano.

La atención a las víctimas del trauma no siempre es exitosa; la distribución particular de la morbilidad en este tipo de pacientes hace que se presenten, con una frecuencia bien conocida, casos de daño cerebral catastrófico e irreversible en individuos con una edad fisiológica adecuada y previamente sanos. Es en estos casos de muerte cerebral, cuando se abre la posibilidad de disponer de donadores de órganos, siendo las causas más comunes las siguientes:

- 1) Traumatismo craneoencefálico severo.
- 2) Hemorragia intracraneana.
- 3) Tumor cerebral primario.
- 4) Anoxia cerebral.
- 5) Ahogamiento.
- 6) Paro cardíaco.
- 7) Sobredosis de drogas.

Existen criterios médicos ya bien establecidos para la donación de órganos y tejidos específicos (riñón, corazón, bloque cardiopulmonar, médula ósea, hígado, páncreas, córnea, etcétera), así como para su no aceptación.

A pesar de que se ha encontrado la solución médica y quirúrgica para un gran número de patologías mediante el empleo de tejidos humanos, es un hecho que sigue siendo un problema enorme la escasa disponibilidad de órganos para poder llevar a cabo un programa de trasplantes, de hecho, en varias naciones, el número de órganos obtenidos con este fin ha disminuido comparado con el que se tenía en décadas pasadas. Lo anterior es una consecuencia de los cambios que han sufrido las leyes, muchas de las más antiguas no preveían los múltiples y tan complejos problemas que acompañan siempre a la donación de tejidos corporales con fines de trasplante. Las nuevas tenden-

cias mundiales, tanto en el ámbito político como en el cultural, sin olvidar al religioso y al económico, aunando a éstas el tremendo desarrollo de los medios de comunicación a nivel global, modificaron la manera de pensar de las personas en relación a sus órganos, y paralelamente al desarrollo médico, crecieron también las posibilidades de que este fabuloso recurso se volviera objeto de comercio, tanto a pequeña como a gran escala. Las implicaciones éticas que esto acarrearía consigo serían desastrosas, sobre todo ante las condiciones económicas y sociales tan desiguales que existen entre los diferentes bloques geopolíticos actuales.

Se tuvieron que crear nuevas leyes que regularan la donación de órganos, tanto de personas vivas, de personas con muerte cerebral y de cadáveres con fines de trasplante. En la mayoría de los países de América, existen programas con ese fin y bancos de órganos bien establecidos para la donación voluntaria pero, desafortunadamente, aún de esta manera, no se ha tenido un éxito significativo ya que la tarea de procurar los órganos es muy compleja y difícil, tanto técnica como legalmente. La realidad nos ha enseñado que la realización de los trasplantes no ocurre en la cantidad esperada, ni en la necesaria, lo que se hace evidente al revisar las enormes listas de pacientes en espera de un órgano. La cultura, la idiosincrasia, la religión y los factores económicos de un pueblo, son determinantes para el éxito de este tipo de programas. Mientras más información acerca de las ventajas, bondades y utilidades acerca del trasplante de órganos se ofrezca a la gente, será mayor la cantidad de donaciones desinteresadas y gratuitas de sus tejidos corporales al sobrevenir la muerte, en beneficio de aquellos que los requieran para su rehabilitación. Se debe de hacer hincapié en esta propaganda en la *gratuidad absoluta de la donación*, misma que, en ningún momento se debe de manifestar como objeto de comercio.

Un asunto importante en este contexto, es el concepto de *muerte cerebral*. La ciencia médica tiene los elementos necesarios para determinar en qué casos, un paciente, tiene muerte cerebral. Las diferentes naciones han establecido en sus distintas leyes los criterios que ellos creen necesarios para hacer este diagnóstico.¹⁰ El constante desarrollo de nuevos recursos tecnológicos en la medicina nos ha permitido llegar a establecerlos, prácticamente, sin duda alguna. Es también necesario el *educar* a los familiares de este tipo de enfermos en ese sentido, para que *autoricen* la toma de esos órganos. Otra de las piedras angulares para permitir el desarrollo expedito de este recurso terapéutico, es el lograr establecer una legislación tal, que no sólo tome en cuenta el aspecto meramente técnico, sino que también involucre el aspecto de las leyes penales, para que ambos ordenamientos no se contrapongan, maniatando, de esta manera, toda buena intención de ayudar a nuestros semejantes.

