



UNIVERSIDAD DE GRANADA
Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría.
Facultad de Medicina

MEMORIA DE TESIS DOCTORAL

**Aspectos Médico-Legales de la patología
otorrinolaringológica atendida en el Servicio de
Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de
Murcia, durante el año 2007**

**Trabajo presentado por
M^a del Pilar Navarro Paule**

**Directora
Dra. María Castellano Arroyo**

Granada, Septiembre 2010

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: María del Pilar Navarro Paule
D.L.: GR 599-2011
ISBN: 978-84-694-0151-4



María Castellano Arroyo, Catedrática de Medicina Legal y directora del Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría de La Universidad de Granada.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral titulada “Aspectos Médico-Legales de la patología otorrinolaringológica asistida en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, durante el año 2007” ha sido realizada por D^a. M^a del Pilar Navarro Paule, bajo mi dirección, en el Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría de la Universidad de Granada. A lo largo del mismo ha seguido las pautas de dirección en lo referente a recogida de material, método y búsqueda bibliográfica; para llegar a la discusión y resultados que se exponen en la misma.

En mi opinión, esta Tesis Doctoral cumple los requisitos y mérito necesarios para ser defendida públicamente en la Universidad de Granada, para que su autora opte al Grado de Doctora

Granada, 1 de septiembre de 2010

Fdo: María Castellano Arroyo

Directora de Tesis

A mis padres, hermano y cuñada y a David.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera mostrar mi profundo agradecimiento a la Dra. Maria Castellano Arroyo, Catedrática del Departamento de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Granada, por todo el tiempo que me ha dedicado a lo largo de estos tres años, aun en las circunstancias más adversas para ambas; su estímulo y ánimo han hecho posible el desarrollo de esta tesis doctoral.

En segundo lugar al Dr. Luis Amorós i Rodríguez, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por las facilidades que me ha dado para la obtención del material de esta Tesis y su constante apoyo.

De igual modo, a los miembros del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, compañeros sin los cuales habría sido imposible la recogida de los datos. Especial agradecimiento al Dr. Pérez Aguilera y al Dr. Cubillana, por facilitar la realización de esta tesis. Y por último al Dr. Anula y Dra. Nieves Mínguez Merlos, por su apoyo paternal desde el punto de vista profesional.

Al miembro del Servicio de Bioestadística de la Universidad de Granada, Dr. Don Juan de Dios Luna, y al Dr. José Jiménez Moleón, miembro del Departamento de Preventiva de la Universidad de Granada, por su participación activa en esta tesis.

Al personal del Servicio de Urgencias encargado de la codificación de los datos, que han facilitado la información necesaria.

Y por último y no por ello menos importante a mis padres, hermano, cuñada y familiares cercanos, pues con su cariño, y su apoyo constante en momentos difíciles, han hecho posible esta tesis escrita.

INDICE

I. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO 6-10

II. INTRODUCCIÓN

II.1. CONCEPTO DE LESIÓN: DELITO DE LESIONES 11-19

II.2. AGENTES EXTERNOS PRODUCTORES DE LESIÓN 19

II.2.1. AGENTES MECÁNICOS 19-20

II. 2.2. AGENTES FÍSICOS 20

II.2.3. AGENTES QUÍMICOS 20

II.2.4. AGENTES BIOLÓGICOS 21

II.2.5. AGENTES INTERNOS DE TIPO MECÁNICO 21

II.2.6. MEDIOS PSICOLÓGICOS 21

II.3. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LAS LESIONES 22

II.3.1. CONSECUENCIAS PENALES 22-23

II.3.2. CONSECUENCIAS CIVILES 23

II.3.3. CONSECUENCIAS LABORALES 23-26

II.4. PERITACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LAS LESIONES 26-29

II.5. DEBERES MÉDICO-LEGALES DE LOS PROFESIONALES
SANITARIOS 29-30

II.6. PARTE DE LESIONES 30-34

II.7. CONSENTIMIENTO INFORMADO 34-44

III. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN ORL 44-46

IV. LESIONES EN EL ÁMBITO ORL 47

IV.1. CUERPOS EXTRAÑOS 47

IV.1.1. CUERPOS EXTRAÑOS NASALES 47-48

IV.1.2. CUERPOS EXTRAÑOS ÓTICOS 49

IV.1.3. CUERPOS EXTRAÑOS OROFARÍNGEOS 50

IV.1.4. CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ÁRBOL LARINGOTRAQUEAL

51

IV.2. TRAUMATISMOS EN EL ÁREA ORL 51

IV.2.1. TRAUMATISMOS NASOFACIALES 52

IV.2.2. TRAUMATISMOS DE LA PIRÁMIDE NASAL 53-54

IV.2.3. HEMATOMA SEPTAL 54

IV.2.4. TRAUMATISMO CERVICAL54

VI. 2.4.1. TRAUMATISMO EXTERNO 54-55

IV.2.5. LESIONES POR OCLUSIÓN INTRÍNSECA DE LAS VÍAS
RESPIRATORIAS (SOFOCACIÓN).55

IV.2.6. TRAUMATISMOS ÓTICOS 55-56

57	IV.2.6.1 BAROTRAUMMATISMO. OTOPATÍA DISBÁRICA 56-
	IV.2.7. TRAUMATISMOS DEL PABELLÓN AURICULAR57
	IV.2.7.1. OTOHEMATOMA 57
	IV.2.7.2. EROSIONES 58
	IV.2.7.3. HERIDAS ABIERTAS 58
	IV.2.7.4. ARRANCAMIENTO DEL PABELLÓN
AURICULAR(AVULSIÓN) 58	
	IV.2.7.5. CONGELACIÓN 58
	IV.2.7.6. QUEMADURAS. 59
TEMPORAL.59	IV.2.7.7. TRAUMATISMOS CON FRACTURA DEL
	IV. 3. LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS 60
	IV.3.1.INGESTA DE CAÚSTICOS 60-61
	IV.3.2. INHALACIÓN DE HUMOS,GASES,TÓXICOS O IRRITANTES
INDUSTRIALES 61	
V. MATERIAL Y MÉTODOS 62	
	V. 1. MATERIAL Y METODO 62-71
	V. 2. MÉTODO ESTADÍSTICO 71-72
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 73-74	
	VI. I. ESTUDIO MÉDICOLEGAL DE LAS LESIONES
OTORRINOLARINGOLÓGICAS.74	
	VI. I. 1. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y SEXO DE LOS
PACIENTES. 74-75	
	VI. I. 2. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y EDAD DE
LOS PACIENTES 75-76	
	VI. I. 3. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES 76-77	
	VI. I. 4. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS E INCIDENCIA
POR MESES. 77-79	
	VI. I. 5. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y
ANTECEDENTES PERSONALES 79-81	
	VI. I. 6. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y ETIOLOGÍA
MÉDICO-LEGAL DE LA LESIÓN 81-82	
	VI. I. 7. NATURALEZA DE LA LESIÓN 82
	VI. I. 7 1. NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS 83
	VI. I. 7. 1. 1. LOCALIZACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS
Y TRAUMATISMOS 84-85	
	VI. I. 7. 1. 2. TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS 85-87
	VI. I. 7. 2. 3. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS:
TRAUMATISMOS 87-88	
	VI. I. 8. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS 89-90	
	VI. I. 9. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO 90-92	
	VI. I. 10. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y
TRATAMIENTO REQUERIDO 93-97	
	VI. I. 11. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y
TRATAMIENTO DOMICILIARIO 97-99	

**VI. II. PARTE DE LESIONES Y ASISTENCIA
OTORRINOLARINGOLÓGICA 99-100**

**VI. II. 1. PARTE DE LESIONES Y CUMPLIMENTACIÓN DEL
DOCUMENTO 100-101**

VI. II. 2. PARTE DE LESIONES Y VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

102

**VI. II. 2. 1. PARTE DE LESIONES Y SEXO DE LOS
PACIENTES 102-103**

**VI. II. 2. 2. PARTE DE LESIONES Y EDAD DE LOS
PACIENTES. 103-105**

**VI. II. 2. 3. PARTE DE LESIONES Y PROCEDENCIA
GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES 105-106**

**VI. II. 2. 4. PARTE DE LESIONES E INCIDENCIA POR
MESES.107-108**

**VI. II. 2. 5. PARTE DE LESIONES Y ANTECEDENTES
PERSONALES 108-109**

**VI. II. 2. 6. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA
LESIÓN 109**

**VI. II. 2. 6. 1. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA
DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS109-110**

**VI. II. 2. 6. 2. PARTE DE LESIONES LOCALIZACIÓN
DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS 111**

**VI. II. 2. 6. 3. PARTE DE LESIONES TIPOS DE
CUERPOS EXTRAÑOS112-113**

**VI. II. 2. 6. 4. LESIONES
OTORRINOLARINGOLÓGICAS: TRAUMATISMOS 113**

**VI. II. 2. 7. PARTE DE LESIONES Y ETIOLOGÍA
MÉDICOLEGAL DE LAS LESIONES 114-115**

**VI. II. 2. 8. PARTE DE LESIONES Y PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS 115-116**

**VI. II. 2. 9. PARTE DE LESIONES Y DIAGNÓSTICO
DEFINITIVO116-119**

**VI. II. 2. 10. PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO
REQUERIDO 119-120**

**VI. II. 2. 11. PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO
DOMICILIARIO 121-122**

**VI. III. 3. PARTE DE LESIONES Y GRADO DE CALIDAD DEL
DOCUMENTO 122-124**

**VI. III. 3. 1. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y SEXO DE
LOS PACIENTES 124-125**

**VI. III. 3. 2. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y EDAD
DE LOS PACIENTES 125-126**

**VI. III. 3. 3. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES.127**

**VI. III. 3. 4. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES E
INCIDENCIA POR MESES.128**

**VI. III. 3. 5. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y
ANTECEDENTES PERSONALES. 129**

**VI. III. 3. 6. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y
NATURALEZA DE LA LESIÓN 130**

- VI. III. 3. 6. 1. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS 130-131**
- VI. III. 3. 6. 2. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES LOCALIZACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS131-132**
- VI. III. 3. 6. 3. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS 132-133**
- VI. III. 3. 6. 4. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS: TRAUMATISMOS 133**
- IV. IV. 3. 7. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y ETIOLOGÍA MÉDICOLEGAL DE LA LESIÓN 134**
- VI. III. 3. 8. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS 135-136**
- VI. III. 3. 9. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO136-138**
- VI. III. 3. 10. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO REQUERIDO 138-140**
- VI. III. 3. 11 CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO 141-142**
- VI. IV. CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 142-143**
- VI. IV 1. CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 144**
- VI. IV. 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SEXO DE LOS PACIENTES 145**
- VI. IV. 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EDAD DE LOS PACIENTES146-147**
- VI. IV. 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES.147-148**
- VI. IV. 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO E INCIDENCIA POR MESES.148-149**
- VI. IV. 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANTECEDENTES PERSONALES.150-151**
- VI. IV. 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ETIOLOGÍA MÉDICOLEGAL DE LA LESIÓN 151-152**
- VI. IV. 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y NATURALEZA DE LA LESIÓN 153**
 - VI. IV 8. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS 153-154**
 - VI. IV. 8. 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOCALIZACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS 154**
 - VI. IV 8. 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS 155**
 - VI. IV 8. 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y OTORRINOLARINGOLÓGICAS: TRAUMATISMOS 155**
 - VI. IV 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.156**
 - VI. IV 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.157-158**
 - VI. IV 11. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO REQUERIDO159**

**VI. IV 12. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO
DOMICILIARIO160**

VII. MODELOS DE REGERESIÓN LOGÍSTICA 161-63

VIII. CONCLUSIONES164-167

IX ABREVIATURAS 168

X. BIBLIOGRAFIA 169-175

I. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

El especialista en ORL está habituado a ser requerido en los servicios de consultas de Urgencias, cuando los profesionales que reciben y atienden al paciente, en primer lugar, consideran que el cuadro que presenta se corresponde con alguna de las entidades nosológicas del área otorrinolaringológica, las cuales pueden ser muy diversas en su naturaleza y gravedad. Cuando todo ello se hace con diligencia y la intervención es rápida y acertada, la consecuencia es más favorable y hay mayor probabilidad de que los resultados sean buenos. Por ello, la preocupación principal del especialista en ORL es acertar en el diagnóstico y aplicar el tratamiento adecuado lo más rápido posible, siguiendo la directriz asistencial que, por otra parte, debe estar siempre en primer plano de la actuación médica.