En conclusión, las leyes son perfectibles, la buena fe y la educación de los pueblos son la clave para que se lleven a la práctica programas de trasplante de órganos a gran

escala, en forma rápida y efectiva; las bases técnicas para lograrlo ya fueron puestas por un grupo de científicos excepcionales a lo largo de la historia de este esfuerzo de la medicina; ahora el turno es de los educadores, de los médicos, de los abogados y de la gente común para que se logre el objetivo deseado.

Certificación de lesiones

Todo médico que haya estado en servicio de guardia en una sala de urgencias, se ha enfrentado a diversas situaciones, que van desde el determinar si se trata de un caso médico-legal, el clasificar una lesión, el saber qué hacer con un paciente que se encuentra detenido, qué hacer con un cadáver que es trasladado a ese servicio, qué hacer en caso de que llegue una presunta víctima de abuso sexual o muchas otras circunstancias en las que su responsabilidad profesional se pone en juego.

¿Qué es lo que debemos de entender por «caso médico-legal»?

Es difícil definirlo en pocas palabras, pero lo más importante es, sin duda alguna, saber que es todo aquel del cual se sospeche, o se sepa, que existe alguna relación con un hecho presuntamente delictuoso. Es muy frecuente que este tipo de situaciones se asocien al uso de la violencia (en cualquiera de sus manifestaciones) o ya sea en casos de abuso de drogas, de trauma, de abuso sexual, etc.¹¹

El médico que recibe este tipo de pacientes debe además de proporcionarles la atención médica adecuada, estar alerta para detectar si se puede tratar o no, de un caso relacionado, de alguna manera, con un delito. Una vez que lo ha identificado, debe de hacer un certificado de lesiones, de intoxicación alcohólica o un resumen, dependiendo de la circunstancia de que se trate, para después informar a la autoridad judicial correspondiente que ahí en ese lugar, se acaba de atender a una persona que tenía determinadas lesiones y que tenía cierto grado de intoxicación, ya sea por alcohol etílico o por alguna otra sustancia psicotrópica o estupefaciente.

Los datos que requiere llevar el certificado de caso médico-legal y de lesiones son los siguientes:

- a) Nombre del paciente.
- b) Lugar, fecha y hora en las que se proporcionó la atención médica
- c) Presencia o no de aliento alcohólico.
- d) Signos vitales y estado de conciencia con los que llegó al servicio de urgencias.
- e) Una descripción completa y detallada de las lesiones que presente el enfermo, ubicándolas anatómicamente e indicando la naturaleza del agente que las produjo.
- f) Se debe de clasificar la gravedad de las lesiones, tomando en cuenta para ello, si ponen en peligro la vida o no, así como establecer el tiempo aproximado que tardan en sanar.

Hay que remitir este documento a la autoridad judicial correspondiente, para que lo anexe al expediente judicial,

si es que lo hay, y guardar una copia para el archivo del hospital donde se expidió y, convenientemente, otra para el médico que lo hizo.¹²

Cabe aclarar que el criterio que se debe de emplear para determinar si una lesión puso o no en peligro la vida, es el de que este riesgo sea **real, actual e inminente**. Puede existir una lesión que, en un joven atleta, no ponga en peligro la vida, mientras que si se le infringe a un anciano o a un niño, sí lo haga. También debemos de basarnos en hechos reales, no hipotéticos o probables. Por ejemplo, es incuestionable que una herida superficial por un instrumento cortante puede infectarse y que este proceso puede llevarnos, en el caso más extremo, a una sepsis y a la muerte misma. La realidad es que esto no es lo más común y que no ayudaremos en nada a la impartición de la justicia si hacemos una clasificación basada en hechos poco probables. Debemos, para ello, tener presente que nuestra clasificación es *provisional*. Es sabido que, ante la premura y dado el ambiente de trabajo que reina en una sala de urgencias, es difícil contar con todos los elementos que quisiéramos para poder establecer un diagnóstico exacto y poder emitirlo sin duda alguna en un tiempo muy breve. Si al mismo tiempo, se nos presiona por parte de las autoridades para que les informemos sobre el cuadro de lesiones y su clasificación médico-legal, es comprensible que, en un afán de *autoprotección*, clasifiquemos una herida como que *sí* pone en riesgo la vida del paciente, cuando su evolución nos demuestra, posteriormente, que no fue así. Existe la clasificación definitiva, que es la que se realiza *a posteriori*, es decir, cuando ya se puede contar con resultados de estudios de gabinete o de laboratorio, con la evolución clínica del enfermo, etcétera, elementos todos ellos que nos brindan la oportunidad de definir la gravedad del caso, así como establecer *definitivamente* su tiempo de curación.