Por tanto, cuando el especialista en ORL es requerido en el sistema de urgencias para atender a un paciente, éste ya ha pasado una primera valoración rápida desde la que se deriva a la especialidad, de manera que el médico especialista se enfrenta a una situación que es urgente, y del ámbito de su especialidad. Su principal objetivo es actuar con diligencia, y con acierto en el diagnóstico y tratamiento, se guían por tanto por la ciencia médica, su experiencia profesional y los principios deontológicos.

Sin embargo, como expondremos extensamente en este trabajo, las lesiones, cuando no se corresponden con patologías naturales y espontáneas pueden tener implicaciones legales que los médicos deben conocer para cumplir con los requisitos que faciliten la posterior tarea de la administración así como el respeto a los derechos de los pacientes, buscando el beneficio de estos en todos los ámbitos. Este es uno de los objetivos básicos de la Medicina Legal y Forense y constituye contenidos habituales de los tratados de Medicina legal clásicos y modernos, y diversos artículos. (1), (2) (3), (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11) y (12).

Aunque las condiciones de gravedad del enfermo y la toma rápida de decisiones en la actuación terapéutica suelen ser la constante en el Servicio de Urgencias, esto no exime a los médicos, una vez prestada la asistencia, de cumplir con los deberes médico-legales que correspondan a cada caso; entre ellos destacamos el de extender el Parte de Lesiones en los casos en los que este es un acto médico obligado. Este documento se realizará conforme a los requisitos que le caracterizan y que comentaremos en el apartado correspondiente.

El no cumplimentar este documento médico-legal puede comprometer al médico. En el caso de que se deriven conflictos legales, desde el juzgado que corresponda puede reclamarse el documento, que puede ser básico para conocer las lesiones, su naturaleza, gravedad, tratamiento administrado o mecanismo de producción de las mismas, así como su etiología medicolegal.

El motivo por el cual se puede judicializar una asistencia médica es muy diverso, aunque generalmente va vinculado a los resultados no deseados o esperados por el paciente o los familiares. De entrada y como diremos más extensamente, siempre que las lesiones tengan un origen violento y siempre ante determinados mecanismos como las agresiones, los accidentes de tráfico, accidentes de trabajo, accidentes en los que media la imprudencia, intoxicaciones, etc., requerirán de este documento.

Otro aspecto fundamental en la asistencia sanitaria, y por tanto en la que se presta dentro de la especialidad de ORL, es el cumplimiento de los derechos de los pacientes. Dentro de estos es básico, el respeto a la autonomía que el paciente tiene para decidir y elegir lo que considere más favorable para sí mismo; lo cual se plasma a través de la obtención, por parte del médico, de su consentimiento para la actuación médica. Este consentimiento tiene que ser válido, desde el punto de vista legal y para ello es imprescindible que el médico transmita al paciente la información necesaria que pueda conocer cual va a ser la actuación a realizar, la necesidad de la misma, o los riesgos y beneficios esperados. Cuando esto se cumple hablamos de “consentimiento informado” que suele quedar, incluso por escrito y que da legitimidad y legalidad al acto médico.

Es este otro deber legal que el especialista en ORL debe conocer y cumplir.

Por ello, aunque este es un trabajo realizado en el campo de la Otorrinolaringología, el hecho de que el ejercicio de la misma pueda tener repercusiones legales, nos ha llevado a plantear un trabajo que, también va a tener unos objetivos médicos-legales directos, dirigidos a investigar y conocer, si los especialistas en ORL conocen sus obligaciones legales y el grado de cumplimiento de las mismas. Para ello nos planteamos los siguientes objetivos.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

1. Recoger y estudiar los datos de las lesiones otorrinolaringológicas, que se atienden en un Servicio de Urgencias de un Hospital general. El objeto es obtener información directa y fiable sobre el tipo de pacientes que requieren asistencia urgente en esta especialidad, los motivos de esta necesidad y todas las demás circunstancias presentes en el caso. Los datos obtenidos nos permitirán conocer la naturaleza de estas lesiones, su gravedad, el tratamiento que precisan, la existencia o no de secuelas tras la curación, y cualquier otro tipo de datos que podamos encontrar en nuestro trabajo.
2. De forma paralela investigaremos si los médicos que realizan la asistencia sanitaria conocen y cumplen sus obligaciones legales, previstas para el caso de que las lesiones que atienden tengan un origen violento. Como ya hemos dicho, ante las lesiones violentas hay que emitir el documento médico-legal denominado “Parte de Lesiones”. Por ello para cumplir este objetivo comprobaremos la existencia o no de Parte de Lesiones en cada caso estudiado. En los casos en los que se haya cumplimentado el documento, investigaremos la forma y el contenido del mismo, estableciendo un protocolo de calidad según los datos que consten y la precisión con que estos se hayan recogido.
3. El tercer objetivo de este trabajo es hacer una propuesta de Documentos médico-legales básicos, fundamentalmente Parte de Lesiones y Consentimiento Informado, para el especialista en ORL, ante las lesiones que en este trabajo identifiquemos como más frecuentes y merecedoras de la necesidad de consentimiento, y/o de Parte de Lesiones, lo que facilitaría a nuestros colegas la cumplimentación de sus deberes médico-legales.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Partimos de la presunción clínica de que la principal preocupación del especialista en ORL al asistir a un lesionado en Urgencias es prestar la mejor asistencia al paciente. Por ello, nuestra hipótesis de trabajo es que se elaboran Informes de asistencia en Urgencias e Informes clínicos, que, desde la perspectiva clínica, probablemente contengan los datos necesarios respecto a la lesión, el procedimiento diagnóstico empleado y el tratamiento administrado. Sin embargo, consideramos que, desde la perspectiva médico-legal, los documentos estarán

incompletos, sobre todo en lo referente a la elaboración y envío del Parte de Lesiones, en sus aspectos formales y de contenido.

Igualmente, en nuestra hipótesis consideramos que, aunque en la práctica asistencial, el otorrinolaringólogo, hable con el paciente y le transmita algunos datos sobre su diagnóstico o procedimientos a aplicar en su tratamiento, probablemente, en muchos casos no se cumpla con el deber formal de registrar en la Historia Clínica, o cumplimentar el preceptivo documento de “Consentimiento Informado”, cada vez más necesario como requisito legal de garantía de buena práctica clínica. Por ello, en nuestro trabajo revisaremos, en los casos asistidos en Urgencias, y que hayan requerido tratamientos invasivos, cruentos o que entrañen riesgos, la existencia, o no, del documento de Consentimiento Informado, para verificar si se ha presentado al paciente y se ha recabado su firma.

Como decimos, nuestra hipótesis es una probable deficiencia en la cumplimentación de la documentación médico-legal que requiera la asistencia prestada. Como contrapartida, podremos, ante los hallazgos específicos, hacer propuestas de actuación que garanticen los derechos de los pacientes y den seguridad jurídica a las actuaciones médicas en Otorrinolaringología.

II. INTRODUCCIÓN

II.1. CONCEPTO DE LESIÓN: DELITO DE LESIONES

Como cita Gisbert Calabuig, la sentencia de 8 de mayo de 1956 dice: “...en el lenguaje usual y corriente... la lesión... designa aquellas alteraciones que natural o provocadamente causen daño o detrimento corporal motivado por herida, golpe o enfermedad”. Esta y otras sentencias emitidas en el mismo sentido permitieron a Cuello Calón (13) proponer una definición amplia que creó doctrina y que dice: “Desde el punto de vista legal, la lesión puede definirse como el daño causado en la salud física o mental de una persona”, y termina diciendo Gisbert “Desde un punto de vista médico hemos de entender por lesión toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos o internos”. En sentido general, la lesión, del latín *laedere* (dañar) es cualquier alteración dañosa producida en el cuerpo, particularmente en los tejidos, por una causa externa o una enfermedad.

Una precisión que merece la pena expresar desde el principio es el concepto médico de lesión como un daño ocasionado en algún órgano o tejido del individuo por los más diversos mecanismos y orígenes y establecer la diferencia entre las lesiones que tienen un origen natural de aquellas que lo tienen en una violencia.

Hablamos de lesiones de origen natural cuando este responde a mecanismos patológicos internos, exentos de intencionalidad, y por causas internas al individuo; generalmente son procesos degenerativos, infecciosos, tumorales, etc..

Por otro lado consideramos lesiones violentas a aquellas que responden a mecanismos externos, ajenos a la persona, motivados por fuerzas venidas desde fuera que actúan en un momento imprevisto ocasionando al individuo un daño o perjuicio de gravedad variable.

El hecho de que las lesiones violentas sean consecutivas a fuerzas venidas de fuera del individuo, obliga en la investigación judicial a esclarecer cual fue su origen, porqué se pusieron en marcha, y si pudo impedirse el resultado dañino. En definitiva, ante cada lesión violenta se deben establecer las posibles responsabilidades penales y civiles de forma, que socialmente se repare el daño causado por aquella o aquellas personas que directamente lo causaron o que tuvieron la obligación de evitarlo.

Las lesiones consecutivas a mecanismos venidos de fuera, serán siempre de naturaleza violenta, pero el daño puede afectar a órganos o tejidos de una forma estructural, o en sus aspectos funcionales pudiendo, entonces, manifestarse como enfermedades orgánicas o mentales, pero que tendrán el carácter de violentas por el mecanismo que las originó.

En el presente trabajo nuestro interés se va a dirigir hacia las lesiones violentas por lo que exponemos seguidamente algunos aspectos de las mismas que explican su importancia médica y jurídica.

Desde el punto de vista jurídico se valoran circunstancias y cualidades de la lesión que nos llevan directamente al agresor o persona que participó en su ocurrencia. Cuando las lesiones son consecuencia de un mecanismo violento cobra gran importancia el grado de gravedad que dichas lesiones alcanzan, y circunstancias tales como la intencionalidad (dolo) o la imprudencia o negligencia concurrentes, ya que la pena que el autor merezca estará en estrecha relación con todos estos aspectos.

También es muy importante el resultado, y atendiendo al mismo contamos con una primera clasificación que distingue dos grandes grupos: Lesiones mortales y lesiones no mortales.

Las primeras son las que tienen como resultado la muerte del lesionado de forma inmediata o diferida en el tiempo; cuando sucede lo segundo, estamos ante pacientes, que generalmente son hospitalizados para recibir tratamientos médicos y/o quirúrgicos; a pesar de los cuales se produce, finalmente el fallecimiento del paciente. En estos casos, aunque los médicos conozcan el proceso seguido por el paciente, y sepan cual ha sido la causa de la muerte, tendrán presente que se trata de una muerte violenta, porque su origen fue violento y no podrían firmar el Certificado de defunción, ya que las muertes violentas son subsidiarias de intervención judicial, y es preceptiva la autopsia judicial que aporte información y aclare todos los extremos del caso.

Las lesiones no mortales, aunque alcanzan gravedad variable, en ningún caso producen la muerte, son las llamadas simplemente lesiones y desde el punto de vista jurídico, dan lugar al llamado en el Código penal “delito de lesiones”. La evolución seguida por estas lesiones es muy variada. Cuando las lesiones acaban en la estabilización o curación, hay que establecer si la curación ha sido completa anatómica y funcionalmente, o si tras la

estabilización de las lesiones, han quedado secuelas, lo cual es de gran importancia médico-legal, ya que es preciso su valoración, paso imprescindible en el capítulo jurídico de la reparación del daño corporal.

El Código penal no define la lesión, pero de su redacción puede deducirse el concepto de la misma y aquellos aspectos médicos que son importantes para que la actuación judicial pueda cumplir sus objetivos. Es el Título III (Libro 2º) “De las lesiones”, (14)(15) el que dice en el artículo 147: “1. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico. 2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana o multa de tres a doce meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido”.

De esta definición se deduce que la lesión puede producirse por cualquier medio o procedimiento, lo que incluye medios físicos, mecánicos, químicos, biológicos, ataques de animales y otros, como desarrollaremos más adelante.

Otra circunstancia, fundamental en la calificación del tipo penal es el tratamiento aplicado, considerándose tanto el de tipo médico como el de tipo quirúrgico; en ellos se fundamentará la calificación jurídica de la lesión. De aquí la importancia del concepto de “primera asistencia facultativa”, con lo que se distinguen las lesiones que sólo requieren esta primera revisión y tratamiento, de aquellas otras que, al revestir mayor gravedad requieren un seguimiento médico con tratamiento ya sea farmacológico y de control evolutivo, o con intervención quirúrgica; siendo habitual que en ambos casos se necesite del control para tomar decisiones, lo que va más allá de la mera vigilancia.

Así, cuando la lesión solo necesite para su curación una asistencia facultativa se queda en grado de falta, mientras que si la lesión requiere tratamiento médico o quirúrgico, en las circunstancias expuestas, o más de una asistencia facultativa se calificaría como delito.

El término “primera asistencia facultativa” incluye un criterio temporal y otro conductual. El criterio temporal se refiere a la primera ocasión en la que el médico se pone en contacto con la persona lesionada para prestarle asistencia sanitaria a sus lesiones pudiendo ser inmediata o en el transcurso de horas o incluso días.

El criterio conductual es la propia naturaleza de la asistencia facultativa que el lesionado necesite, y que consiste en el acto médico por el que se valora la naturaleza y gravedad de la lesión y en definitiva los efectos derivados del mecanismo violento. (16)

Seguidamente se realizará el diagnóstico y el tratamiento que puede ser preventivo o curativo o incluso cirugía menor (como heridas superficiales en las que hay que aplicar desinfección y puntos de sutura). En todo este proceso se pueden requerir de pruebas complementarias tanto de laboratorio, funcionales, de imagen y otras.

La asistencia que se presta se califica de facultativa ya que el juicio diagnóstico de la lesión y prescripción del tratamiento son actos propios y específicos de los licenciados en Medicina. Sin embargo, la Fiscalía General del Estado en la Circular 2/1990, (17) considera como primera asistencia realizada en un medio rural por un ATS o un diplomado en enfermería que atiende a una persona con lesiones que no revisten gravedad y sólo precisan la limpieza y suturas de heridas. Siempre que a posteriori se revise por un facultativo, en cuyo caso se considera una unidad de acto médico. Por tanto consideramos esta primera asistencia facultativa como el primer acto médico, en torno a una lesión.

Respecto al concepto de menoscabo de la integridad corporal se considera menoscabo como la pérdida o alteración perjudicial o dañina de alguno de los elementos que integran anatómicamente la unidad física que constituye el cuerpo humano, limitando su potencialidad funcional. De este delito se excluyen las conductas quirúrgicas que eliminan y separan tejidos u órganos con fines terapéuticos ya que no significan un daño para el cuerpo que lo sufre. (18) El menoscabo de la salud física es la pérdida o disminución de la salud física que viene manifestada por síntomas o signos que afectan a cualquier órgano, aparato o sistema dando lugar a un trastorno o enfermedad orgánica o funcional sin la intensidad suficiente para considerarse grave.

El menoscabo de la salud psíquica se va a objetivar como trastornos de diferente intensidad, caracterizados por síntomas y signos que afectan a la integridad psíquica o salud

mental de la persona, en la forma en que la semiología psiquiátrica recoge la patología, la organiza y estructura, atendiendo a las clasificaciones internacionales como la CIE-10 (19) o el DSM-IV-TR (20) constituyendo los trastornos mentales concretos contenidos en estas clasificaciones.

Otro concepto implicado en el delito de lesiones y que para los médicos es puramente médico, es el de “tratamiento médico y quirúrgico”; sin embargo, en el contexto del Código penal, este puede convertirse en un criterio jurídico, ya que son numerosos los juristas que consideran que los términos incluidos en los artículos de los Códigos, merecen una interpretación jurídica. Esta se suele generar a través de las Sentencias y de la Jurisprudencia que estas crean.

El tratamiento médico sería la actuación o intervención del médico para hacer una exploración adecuada de la lesión, diagnosticarla en su naturaleza, extensión, gravedad y necesidad de tratamiento. Cuando este tratamiento es de tipo farmacológico, sin necesidad de técnicas instrumentales quirúrgicas hablamos de tratamiento médico. También, constituye tratamiento médico las valoraciones periódicas realizadas por el médico hasta la curación o mejoría de la lesión, criterio que queda manifestado por el Ministerio Fiscal en su circular 2/1990, ya comentada.

En el contexto del Código penal, tratamiento quirúrgico significa el acto médico constitutivo de una intervención que debe ser realizada por especialistas, y que requiere de medios especiales como quirófano, instrumental especializado, medios anestésicos y de reanimación. En el caso de heridas superficiales la sutura se considera cirugía menor entrando en el concepto de primera asistencia facultativa como ya se expuso, siendo todos estos aspectos motivos de pronunciamientos consolidados (21).

Como hemos visto el propio Código penal indica que la mera vigilancia de la lesión no constituye tratamiento médico, ya que es sinónimo de una actitud en la que el médico debe comprobar que el proceso evoluciona correctamente, pero sin intervenciones adicionales a lo que fue la asistencia facultativa ya comentada.

Otras circunstancias que se extraen de este artículo 147 es que se considera lesión tanto a los daños físicos derivados de los mecanismos mencionados, como a los daños psíquicos manifestados como trastornos o enfermedades de carácter mental. Con respecto a

estos últimos es a los que cabe en su mecanismo de producción (o procedimientos de originarlos) actuaciones sutiles en forma de coacciones, humillaciones que minen la fuerza moral y el ánimo de la persona hasta conducirla a un estado patológico.

En cuanto a otros aspectos médico-legales de las lesiones hemos de considerar: La clasificación médico-legal de las lesiones y el pronóstico médico-legal de las lesiones.

Respecto a la clasificación médico-legal de las lesiones, la legislación española distingue dos tipos principales: La falta y el delito de lesiones. La primera es más leve, mientras que el delito puede llevar consigo penas de privación de libertad que lleguen a ser muy altas. A su vez distingue tres tipos: La falta de lesiones propiamente dicha, la falta de lesiones por imprudencia leve o negligencia simple, o por mayor gravedad de la imprudencia.

La primera se produce ante ausencia de voluntariedad, pero con intervención de imprudencia o negligencia simple, no hay intención de producir ningún daño pero el autor incurre en una falta de previsión en las consecuencias que podía tener su actuación, cuando este resultado era previsible y, por tanto evitable. El daño producido ha de ser de la intensidad suficiente para que en caso de que hubiera habido voluntariedad constituyera delito.

El segundo tipo de falta, en la que la imprudencia es de mayor gravedad, el daño ocasionado es de escasa trascendencia.

Y por último, las lesiones leves propiamente dichas que vienen definidas en el artículo 617 del Código Penal. Éstas presentan dos grados según la trascendencia de la infracción. La de menor entidad que consiste en golpear o maltratar a una persona sin causarle lesión, por lo que la pena que supone es reducida, excepto cuando existen lazos de parentesco o similares entre el ofensor y la víctima tales como cónyuge, pareja estable o incluso hijos en cuyo caso aumenta la trascendencia de la acción incrementándose la pena, dentro de la excepción legislativa que actualmente supone la regulación específica de la violencia infligida en el medio familiar o, producida por hombres contra las mujeres (violencia de género).

Pero la verdadera falta de lesiones es aquella lesión causada dolosamente sin llegar a constituir un delito. En este apartado pues se encuentran las lesiones propiamente dichas tales como excoriaciones, erosiones, equimosis..., para las cuales es suficiente con el

reconocimiento médico de la primera asistencia y se cubren así las necesidades de tratamiento.

Los delitos son las lesiones tipificadas en el Título III del libro 2º del Código penal y admiten una primera clasificación según hayan sido producidas intencionalmente ó de forma voluntaria pero no intencional.

Las lesiones intencionales son aquellas en las que su autor tiene el propósito de causar una consecuencia concreta de su acción (dolo específico), es decir hay intención ó propósito al realizar la lesión y se busca el resultado.

El Código penal señala en orden decreciente de gravedad los posibles resultados de esta acción dolosa de “mutilar o inutilizar a otro” , recogiendo: “la pérdida ó inutilidad de un órgano o miembro principal”, “la pérdida de un sentido”, “la impotencia”, “la esterilidad”, “una grave enfermedad somática o psíquica”, “la pérdida de un órgano no principal” , o “una deformidad”. Como ocurre en los traumatismos faciales en muchas ocasiones, o como sostenía Fernández Cabeza, valorando como deformidad las alteraciones que producen rechazo, asco, burla, entre las que puede estar la voz bitonal o atiplada por lesiones en cuerdas vocales, o en el sentido del oído, etc. (22).