Intoxicación alcohólica

La ingestión de alcohol es un fenómeno que se ha ido incrementando en cuanto a su frecuencia y en cuanto a su edad de inicio en las últimas décadas. Es un hecho que el trauma y la embriaguez son dos cosas que van de la mano y que, muy seguido, hacen juntos su aparición en los cubículos de emergencias médicas.

Es muy importante para la justicia el poder determinar si un individuo, al momento de delinquir o de verse involucrado en un hecho de este tipo, se encontraba bajo los efectos del etanol. Es obligación del médico de urgencias el determinarlo en su momento. Para cumplir con dicho fin, existen múltiples formatos que se han ido creando en los diferentes nosocomios cuya función última es el diagnosticar el estado de intoxicación por ingestión de alcohol etílico y si este es el caso, determinar el grado en el que se encuentra. De cualquier forma, los puntos que se deberán de tomar en cuenta para este tipo de exámenes serán los siguientes:

- a) Signos vitales.
- b) Presencia de aliento alcohólico.
- c) Nivel de conciencia.
- d) Coordinación.
- e) Resto del examen neurológico.

Con estos datos, se podrá establecer la presencia del estado de ebriedad y, dado el caso, el grado de intoxicación.

Preservación de evidencias forenses

A pesar de los avances de la ciencia médica y de la sistematización de la atención a los pacientes traumatizados en los servicios de urgencias, la mortalidad sigue siendo importante. Como ya mencionamos, la gran mayoría de los casos médico-legales se encuentran asociados al trauma, y los cadáveres de las personas que hayan fallecido a consecuencia de éste tendrán que ser sometidos, ineludiblemente, a autopsia médico-legal.¹³ Algunos de los objetivos que tiene la necropsia de ley son:

- a) Determinar la *causa* de la muerte.
- b) Contribuir a establecer la *forma* de la muerte.
- c) Ayudar a determinar la *hora* de la muerte (cronotanodiagnóstico).
- d) Ayudar a la *identificación* de la víctima.
- e) Colaborar con los responsables de la investigación en la determinación de la posición víctima-victimario y de la dinámica de los hechos.

De los puntos anteriores, se desprende su utilidad y su importancia para auxiliar a los órganos encargados de impartir justicia.¹⁴ En cuanto al médico que está de guardia en el servicio de urgencias, la mejor manera que tiene de ayudar a los médicos forenses, es *preservando* en forma física las lesiones externas que presente el paciente; sabemos bien que esto es difícil de hacer cuando la prioridad es salvar la vida de un ser humano, conocemos la gran tensión que acompaña al médico que atiende a un paciente que ha caído en paro cardiorrespiratorio y sabemos que, muchas veces por razones terapéuticas, no es posible conservarlas intactas. Sin embargo, si no fue posible hacerlo, sí deben de quedar *perfectamente descritas* sus características, al igual que todo procedimiento, ya sea diagnóstico o terapéutico (sobre todo si fue quirúrgico) que se haya realizado y que haya alterado o hecho desaparecer a las lesiones originales. Por supuesto, todo lo anterior debe de quedar *registrado* en el expediente clínico. Los siguientes puntos son de importancia para la preservación de la evidencia del crimen en la sala de urgencias.

a) Describir perfectamente todas las lesiones que presente el paciente. De ser posible, tomar fotografías de las mismas, incluyendo en estas una regla graduada para comparar tamaños.