Las lesiones no intencionales son aquellas en las que el autor no ha tenido intención directa de causar mutilación o perjuicios, aunque los hechos tengan el carácter de voluntariedad (dolo genérico), y por esta razón constituyen un delito punible. En estos casos, el Código exige que la lesión en sí misma haya tenido que necesitar de un tratamiento médico o quirúrgico, además de la primera asistencia facultativa.

Hay diferentes tipos de lesiones no intencionales según diferentes circunstancias. Una primera circunstancia es aquella en la que el riesgo producido ó la mayor indefensión de la víctima merezca un mayor reproche penal; caso a su vez en el que el Código señala para el autor tres situaciones; el uso de armas, instrumentos u objetos peligrosos para la vida o salud física o psíquica del lesionado; que hubiere mediado ensañamiento; o por último que la víctima fuera menor de doce años ó incapaz.

La segunda circunstancia es la riña tumultuaria en la que aparece la utilización de medios o instrumentos peligrosos para la vida ó integridad de las personas.

La tercera circunstancia descrita es aquella en la que existe violencia física sobre el cónyuge ó alguna persona con relación de afectividad como hijo o pupilo, ascendiente o incapaz, sometidos a tutela o guarda de hecho.

La última circunstancia aparece ante el hecho de que la lesión se origine con el previo consentimiento válido, emitido libre y espontáneamente del lesionado por lo que la pena se podría disminuir en uno o dos grados (suele estar en relación con eximirse de algún servicio o deber, beneficiarse de alguna prestación, etc..).

De otro lado, destacábamos otro factor, muy importante en las lesiones: El pronóstico médico legal de las lesiones. Este se basa en la valoración que hace el médico de las mismas. No es el que correspondería emitir si el juicio médico fuera de carácter exclusivamente clínico; se trata, como decimos de un pronóstico médico-legal, con perspectivas dirigidas a la reparación e indemnización de las mismas como daño.

Hasta 1995 el pronóstico de las lesiones era valorado por el médico asistencial en el Parte de Lesiones. Lo emitía con tanta premura porque se basaba en un criterio cronológico, que consistía en estimar el tiempo que la lesión tardaría en curar; era una hipótesis basada en el conocimiento científico y la propia experiencia clínica. Atendiendo a este criterio se distinguían los siguientes pronósticos: Las lesiones “leves” cuando se consideraba que tardarían en curar menos de 15 días (eran constitutivas de faltas); lesiones “menos graves”, eran las que curarían en el periodo comprendido entre los 16 y los 30 días, y las lesiones “graves”, cuya curación se preveía en más de 30 días, o las que, con independencia del tiempo de curación, ya en la primera asistencia se presumía que dejarían secuelas. (23). Esta calificación servía de orientación al Juez que tomaba las medidas cautelares respecto a los autores de las lesiones, en cuanto a la rapidez de la instrucción, búsqueda de los autores, etc., en función de esta gravedad.

Aún hoy, se siguen viendo en algunos centros hospitalarios impresos de Partes de Lesiones que siguen conteniendo esta clasificación pronóstico de las lesiones, que nada tenía que ver con tratamiento y gravedad inicial del paciente, ya que lesiones inicialmente graves como un herida por arma blanca, con el tratamiento adecuado podía curar en pocos días, aunque hubiera supuesto un peligro para la vida del lesionado.

Ya hemos visto que actualmente el criterio fundamental para la calificación penal de la conducta, es la necesidad de tratamiento médico y/o quirúrgico para esta toma de decisiones judiciales.

II. 2. AGENTES EXTERNOS PRODUCTORES DE LESIONES

Como ya decíamos anteriormente, desde el punto de vista médico hemos de entender por lesión toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos o internos, cuyos efectos traumáticos pueden producirse en el lugar en que se aplica el agente vulnerante /acción local), o a distancia como ocurre en las fracturas por contragolpe.

Los agentes externos pueden ser de diferente naturaleza, mecánicos, físicos, químicos biológicos y psicológicos, de acuerdo con la redacción actual del Código Penal. Los exponemos seguidamente, siguiendo a los autores de diversos capítulos del tratado de Medicina Legal y Toxicología que escribió y, después dirigió el profesor Gisbert Calabuig a través de sus 6 ediciones.

II. 2. 1. AGENTES MECÁNICOS

Estarían aquí comprendidos los instrumentos cortantes, punzantes, contusos, u otros más sofisticados como las armas de fuego; también tienen la consideración de agentes mecánicos los fragmentos óseos cuando, tras una fractura abierta, constituyen un cuerpo vulnerante, y dan lugar a heridas contusas por mecanismo de dentro-afuera (24) (25).

El mecanismo habitual es que los agentes mecánicos provoquen la lesión al entrar en contacto con el organismo de la víctima, bien animados por otra persona, o por una fuerza viva, o, bien, cuando es el sujeto el que se desplaza y cae sobre el objeto, que manteniendo una actitud pasiva, lesiona por la fuerza con la que la víctima cae sobre el mismo. El cuerpo vulnerante es el que realiza la atrición de los tejidos.

Las armas blancas son instrumentos de manejo manual que pueden producir lesiones en cualquier parte del cuerpo bien ejerciendo su acción lesiva con la punta (herida punzante), el filo (herida cortante) o ambas a la vez (cortopunzantes). Los objetos punzantes naturales o artificiales tienen forma alargada, diámetro variable y terminación en punta más o menos aguda. Los naturales como las espinas del pescado o pequeñas y afiladas esquilas óseas asientan con gran frecuencia en el área amigdalina donde se enclavan de forma accidental al ingerir alimentos. Producen dolor, intranquilidad y sensación de cuerpo extraño en la zona.

Puede provocar edema de intensidad y gravedad variable lo que le da el sentido de urgencia ORL.

También se consideran de éste grupo las espinas, púas y agujones que utilizan animales como peces erizos y avispa con fines defensivos, que pueden clavarse en cualquier zona del cuerpo de la persona agredida y con especial interés en este trabajo en pabellones auriculares y nariz.

II. 2. 2. AGENTES FÍSICOS

Como el fuego, el calor, el frío, la electricidad, las radiaciones... Estos producen lesiones destruyendo los tejidos orgánicos y los elementos anatómicos y provocando lesiones de diferentes consecuencias (26).

Las lesiones producidas por la acción de los diferentes agentes físicos, sobre los tejidos, son las quemaduras. Su gravedad depende de su extensión y profundidad. Las quemaduras, con repercusión otorrinolaringológica, en sus diferentes grados, según la clasificación de Dupuytren pueden afectar al pabellón auricular, pirámide nasal, senos paranasales o incluso a las estructuras óseas de la cara. También hay que destacar por su gravedad las producidas por los gases contenidos en el humo de la combustión que ocasionan quemaduras muy extensas e invasión de las vías respiratorias altas con producción de edema de glotis que entraña la gravedad del lesionado hasta poder ocasionarle la muerte. Igualmente las lesiones por congelación afecta de forma precoz a estructuras anatómicas como los pabellones auriculares, la nariz, cara, etc.

II. 2. 3. AGENTES QUÍMICOS

Estos causan lesiones por sus propiedades cáusticas (Ph altamente básico o ácido); actúan por contacto produciendo la destrucción y la necrosis de los tejidos con los que se ponen en contacto. Por esta razón es importante tenerlas en cuenta ante la ingesta accidental de sosa cáustica y otros productos de uso doméstico que la contienen y son ingeridas de forma accidental la mayoría de las veces por niños o ancianos, e incluso por adultos.

Este grupo es muy amplio ya que comprende todas las sustancias con capacidad tóxica irritante o cáustica, y pueden ser sólidos líquidos o gaseosos y por tanto acceder al organismo por cualquier vía.

II. 2. 4. AGENTES BIOLÓGICOS

Actúan como agentes animados, son microbios, en general, virus, bacterias, bacilos, hongos, etc., que alcanzan el organismo, bien de forma accidental o fortuita, por imprudencia o negligencia en el manejo de las muestras biológicas, a través de pacientes infectados o, lo que es más grave, a partir de personas infectadas que de forma dolosa o intencional mantienen prácticas de riesgo con la finalidad de infectar a otras personas.

II. 2. 5. AGENTES INTERNOS DE TIPO MECÁNICO

Suelen ser mecanismos en los que la producción de la lesión está en relación con mecanismos o agentes internos donde el esfuerzo juega un papel frecuente y primordial. El esfuerzo produce una contracción muscular exagerada capaz de provocar lesión bien sea voluntaria o involuntaria.

La producción de la lesión por agentes internos se concreta en la práctica en un solo mecanismo, el esfuerzo, generalmente de carácter natural y voluntario. Sin embargo, cuando el esfuerzo y la consecutiva contractura muscular se produce como reacción a un estímulo externo, pasará a considerarse como un mecanismo de origen violento. Este esfuerzo se traduce en una intensa contracción muscular cuya energía mecánica es capaz de originar efectos lesivos de cierta importancia. Aunque lo más frecuente, es que en líneas generales el esfuerzo produzca efectos lesivos poco importantes que cronológicamente se aprecien de forma inmediata o tardía. Para que la lesión sea grave se precisa un esfuerzo de gran intensidad.

II. 2. 6. MEDIOS PSICOLÓGICOS

También se han admitido por la jurisprudencia los mecanismos psicológicos como origen de lesiones. Actualmente se asocian a situaciones de violencia en el medio familiar, o de violencia en el trabajo, como sería el caso del acoso moral o mobbing, u otros modos más extraordinarios como secuestros, amenazas, coacciones, etc. Estas situaciones acaban produciendo en la víctima trastornos mentales de tipo reactivo en el círculo depresivo-ansioso, o desencadenando y favoreciendo la aparición de algunos a los que la víctima podía estar predispuesta.

II. 3. ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LAS LESIONES

La salud y la integridad corporales de los seres humanos son bienes jurídicos que están protegidos por la Constitución y el Derecho Positivo españoles y por las normas internacionales. Por ello, si se produce un daño que afecte a la salud o a la integridad corporal de una persona, se debe investigar y establecer quien ha sido el autor directo o el responsable a los efectos de exigirle la reparación de este daño. Cuando el perjuicio ocasionado reúne los requisitos para ser considerado falta o delito, desde las leyes penales se podrá establecer la responsabilidad penal que corresponda, interviniendo el Ministerio Fiscal como representante de la sociedad, ante la que también el dañador tiene que responder, aunque sea la persona lesionada la primera perjudicada. La reparación se extenderá también a los efectos indemnizatorios o civiles.

Lo que acabamos de decir, determina una serie de consecuencias trascendentales en el orden penal, civil y laboral.

II. 3. 1. CONSECUENCIAS PENALES

Las consecuencias penales de las lesiones vienen determinadas por el hecho de que en la producción de la lesión haya mediado intención de producirla o dolo, o imprudencia. Respecto a la imprudencia se distingue el que esta sea derivada de la actividad profesional (imprudencia profesional) o la imprudencia simple o punible. Esto convierte a la lesión en delito y explica que estén tipificadas en el Código penal las conductas que originan lesiones. Cuando se ha producido el daño o lesión, la Administración de Justicia tiene la obligación de intervenir para investigarlas, al objeto de establecer: 1) La naturaleza y gravedad de las lesiones para cuantificar el daño sufrido por el lesionado; 2) El mecanismo que una vez puesto en marcha dio origen al daño y 3) identificar a la persona o personas responsables de haber producido este daño.

Ya hemos expuesto como el Código penal dedica un capítulo al Delito de lesiones y la base de este es la presencia de una lesión que, atendiendo a su gravedad, establecida por el tipo de asistencia médica que necesite, alcanzará la calificación jurídica de falta o de delito, siendo la decisión judicial, respecto al autor, proporcional al daño causado. Esto puede llevar a la privación de libertad, o privación de otros derechos como la pérdida del permiso de conducir, si el daño se produjo a través del uso de un vehículo, sometimiento obligatorio a tratamiento, en el caso de que el autor padeciera alguna patología (trastorno mental) que

influyera en la producción del daño, etc. Otra medida penal es la multa que expresada en términos económicos no suele ser muy cuantiosa, ya que como diremos seguidamente, el reconocimiento de responsabilidad penal conlleva a afrontar la indemnización que se establezca en el reconocimiento de la responsabilidad civil.

II. 3. 2. CONSECUENCIAS CIVILES

Las consecuencias civiles del daño a las personas encajan en lo establecido en el Código civil cuando en su artículo 1902 dice: “El que por acción u omisión causa un daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”. Esto significa que, aún los daños que se ocasionan de forma accidental o fortuita, pero con algún tipo de descuido o faltando a la actitud de prever los posibles riesgos, en cualquier circunstancia, estará obligado a afrontar las consecuencias que se deriven de sus actos, y por tanto a reparar a la persona que lo sufrió, en la medida de lo posible y finalmente con la compensación económica que se establezca como indemnización material proporcional al daño. Esto abre un importante capítulo médico-legal que es la necesidad de proceder a la valoración del daño corporal sufrido por la persona para que el Juez determine la indemnización económica proporcional al mismo. Esto ha generado numerosa bibliografía al respecto, y la propuesta de Baremos en los que se protocolizan las indemnizaciones (27) (28) (29) (30)

Para establecer la reparación civil al lesionado se toman en cuenta numerosos factores, de los que forman parte la consecuencia de la lesión en cuanto a duración, necesidad de tratamientos, efectos de la lesión sobre la capacidad de ganancia del lesionado al no poder ejercer su profesión aunque sea temporalmente (lucro cesante), posibles secuelas, gastos añadidos ya sea en tratamientos, desplazamientos, etc. (daño emergente), daño moral, valor del sufrimiento, etc., etc. Con frecuencia para hacer esta valoración se aplican los baremos ya aceptados para reparación del daño corporal derivado de situaciones específicas como los accidentes de tráfico (31).

II. 3. 3. CONSECUENCIAS LABORALES

Las consecuencias laborales suelen estar presentes cuando se trata de pacientes adultos, trabajadores, que presenten lesiones de cierta entidad que afecten a su capacidad productiva. En el ámbito laboral cuando la lesión atendida requiere tratamiento médico o quirúrgico cuyo seguimiento indica la baja laboral del trabajador como medida propia del tratamiento, la normativa legal tiene previstas las medidas a seguir, siendo la primera la mencionada “Baja” que coloca al paciente en situación de Incapacidad Temporal (IT). La

normativa legal con tendencia a proteger al trabajador y con disposiciones positivas desde la ley de datos de 1990 sobre los accidentes de trabajo, determina una especial protección en prestaciones médicas y económicas a aquellas lesiones que tienen relación con el trabajo.

Así los aspectos legales del trabajo han establecido los siguientes conceptos.

- Accidente común. Es aquél que tiene lugar sin relación con el trabajo, ocurriendo fuera del lugar de trabajo y del horario del trabajo. La IT en este caso tiene menos cobertura o prestaciones que en los siguientes casos.
- Enfermedad común es cualquier cuadro natural que tiene su origen en causas internas y ajenas al trabajo que se realiza. Su situación es similar al accidente común.
- Accidente de trabajo. Se define como “Toda lesión que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta...”. Esto significa que cualquier lesión que sucede en el lugar de trabajo o en el desplazamiento al mismo (accidente in itinere, o en funciones de representación, etc.) o por consecuencia del trabajo, van a tener la consideración legal de accidente de trabajo, estando especialmente protegida por todas las coberturas médicas, económicas, sociales, etc.
- Enfermedad profesional. La enfermedad profesional está legalmente determinada estableciendo la Ley de Enfermedades Profesionales (32)
- La lista o relación de las mismas, los síntomas característicos de las mismas, su diagnóstico y consecuencias legales.

En la relación de enfermedades profesionales aparece la hipoacusia o sordera provocada por el ruido dentro del Grupo de Enfermedades causadas por agentes físicos, en el Grupo 2, Agente A y Subagente 01. La mencionamos porque aunque puede pensarse que se trate de una lesión que se aparta de lo expuesto hasta ahora en el delito de lesiones, estamos ante un agente externo (ruido) que viene de fuera del individuo, que se origina en un mecanismo también “venido de fuera” y que por tanto encaja en el concepto expuesto de “violencia”, lo que llevaría al especialista en ORL a iniciar trámites legales en el caso de que diagnosticara en un trabajador la existencia de una hipoacusia o sordera de origen laboral. A estos efectos aportan más normativa la ley de Prevención de Riesgos Laborales (33)

La asistencia médica tras una lesión que origina la situación de IT es seguida, por el médico de Atención Primaria que es el que mantiene la baja laboral, planteándose en la práctica numerosos problemas médico-legales (34) (35) También en este apartado se pueden incluir las enfermedades del trabajo y las enfermedades profesionales lo que nos interesa desde este punto de vista porque pueden aparecer por ejemplo sorderas profesionales, como ya hemos comentado (36). Cuando la patología es laboral y no existe acuerdo en la calificación de la misma y sus consecuencias, intervienen los Juzgados de lo Social.

La situación de incapacidad temporal de un trabajador tiene un seguimiento médico que es similar, tanto en los casos de patología común como en la derivada y relacionada con el trabajo, aunque sí son diferentes las prestaciones que recibe (37).

Las situaciones por las que pasa el trabajador son:

La IT, cuya duración es de doce meses, prorrogable por otros seis, lo que hace un total de dieciocho meses. En esta situación se mantiene porque el tratamiento que recibe (médico, rehabilitador, etc.) está produciendo mejoría y beneficio para el paciente. Transcurridos estos 18 meses, o en el caso, de que antes de este tiempo se produzca la estabilización de las lesiones, se pasará a la situación de “Invalidez”, que tiene la consideración de estable, por lo que procede valorar el grado de la misma atendiendo a lo previsto en la Ley General de la Seguridad Social. Tenemos así, dentro de la Invalidez:

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual,

Incapacidad permanente total para la profesión habitual,

Incapacidad absoluta para todo trabajo

Gran invalidez.

Muerte

Lesiones, mutilaciones o deformaciones definitivas que, sin llegar a constituir invalidez, supongan una merma en la integridad física del trabajador.

La incapacidad temporal comienza en el mismo momento de producirse la lesión y dura todo el tiempo que la misma requiera cuidados médicos manteniéndose hasta la consolidación de las lesiones cuando las mismas hayan alcanzado el máximo de restitución anatómica o funcional. En estos casos la legislación marca un límite que no puede sobrepasar los 12 meses, prorrogables por otros seis cuando también se prorroga la asistencia sanitaria.

Las mutilaciones o deformidades si bien no afectan a la capacidad laboral representan una merma de la integridad física del trabajador de la que es responsable el accidente.

Existen baremos que van ampliándose y actualizándose para la cuantía de las cantidades alcanzadas que se determinan para cada una de las mutilaciones y deformidades.

La invalidez permanente es la situación de un trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Como ya hemos descrito anteriormente existen diferentes grados de invalidez. Una de ellas es la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, entendiéndose como aquella que ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas normales de la misma.

La incapacidad permanente total para la profesión habitual es aquella que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

La incapacidad permanente absoluta para todo trabajo se entiende como la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio. En caso de que exista imposibilidad por parte del accidentado para llevar a cabo por si mismo hasta las actividades más elementales y esenciales para su vida recibirá el término de gran invalidez.

II. 4. PERITACIÓN MÉDICO LEGAL DE LAS LESIONES

El legislador utiliza algunos conceptos jurídicos para clasificar las lesiones, que no son competencia del médico, pero es de interés que conozca su importancia y la ayuda que puede proporcionar el informe médico forense.

Así la intencionalidad o no con que un agresor produce una lesión es determinado únicamente por el Tribunal, pero tomará en consideración todas las circunstancias que concurran en cada caso, la mayoría de ellas de carácter médico. Con respecto a los instrumentos, objetos, armas o medios utilizado para lesionar, el médico determinará la forma en que han actuado y el resultado que han producido, pero no otras circunstancias como la

brutalidad, aunque aspectos jurídicos como el ensañamiento pueden deducirse del número de lesiones, la zona anatómica sobre la que ha recaído la herida, etc.. , por lo que la competencia del médico estará justificada en esta peritación, entendiéndose que “aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima causando padecimientos innecesarios para la ejecución del delito”, puede deducirse del tipo de lesión, arma o instrumento, mecanismo, etc.. Por ello, cuando existen múltiples lesiones se debe informar de sus características pues a través de ellas el Tribunal podrá determinar en su caso si hay o no motivo de agravación.

El Código penal hace referencia explícita a la relevancia que tiene el papel del médico en la valoración de los resultados derivados de las lesiones. De entre ellos cabe destacar, como ya hemos dicho, el hecho de que el lesionado haya necesitado o no tratamiento médico y/o quirúrgico. No hace referencia a que durante el tiempo que dure el tratamiento el lesionado esté impedido para realizar sus ocupaciones habituales. Tampoco limita su duración máxima por lo que el perito médico sólo debe certificar la sanidad cuando, mantener el tratamiento más tiempo, no sea objeto de ningún beneficio. En este momento, se emite la Declaración de Sanidad, documento en el que debe constar la información sobre las lesiones sufridas, la naturaleza y duración del tratamiento, la evolución seguida y las secuelas, en el caso de que estas hayan sido el resultado final; todos estos datos servirán de base para establecer la pena, o la indemnización, derivadas de los perjuicios económicos que haya tenido el lesionado, aunque este aspecto suele ser motivo de pericial específica en el acto médico denominado valoración del daño corporal.

Así mismo el Código penal hace referencia reiterada a las partes del organismo que quedan anuladas para el lesionado bien sea por pérdida (mutilación) o inutilidad (pérdida de función) considerándolos el legislador similares en sus consecuencias. Los resultados de las lesiones son referidos en los artículos 149 y 150 cuando se trata de lesiones intencionales y para las lesiones por imprudencia se refiere a estos artículos el párrafo primero del 152 en sus apartados 2º y 3º , respectivamente.

De la misma manera, como recoge Gisbert Calabuig, el Código penal amplía y equipara los términos órgano o miembro, en referencia al conjunto de partes anatómicas que concurren a una función y define el término “principal” entendiéndose por tal aquel “cuya función sea esencial o preeminente en la vida; que tenga una fundamental importancia y cuya elevada dignidad funcional sea tal que su pérdida acarrea al que la sufre una gran depreciación

en sus actividades”. En la misma línea se manifiestan otros autores matizando algunos aspectos (38) (39) (40).