b) Si el paciente llega vestido, hay que preservar sus ropas; esto es de gran importancia para la investigación de su estructura (fibras, material del que esté fabricada), de orificios dejados por el objeto lesionante (arma blanca, proyectil de arma de fuego), de manchas producidas por sangre,

semen u otras sustancias de origen corporal o que provengan del medio ambiente en el que se dieron los hechos, tales como polvo, tierra, hojas, etc. En todo caso, las prendas se deberán embalar en una bolsa de plástico impermeable y remitir a las autoridades correspondientes, siempre por medio de un documento escrito y con firma de recibido, con el fin de asegurar una *cadena de custodia* de estas evidencias.

c) Evitar, en la medida de lo posible, extirpar las heridas u orificios dejados por el agente lesionado o aprovecharlos para hacer abordajes quirúrgicos.

d) Si se recupera un proyectil de arma de fuego o alguna esquirla, hay que embalarlos cuidadosamente, tomándolos por medio de un pedazo de algodón seco y depositándolos ya sea dentro de un tubo de ensayo, en un sobre de papel o en un sobre de polietileno, siempre con algodón en su interior para evitar que se golpee y se altere su forma o su superficie. Después, hay que rotularlos con los datos del paciente y del lugar de donde se obtuvieron, siguiendo la cadena de custodia en la forma ya indicada.

e) Hay que permitir la actuación de los agentes investigadores en cuanto la situación médica del enfermo lo permita, ya sea para que se le interroge, para que se le tomen muestras de la superficie de las manos con el fin de hacer pruebas de disparo o proporcionando las muestras de sangre necesarias para exámenes químico-toxicológicos.

Ataque sexual

Uno de los lugares a donde se acude con mayor frecuencia en casos de abuso sexual, ya sea que se trate de mujeres o de niños, es el servicio de urgencias. Las medidas que se deben de realizar cuando se sospeche una situación de esta índole son las siguientes:

a) Recuerde: el médico sólo va a certificar si hubo o no *penetración*, nunca si hubo o no *violación*. La violación es un delito y como tal es papel del Agente del Ministerio Público y del Juez, no del médico, el determinar si existió.¹⁵

b) Para poder realizar la exploración física de la presunta víctima, es *indispensable* recabar la orden judicial o, en su defecto, el *consentimiento informado* por escrito. Si se tratara de un menor de edad, éste se podrá obtener de los padres o tutores.

c) Para que el estudio de este tipo de casos se oriente de manera adecuada, es importante obtener del interrogatorio los siguientes datos:

¿Cuándo ocurrió el hecho?

¿Cómo se llevó a cabo?

¿Dónde tuvo lugar?

¿Quién o quiénes fueron los agresores?

¿Le dijeron la razón por la cual ocurrió la agresión?

d) Es posible que también tenga que revisar al presunto agresor. Después de recibir la orden judicial o de obtener su consentimiento informado por escrito, se deberá de determinar lo siguiente:

Capacidad de erección.

Signos de coito reciente.

Signos de coito reciente efectuado con violencia.

Tomar muestras para laboratorio.¹⁶

e) En todo momento, al estar realizando este tipo de exploraciones, el médico nunca debe estar solo. Hay que acompañarse *siempre* de una *enfermera*, del *Agente del Ministerio Público* o de alguno de los familiares.

A continuación, proponemos un procedimiento sistematizado para llevar a cabo la exploración física de una mujer supuestamente víctima de un ataque sexual:

a) *Inspección*. Si la ropa que viste es la misma con la que ocurrió el ataque, buscar en ella evidencias como tierra, pasto o hierbas, que orienten hacia el lugar en donde éste se llevo a cabo, así como desgarros, manchas, pelos o fibras. Hay que observarla por medio de la lámpara de Wood en busca de huellas de semen.

b) *Area genital*. Comprende la revisión de los genitales externos, del área anorrectal y del periné.

c) *Area paragenital*. Es la que integran la cara interna de ambos muslos, los glúteos y el tercio inferior de la cara anterior del abdomen.

d) *Area extragenital*. Es lo que resta del cuerpo pero, sobre todo, el cuello, las mamas, las manos, las muñecas, los brazos y antebrazos, las uñas y los tobillos.

e) *Toma de muestras*. En el examen de los genitales se deben buscar, en forma intencionada, fibras, manchas y cabellos por medio del peinado del pubis, así como la presencia de semen y de la fracción prostática de la fosfatasa ácida. Todas estas muestras se deben tomar y mandar inmediatamente al laboratorio. Es conveniente, de acuerdo con los datos que arrojen tanto el interrogatorio como la exploración misma, obtener la autorización de la mujer para tomarle una muestra de sangre y de orina para determinaciones de alcohol sérico y de tóxicos en sangre.