De acuerdo con estos criterios el Tribunal Supremo ha considerado como miembro principal al brazo derecho y al izquierdo, mano derecha e izquierda, o la semiparálisis de la lengua... Se constata así la equiparación entre la pérdida anatómica y la abolición funcional, cuando esta última es permanente e incurable; estas decisiones han llevado a que lo que era criterio jurisprudencial se ha convertido en principio legal.

Por comparación, se considera miembro u órgano no principal a aquel cuya pérdida anatómica o funcional no acarrea al que la sufre una gran depreciación en alguna de sus actividades o funciones.

La pérdida de un sentido, (vista, oído, gusto, olfato..) debe ser total para que esta circunstancia sea calificadora del delito intencional penado en el artículo 149, no siendo suficiente un debilitamiento por grave que sea.

Con respecto a la enfermedad somática o psíquica aparece en el artículo 149 el requisito de la gravedad y el legislador exige que la enfermedad provocada de propósito tenga un importante riesgo para la salud para que se considere delito, y no exige la incurabilidad o permanencia.

Si la enfermedad física o mental no reúne el criterio expuesto debe considerarse como simple menoscabo en cuyo caso debe incluirse en el delito tipificado en el artículo 147, de menor entidad penal ya que no presupone la intencionalidad.

Respecto a la deformidad, es de destacar que el hecho de que el legislador, en un principio, solamente considerase delito la deformidad o desfiguración de la cara, fue como consecuencia de perseguir un tipo de delincuencia encaminada únicamente a desfigurar la cara de la víctima, generalmente mediante heridas o sustancias líquidas corrosivas (vitriolización). La doctrina jurisprudencial ha ido ampliando este criterio hasta considerarse hoy día como deformidad a toda alteración de la forma de cualquier parte del cuerpo que sea permanente y visible. Aunque algunos autores agregan la condición de que no sea susceptible de prótesis; por su diversidad en función de la parte orgánica afectada esto no está recogido en nuestra legislación actual.

Cuando una lesión rompe la armonía natural anatómica es decir la forma, proporción y disposición armónica de las partes se origina deformidad. Según esto el Tribunal Supremo entiende por deformidad la “fealdad visible resultante de una irregularidad física permanente y definitiva”. Sin embargo diversos autores han indicado otros aspectos a considerar en una peritación entre los que se encuentra el concepto estético o anatómico que se refiere al grado de imperfección o fealdad visible valorado por el magistrado con el asesoramiento por técnicos en estética o arte.

El criterio relacionado con la extensión de la lesión cicatricial residual (cuantitativo) que realmente varia según la zona en que recaiga y las características de la cicatriz (queloida, retráctil, coloreada, dolorosa, etc.). Otros criterios como el fisiológico o anatómicos referidos a la disfunción origen de la imperfección o fealdad y no a la deformación estética la visibilidad de la alteración, las circunstancias personales del agredido (sexo, profesión..); la índole del agente traumático (navaja, llama...) que hace modificar la naturaleza de la cicatriz constituyendo, también, deformidad las alteraciones que producen rechazo, asco, repugnancia o burla y que afectan a sentidos como oído y olfato (voz bitonal o gangosa, occena...)

Con el paso de los años y los nuevos usos sociales se ha visto que se concede gran importancia al aspecto de la persona lo que permite distinguir dos grados de deformidad el más grave que vendría limitado por la visibilidad de la alteración anatómica y caracterizado por la verdadera desfiguración y de simple deformidad cuando a pesar de alterar la estética corporal no llegan al carácter de desfiguración. Así pues el desarrollo jurisprudencial de los artículos 149 y 150 determinará la exacta diferencia entre ambos grados.

II. 5. DEBERES MÉDICO LEGALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON RESPECTO A LAS LESIONES

Los médicos, con independencia de su especialidad, y lugar en que desarrollen su profesión, como Centros comarcales, Centros de salud y en especial Servicios de urgencias, tienen probabilidad de entrar en contacto con las lesiones y sus consecuencias médico legales. Por ello exponemos a continuación los aspectos que deben conocer estos profesionales:

1. El médico emitirá un Parte de Lesiones siempre que atienda a una persona que padezca una lesión originada por un mecanismo externo ajeno a ella venido de fuera y por ello de naturaleza violenta.

2. Las lesiones que habitualmente lo requieren son las contusiones, heridas contusas, heridas por arma blanca o de fuego, fracturas, roturas viscerales, o contusiones internas, lesiones químicas ocasionadas por cáusticos o tóxicos, arrancamientos, mordeduras, cuerpos extraños..., entre otras.
3. Los mecanismos de producción que obligan a emitir el Parte de Lesiones son las agresiones, los accidentes de tráfico, los accidentes de trabajo, las intoxicaciones, el maltrato a la mujer a los ancianos y a los niños e incapaces, las mordeduras, las precipitaciones, las asfixias mecánicas, las caídas en zonas comerciales, transporte público y vía pública y en todos aquellos accidentes fortuitos (caídas en el domicilio) en los que la lesión adquiere gravedad o tiene riesgo de complicaciones.
4. Para que el Parte de Lesiones sea un documento útil para el Juez debe contener, con respecto a las lesiones, todos los datos que exponemos en este trabajo. Datos referidos a las lesiones, a las circunstancias y a los aspectos médicos que permitirán determinar su gravedad.
5. Si se produjese la muerte como consecuencia de las lesiones, se emitirá un Parte de defunción indicando las circunstancias de esta, lo que dará lugar a la intervención del Médico Forense y la práctica de la autopsia judicial. Nunca podrá cumplimentarse en este caso el certificado de defunción.

II. 6. PARTE DE LESIONES

El Parte de Lesiones es un documento de carácter médico-legal, muy importante en la gestión de las lesiones en el ámbito jurídico. Ya hemos expuesto que las lesiones cuando tienen un origen externo o violento deben ser investigadas judicialmente. Para favorecer esta investigación el legislador requirió el auxilio de los médicos entendiéndolo que la persona que sufre una lesión probablemente necesite asistencia sanitaria, lo que convierte a los médicos en observadores privilegiados y, por tanto, en piezas imprescindibles para que las lesiones lleguen al conocimiento judicial y sea posible el posterior esclarecimiento del delito.

Nos interesa el punto de vista Penal, ya que todo médico que atienda a un individuo que presenta una lesión de origen externo o violento, sea cual sea su localización, mecanismo de producción, características ect..., y con independencia de que se trate de una atención en el ámbito privado o público, el médico tiene la obligación de informar de ello a la *autoridad judicial*. Así lo expresa La Ley de Enjuiciamiento Criminal en su artículo 355 que señala: “...los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado...” recogiendo en el artículo 262 la obligatoriedad de dicho acto. Esta disposición legal

supone para los médicos la obligación de comunicar al Juez de Instrucción, de guardia, la asistencia prestada a los pacientes que sufren lesiones de naturaleza violenta distinta a los mecanismos naturales, ya comentados. Esta comunicación se hace por medio de un documento de carácter médico-legal, el Parte de Lesiones, documento que para que sea efectivo debe cumplir unos requisitos formales y de contenido que detallaremos seguidamente.

En la práctica médica asistencial de los grandes hospitales, es frecuente que los Servicios de Urgencias sean centros de recepción de pacientes con lesiones que, a menudo, tienen origen violento y necesidad de tratamiento urgente. Por ello, es habitual que para facilitar el cumplimiento de esta obligación, los médicos dispongan de un modelo de Parte de Lesiones, ya impreso, en el que se dejan los espacios adecuados a la personalización de los datos relativos a cada lesionado, a los aspectos de la lesión, así como a los datos del médico que presta la asistencia. Es frecuente que el documento esté informatizado, con lo cual, tras su cumplimentación se pasa a papel con la impresión del mismo.

La legislación penal actual es especialmente severa para las lesiones cometidas en el ámbito familiar, y de forma particular para las lesiones originadas por hombres contra mujeres, es la actualmente denominada “violencia de género”. Toda esta normativa legal, ha llevado a que en estos casos además del Parte de Lesiones genérico, el médico se vea obligado a complementar un formulario de violencia, más extenso, en el que se apuntan datos de la víctima y del agresor dirigidos a poner en marcha, de forma inmediata las medidas de protección para la víctima previstas en la ley (41). (42)

Son muchos los casos en los que la investigación judicial se pone en marcha cuando el Parte de Lesiones llega al juzgado y las medidas que el Juez adopta en cuanto a los medios, urgencia, disposiciones, etc., dependen de lo que el médico haya escrito en el Parte de Lesiones. El Parte de lesiones ha cobrado especial importancia con la nueva regulación penal de la violencia familiar y, especialmente con la llamada violencia de género, circunstancia que ha dado lugar a normativa específica respecto a la elaboración de documentos médico-legales con el “Informe de violencia” que acompaña al Parte de Lesiones, haciéndolo más completo y extenso.

A este primer Parte de Lesiones se le llama de Esencia, y es el que da publicidad a la existencia de un lesionado, se envía al Juzgado de guardia, dirigido al señor Juez que lo

trasladará al médico Forense, que será el que, a partir de ese momento haga el seguimiento del lesionado, aunque el aspecto clínico lo continúe el Médico de familia o el especialista que corresponda. Estas intervenciones posteriores del Médico Forense se expresan en los llamados Partes de Estado o de Adelanto, y recogen incidencias en la evolución de las lesiones hasta el momento de la “curación”, entendida esta, desde la perspectiva medicolegal, como el momento en que se produce la estabilización o situación en la que ya la lesión no se beneficia de tratamiento médico y/o quirúrgico.

La realización del Parte de Lesiones de Esencia, se hará siempre de acuerdo a unos aspectos formales y de contenido. Respecto a los aspectos formales, destacan los siguientes apartados: Preámbulo, cuerpo y fórmula final.

Preámbulo. En este se hacen constar los datos de identificación del médico que presta la asistencia, con nombre, apellidos, número de colegiado, lugar donde ha prestado la asistencia, con la fecha y hora. Estos datos son importantes porque posteriormente si la investigación judicial así lo requiere, se podrá localizar al médico con facilidad para que aporte más información como testigo o como testigo-perito. Es importante señalar que la fecha y hora son datos muy relevantes, ya que estos deben de ser coherentes con lo manifestado por el lesionado respecto a como ocurrieron los hechos que han originado las lesiones, el lugar, fecha, hora. No es infrecuente que un Parte de Lesiones bien cumplimentado desbarate y muestre la falsedad de la coartada del lesionado o del agresor.

Cuerpo. Esta parte del documento, contendrá datos de gran importancia legal para la investigación judicial, consecutiva a toda lesión de origen violento. Así será fundamental incluir los siguientes apartados:

- Identificación del lesionado
- Descripción minuciosa de la lesión, localización y partes orgánicas afectadas, así como la interpretación del posible mecanismo de producción.
- Asistencias prestadas, con especial referencia al tratamiento médico y al quirúrgico.
- Indicar si deberá continuar bajo tratamiento médico o quirúrgico. Lugar a donde es remitido (su domicilio, hospital).
- Pronóstico clínico: realizado en base a la gravedad de la lesión.