f) *Enfermedades de transmisión sexual*. Si no ha pasado el tiempo suficiente para que se encuentre establecido el cuadro clínico de alguna de ellas, se deben de indicar los medicamentos que cubran el espectro más amplio en forma profiláctica. En todos los casos se deben de tomar muestras para determinación de VIH y en caso de ser negativas, repetirlas cada tres meses durante un año.

g) *Embarazo*. Se deberá prevenir el embarazo con terapia hormonal pero si la víctima resulta embarazada, se debe de iniciar el control obstétrico del mismo, mas si se demuestra que la mujer sí fue violada y que su estado de gravidez es consecuencia de este delito, se puede considerar la posibilidad de interrumpir la gestación.¹⁷

Conclusiones

El médico que atienda casos de urgencia en cualquier hospital de nuestro país está obligado a conocer las leyes y reglamentos que norman su conducta profesional. Es un hecho que las demandas en contra de médicos cirujanos, a pesar de que no han alcanzado los mismos niveles que en otros países, se están incrementando a cada momento.

Es indispensable revisar los programas de las clases de Medicina Legal en las Escuelas de Medicina de México, dada la gran trascendencia de los aspectos deontológicos, bioéticos y legales que debe conocer y manejar a diario el profesional de la medicina. Desgraciadamente, el número de horas que se dedican a esta materia, así como la falta de maestros especialistas en ella, son insuficientes. Es hacia la formación de este tipo de recursos que hay que enfocar los esfuerzos educativos institucionales.

Referencias

1. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa, S.A., 1995: 9-10.
2. Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Sexta edición. México, D.F., Editorial PAC, SA, 1994: 7-9 (Artículos 1º, 2º transitorio y 3º), 21-25 (Artículos 24,33-37) Código Penal para el Distrito Federal, 55ava. edición, México D.F., Editorial Porrúa, S.A., 1995: 67-68 (Artículos 228-230).
3. Moto E. Elementos de Derecho, 40a. edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., 1994: 1-6.
4. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., 1995: 9 (Artículo 32).
5. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1995: 146 (Artículo 72).
6. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1995: 146 (Artículos 73-75).
7. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1995: 147 (Artículo 80).
8. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1995: 147 (Artículos 81 y 83).
9. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1995: 147 (Artículo 79).
10. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., 1995: 63 (Artículos 317 y 318).
11. Ley General de Salud, decimosegunda edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1995: 148 (Artículos 86 y 92) Código Penal para el Distrito Federal, 55ava edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., 1995: 86-87 (Artículos 288-293). Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, quinta edición, México, D.F., Ediciones Andrade S.A., de C.V., 1993: 130 (Artículos 125-131).
12. Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, quinta edición, México, D.F., Ediciones Andrade S.A., de C.V., 1993: 150-4, 151, 152 y 157 (Artículos 262, 263, 265 y 271).
13. American College of Surgeons Committee on Trauma Advanced Trauma Life Support, Instructor Manual, fifth edition, Chicago, 111. American College of Surgeons, 1993: 11-13.
14. Vargas E. Medicina Forense y Deontología Médica, primera edición, México, D.F., Editorial Trillas, 1991: 177-197. Gisbert JA. Medicina Legal y Toxicología, cuarta edición, Barcelona, España, Editorial Salvat, 1992: 198-215.
15. Código Penal para el Distrito Federal, 55ava edición, México, D.F., Editorial Porrúa S.A., 1995: 81-82. (Artículos 265, 266 y 266 bis).
16. Gisbert JA: Medicina Legal y Toxicología, cuarta edición, Barcelona, España, Editorial Salvat, 1992: 441-459. Vargas E. Medicina Forense y Deontología Médica, primera edición, México, D.F., Editorial Trillas, 1991: 509-546.
17. Hampton HL. Current concepts: care of the woman who has been raped. N Eng J Med 1995; 332(4): 1-5.
18. Código Penal para el Distrito Federal, 55ava edición, México, D.F., Editorial Porrúa, S.A., 1995: 93.