Respecto a los datos del lesionado, se comprueban, habitualmente por la documentación que presenta cuando solicita la asistencia. En el caso de que no se contara con estos datos se intentan recabar de las personas que lo acompañan, cuando estos los conozcan, anotándose, entonces la identidad de las personas que proporcionan la información. Si queda finalmente sin identificar, se expondrán las razones. En estos datos se incluyen todos aquellos que permitan conocer la identidad y facilitar su posterior localización, a los efectos de que la investigación judicial posterior sea posible.

La descripción de la lesión es fundamental, ya que, desde el punto de vista médico-legal, el siguiente examen se realizará por el médico forense transcurridos varios días; por ello, el aspecto que la lesión tiene cuando está recién producida es muy importante a los efectos de la data de la misma, su mecanismo de producción, la gravedad inicial, etc. Otros datos que deben constar siempre son la localización exacta, dejando fotografía cuando sea posible, y guardando el material, en el caso de que se haga alguna extracción de cuerpo extraño, arma, etc.

Este apartado se complementa con el tratamiento administrado. En el apartado destinado al delito de lesiones, hemos expuesto la importancia que tiene en la calificación de la lesión como falta o delito, el tratamiento prestado, pues la necesidad de repetidas asistencias facultativas o de tratamiento médico y/o quirúrgico suponen un matiz de gravedad jurídica de primer orden.

Igualmente es fundamental referir el mecanismo de producción que describe el propio lesionado o los testigos. Este, después se valorará si es acorde o no con las lesiones para darle credibilidad a la versión referida respecto a la ocurrencia de los hechos. El dejar constancia de si se trata de un mecanismo accidental fortuito, de una agresión, una autolisis, un accidente laboral o de tráfico u otros mecanismos es también de sumo interés para la investigación judicial inmediata.

Fórmula final. En la fórmula final, tras la última modificación se ha dejado la expresión simple y concisa del lugar, la fecha y firma del médico.

Al pie del documento se escribe la persona a quien va dirigido, normalmente el ilustrísimo señor Juez de guardia.

De esta forma el Juez de Guardia tendrá conocimiento del hecho y adoptará las medidas procesales que considere oportunas respecto al agresor (detención, libertad condicional...) (43).

II. 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PRÁCTICA CLÍNICA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA CÉRVICOFACIAL

El ámbito asistencial sanitario se encuentra presidido por un nuevo modelo de relación médico paciente, totalmente alejado del planteamiento paternalista tradicional. En el momento actual el paciente se sitúa como centro de la relación, al ser considerado como sujeto capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y salud. Así el consentimiento informado se ha convertido en un elemento nuclear en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes (44)

La normativa actual refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente, por lo que éste adquiere un protagonismo creciente en la toma de decisiones.

El consentimiento a la asistencia médica, ha estado, por tanto, ligado a la modernización de la relación médico-enfermo con la pérdida de la primacía del Principio de Beneficencia, a favor del Principio de Autonomía del paciente.

El Juramento hipocrático, se inspiraba en el *Principio de Beneficencia*, entendido como el deber del médico de ponerse en el lugar del paciente para actuar y elegir los cuidados que considera más favorables y desearía para sí mismo; esto significa evitar todo lo que perjudique o dañe, buscando el máximo beneficio posible para el enfermo.

Las teorías tomistas y kantianas propulsaron el pensamiento moderno en el que se reconoce la capacidad del ser humano de comprender y elegir, y por tanto, dirigir sus conductas desde la autonomía personal. Todo ello da origen al *Principio de Autonomía*, que considera que es la propia persona la que está en las mejores condiciones para comprender, decidir y elegir lo que considera más favorable para sí misma.

El grupo social se expresa a través del *Principio de Justicia*, estableciendo los criterios para el reparto justo de los recursos, y conseguir el mayor beneficio para el mayor número de personas, pero sin olvidar las necesidades específicas de las minorías o las individualidades.

Todo ello ha influido de manera muy importante en la relación médico-enfermo. En primer lugar, en la propia terminología, ya que actualmente se impone el término médico-paciente que destierra el *in-firmus* (sin firmeza) como persona a la que la enfermedad privaba de la capacidad para tomar decisiones sobre ella misma, lo que justificaba que “ el médico decide lo que es mejor para el enfermo, pero sin contar con el enfermo”.

El Informe Belmont, publicado en 1978, directriz de la bioética y la deontología, recogía el Consentimiento Informado como el procedimiento para cumplir los principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia en la asistencia médica.

En España la primera referencia legal sobre el consentimiento del enfermo, como un derecho, aparece en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, que recogía en su artículo 10 los derechos de los pacientes, y en el punto 6 el derecho del paciente a decidir entre las diversas opciones, siendo necesario su consentimiento para cualquier intervención. El mismo artículo contemplaba la necesidad de información previa para poder ejercer el derecho a decidir y elegir.

Dentro de los tipos de información se distinguen: La información clínica que se define como todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona ó su forma de preservarla, cuidarla, mejorarla ó recuperarla. Por tanto esta información es la que se obtiene a través de la relación médico-paciente, teniendo un carácter personalizado e individual al ser de un paciente concreto, y es necesaria para que el paciente pueda tomar las decisiones oportunas con total y plena autonomía.

La asistencial es aquella información, que se debe prestar a un paciente sobre su estado de salud antes, durante y después de la atención médica.

La información sanitaria es la relativa al Sistema Nacional de Salud ó al Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles y su forma de acceso. Tiene por tanto un carácter más global y amplio y es un deber general de las Administraciones Públicas y de los Servicios Sanitarios para el conocimiento de los usuarios de los programas, prestaciones y el acceso a los mismos.

La información epidemiológica es aquella que afecta a los problemas sanitarios de una colectividad en la medida que implican un riesgo para la salud colectiva o individual.

La información terapéutica se refiere al modo de vida y precauciones que el paciente ha de tomar tras la asistencia facilitando así el tratamiento oportuno del mismo. No la considera expresamente esta ley, pero consideramos, como médicos, que tiene unas características específicas, ya que es un tipo de información que, en ocasiones el paciente debe compartir específicamente con el familiar con el que conviva y/o lo cuide, puesto que habrá indicaciones terapéuticas, por ejemplo, la dieta que debe ser conocida por quien sea responsable de cocinar en la casa del paciente; igual sucede con la administración de algunos medicamentos para cuya administración se puede necesitar de ayuda.

En consecuencia la información, es uno de los pilares de la relación médico-paciente, y base para respetar el papel que el paciente tiene en la toma de decisiones respecto a su enfermedad y a su proceso asistencial. Así desde el punto de vista de la jurisprudencia el derecho a la información se considera uno de los elementos integrantes de la “lex artis ad hoc”.

En lo que respecta al contenido mínimo, debe señalarse que el legislador, reproduciendo casi literalmente lo establecido al efecto en el convenio de Oviedo, y atendiendo a la doctrina jurisprudencial, ha fijado el contenido mínimo del derecho a la información en los términos siguientes “la información...comprende como mínimo, la finalidad y naturaleza de la intervención, sus riesgos y consecuencias”.

Todo ello, introducía en la práctica clínica un cúmulo de situaciones problemáticas a las que poco a poco se ha ido dando respuestas; aunque los nuevos derechos de los pacientes y usuarios siguen siendo un reto para la buena praxis médica, al imponerle al médico el deber de individualizar cada acto médico en lo científico, en lo técnico, en lo legal y en lo deontológico.

El desarrollo del artículo 10 de la Ley General de Sanidad se ha hecho de forma parcial en algunas Comunidades Autónomas, y de una forma completa, a nivel estatal con la *Ley 41/2002 de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Núcleos importantes de esta ley son: 1) El derecho a la intimidad, 2) El derecho a recibir información asistencial, que incluye la información clínica, y la

información epidemiológica; 3) El derecho a dar el consentimiento ante cualquier actuación médica, con especial referencia al Consentimiento Informado y 4) Se contempla la historia clínica como la expresión objetiva del cumplimiento del deber de los médicos respecto a estos derechos del paciente-usuario

Mientras tanto el 1 de enero de 2000 entró en vigor en España el llamado Código Europeo de Bioética, cuyo antecedente era el llamado Convenio de Oviedo, documento que se ocupaba de proteger especialmente a los menores y a las personas con trastornos mentales, en la relación asistencial, entendiéndose que su falta de madurez o la afectación de sus capacidades mentales impedían o dificultaban su comprensión y capacidad de elegir, pilares básicos en la autonomía reconocida en la relación médico-paciente.

Consentimiento Informado. Numerosa es la bibliografía al respecto, y como base siempre la relación médico-paciente que es la que da origen a cualquier documento que la refleje o la sustente (45), (46) (47) (48) (49) (50) (51)

La comunicación entre el médico y el paciente es una corriente constante de información, entre ambos y, su continuidad expresa la aceptación y consentimiento por ambas partes. En esta relación continuada en el tiempo, en el paciente hospitalizado, y periódica en las consultas externas, el médico plantea al paciente su estado de salud, y hace propuestas, y éste va manifestando sus deseos respecto a las actuaciones que el médico tiene que poner en práctica.

La nueva legislación ha venido a exigir que esos hechos se reflejen objetivamente, por escrito y quede constancia de que se han cumplido los deberes del médico de informar y obtener el consentimiento del enfermo.

Se ha consagrado así la expresión “Consentimiento Informado”, que significa otorgar el consentimiento a la actuación de un profesional sanitario, una vez que se ha recibido la información relevante, suficiente y necesaria sobre la misma, que permita al paciente decidir lo que considera más favorable para él.

El Consentimiento Informado tiene dos partes: La información y el Consentimiento de los que la Ley 41/2002 dice:

1 La información: artículo 4...*los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma,... La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias... será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad..... 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.*

Artículo 9 ... *La renuncia 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. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo a la intervención.*

Recoge también que: *el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina 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 contraindicaciones.* 2. *El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento escrito del paciente.*

2. *El Consentimiento.* De este dice el artículo 8 ... *Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, 2. 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...*

Son excepciones a la necesidad de obtener el consentimiento:

a) Cuando existe **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 la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) 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.

De lo dicho hasta aquí se desprende que el Consentimiento Informado es necesario en:

1) La relación clínica habitual en la que se transmite la información de forma verbal y continuada, y el paciente acepta tácitamente o de forma expresa. De estos hechos hay que dejar constancia escrita en la Historia Clínica.

2) Ante la realización de actos médicos específicos (**intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente**). En estos casos, aplicando lo dispuesto en la ley es preciso realizar un documento escrito en el que consten: la naturaleza de la actuación médica, su descripción técnica, los beneficios esperados de la misma, los riesgos y complicaciones que pueden presentarse, la posibilidad de contrarrestar dichos riesgos; también se informarán de las posibles alternativas, y los riesgos y beneficios de cada una de ellas; constando también en el documento las consecuencias que puede tener la negativa a recibir el tratamiento. El documento se debe personalizar al hacer constar los riesgos específicos del paciente ya sea por sus propias características personales, profesionales, etc.,. Antes de la fórmula final se debe recoger que el paciente ha podido hacer al médico las preguntas que ha considerado conveniente y que ha solucionado todas sus dudas.

Completada la primera parte correspondiente a la información, se pasa a la segunda parte del documento, en la que se recoge la fórmula de consentimiento del paciente, parte fundamental porque indica que valorando la información recibida, acepta someterse al acto médico concreto.

Atendiendo a esto, hay que considerar que un Consentimiento válido requiere que el paciente tenga íntegras las cualidades intelectuales y volitivas que le permitan comprender las explicaciones que el médico le dé sobre su salud y las actuaciones médicas que esta requiere. Esto va ligado a la madurez biológica que está establecida en los 18 años y una salud psicofísica integral.

La capacidad de comprensión, juicio y razonamiento, de la persona, junto a la capacidad de elegir con libertad, constituyen los pilares de la Autonomía, característica de la persona que se manifiesta en todos los ámbitos de la vida y, por tanto, en la relación médico-paciente.

Eso significa, como principio, que es el paciente el que debe recibir la información y el que debe elegir y tomar la decisión sobre sí mismo.

En la práctica nos encontramos con las siguientes situaciones:

- **El paciente mayor de edad y capaz.** En este caso es el paciente el que toma las decisiones y el que firma el Consentimiento informado. No obstante, en nuestra cultura, y también en la cultura de la mayoría de los inmigrantes residentes en España, es habitual que el paciente acuda al médico o al hospital en compañía de familiares ya sea con vínculo legal o de convivencia/afectividad; por ello, y siguiendo siempre la voluntad del paciente, en el proceso de información, de toma de decisiones y de aceptar el tratamiento médico suelen participar los familiares más próximos al paciente, que son habitualmente los que conviven con él.

- **Los pacientes que padecen trastornos mentales.** En muchos casos serán ellos los que estén en condiciones de recibir la información y dar el consentimiento. Sin embargo, en ocasiones, necesitan de familiares, cuidadores, representantes de la administración, etc., que les acompañen o apoyen en la relación asistencial. Estas personas son las que ayudan al paciente a tomar decisiones, o toman la decisión por ellas, actuando entonces “en su

representación”. Esto se apoya en la Ley 41/2002 que dice: *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.*

En nuestro trabajo no hemos tenido pacientes con este problema, pero, al tratarse de pacientes asistidos en Urgencias, hemos de decir que, en la práctica, se les presta la asistencia que su caso requiere según la ciencia y la conciencia del médico, siguiendo el principio de Beneficencia. Aquí el médico, lo consulta con los familiares responsables, pero es él el que asume un deber de garante, sobre lo que puede ser más beneficioso y favorable para esa persona, al tener más elementos de juicio (conocimientos médicos, experiencia profesional, etc.). Siguiendo las directrices del Convenio Europeo de Bioética, cualquier actuación que se realice será únicamente en su propio beneficio y contando con su participación en la medida que sea posible. Igual criterio sigue la Ley 41/2002 cuando dice: *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.*

- **Los menores de edad.** Ya hemos indicado que la mayor edad (18 años) da a la persona autonomía completa. Sin embargo, en asistencia sanitaria se considera que el menor cuya edad está comprendida entre los 16 y los 18 años, si su evolución es normal, tiene madurez suficiente para comprender las explicaciones médicas sobre su salud y para dar un consentimiento válido. Las dificultades pueden aparecer en menores de edades inferiores a los 14 años, ya que los padres tienen el deber de ejercer la patria potestad (actuar/decidir en representación de los hijos) siempre “en beneficio del menor”. Por ello, en estos casos el médico actuará haciendo participar al menor en el proceso en la medida en que su edad cronológica y su madurez se lo permitan, cumpliendo con la información a los padres y, en la medida de lo posible con el acuerdo, en cuanto al consentimiento del paciente y de sus padres o responsables legales. De esta forma se respeta el Convenio Europeo de Bioética que dice al respecto “... *la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez*”. No obstante, esto plantea problemas diversos y a veces complejos en la práctica clínica (51)

- La situación del menor se contempla en la Ley 41/2002, que establece “... *deberá ser escuchada la opinión del menor si es mayor de 12 años y en el caso de menores emancipados y adolescentes de más de 16 años será el menor quien dé personalmente su consentimiento, con las excepciones de interrupción del embarazo, ensayos clínicos, técnicas de reproducción asistida, circunstancias en las que será necesario el consentimiento de los padres*”.

La relación del médico con el menor y el respeto de sus derechos, plantea al médico una exigencia legal, pero una, aún mayor, de carácter deontológico, la de individualizar cada caso, y adaptarse al nivel intelectual, cultural, personal y familiar de cada paciente menor de edad, para personalizar la información y obtener su aceptación o consentimiento en el proceso.

Cuando los padres toman decisiones por el menor, el médico debe valorar que, en efecto sean decisiones favorables para éste; de no ser así, el médico puede recurrir al Ministerio Fiscal que, como protector de menores e incapaces intervendrá procurando evitar el perjuicio al menor.

Hasta aquí hemos expuesto la situación del derecho a recibir Información y a dar el Consentimiento en su regulación legal. Esto obliga a cumplir con un deber legal, del que queda constancia en la Historia Clínica, bien con la anotación del médico reconociendo que se ha informado al paciente que acepta la actuación médica, o bien con el Documento escrito del Consentimiento Informado específico para el acto médico del que se trate.

La situación del Consentimiento Informado en la práctica médica requiere algunas consideraciones de interés. Para facilitar el cumplimiento del deber legal las Sociedades Científicas han elaborado y propuesto a los especialistas, documentos “tipo” de consentimientos, redactados ad hoc para cada intervención. Estos documentos están impresos y constan de un preámbulo en el que se anotan los datos del Centro, los del médico que proporciona la información y obtiene el consentimiento, y los datos del paciente; estos se escriben en el espacio que el documento prevé para ello en renglones en blanco. Seguidamente consta impresa una explicación del tipo de intervención para el que se da el consentimiento; este es un apartado técnico, que en algunos casos queda como Anexo separado al documento, debido a la extensión, esquemas, etc., que se incorporan; en este

mismo apartado o seguidamente, se recogen los riesgos de la intervención, haciendo constar los que son generales a todos los pacientes y los específicos, ligados a las características personales del paciente en cuestión.

El siguiente apartado del documento es la afirmación, por parte del paciente (también suele figurar impresa) de que ha comprendido las explicaciones recibidas, y de que ha podido preguntar y resolver todas sus dudas al respecto. El apartado siguiente recoge la aceptación de la intervención, y de los riesgos que se le han explicado. Este documento lo firma el paciente, o su representante legal, en los casos comentados anteriormente, y el médico que proporciona la información.

Tal y como hemos expuesto, el dar el Consentimiento Informado, lleva consigo un encuentro personal y una conversación entre el paciente y el médico, lo que da al documento un gran valor dentro de la adecuada relación médico-paciente.

Sin embargo, la habitual falta de tiempo en la relación médico-paciente, lleva en la práctica a una aplicación y mal uso del Consentimiento Informado, ya que al estar impresos los documentos, se les puede entregar al paciente para su lectura y firma, sin que se cumpla el objetivo principal de comunicación personal ya comentado. Esto significa que se cumple el deber legal de dejar constancia en la Historia clínica del documento cumplimentado, que acredita formalmente la transmisión al paciente de la información sobre naturaleza de la actuación médica y los riesgos de la misma, así como su aceptación, pero no se ha mantenido la conversación en la que el paciente puede preguntar y el médico pueda valorar de forma personalizada el grado de conocimiento y aceptación del paciente de lo que se le propone y las consecuencias y posibles resultados futuros.

En nuestro caso la situación es aún más compleja porque estamos hablando de pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias. Ya hemos indicado que la ley acepta que en situaciones de urgencia vital el médico está obligado a actuar de forma rápida para conseguir salvar la vida del paciente e impedir que un retraso pueda tener consecuencias negativas en los resultados. Por ello, podríamos entender que en actuaciones urgentes el Consentimiento Informado no se haya cumplimentado y no conste en la Historia clínica, sin embargo, esto sería excepcional, ya que aun en intervenciones urgentes, se anotará en la Historia la información que se ha transmitido y la aceptación del paciente.

Hacemos estas aclaraciones porque como hemos indicado en nuestro trabajo uno de los parámetros evaluados es la existencia o no de consentimiento, como un indicador importante de la actuación y calidad de la asistencia médica prestada.

III. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dentro del área ORL se disponen de algunas maniobras invasivas tanto para realizar el diagnóstico como el posterior tratamiento considerándose procedimientos invasivos a aquellos en los que se realiza alguna maniobra directa sobre la anatomía del paciente, que pueda traer consecuencias.

En los tratamientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, el consentimiento del paciente se obtendrá siempre de forma escrita, como ya se ha dicho, atendiendo por supuesto a las características de cada uno de los tratamientos.

En el caso de uso de anestesia tópica y local muy frecuentemente utilizada en casos de urgencias hay que tener en cuenta una serie de particularidades. Los anestésicos tópicos comúnmente empleados no suelen presentar efectos secundarios aunque hemos de descartar en la anamnesis la posibilidad de alergias; además en las asociaciones con vasoconstrictores en pacientes con alteraciones cardíacas y en niños pueden presentar complicaciones que debemos prever. La anestesia local requiere infiltración y realizada de la forma adecuada no debe presentar efectos secundarios, no obstante, la inculación demasiado rápida o en caso sanguíneo de algunos productos tiene potenciales riesgos; sin olvidar la posibilidad de contagios, si no se ciada adecuadamente la esterilización de todo el material.

La ley 41/2002 en la que se recogen los derechos de los pacientes, muy comentada por diversos autores (52) establece que el consentimiento será verbal por regla general, salvo en determinados casos en los que se requerirá por escrito, encontrándose encuadrado en una de ellos la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

En el supuesto de la aplicación de anestesia tópica, y en aplicación de la ley, se entiende que el consentimiento del paciente podrá ser verbal, aunque dejando constancia de

ello en la HC, y tras haber descartado previamente, posibles alergias y/o patologías del paciente que pudieran incidir en posibles complicaciones de la anestesia tópica.

En el supuesto de aplicación de anestesia local, y dado la existencia de potenciales riesgos de algunos productos, resultaría conveniente recabar el consentimiento por escrito del paciente.

En los casos que a continuación se relatan, aunque se trata de procedimientos que pueden realizarse en una consulta, esta razón imprime importancia al hecho de que son procedimientos terapéuticos invasivos y por esto, y siempre teniendo en cuenta las características de cada una de las actuaciones y de la peligrosidad de cada una de ellas habrá que recabarlos bien por escrito, o al menos verbalmente, y con constancia escrita en la HC.

Esta técnica es muy utilizada en el caso que nos ocupa en la reducción de las fracturas nasales que en urgencias la mayoría de las veces se realiza bajo anestesia local y presión digital (53).

La extracción de tapones y cuerpos extraños de oído puede realizarse con lavados con agua tibia o mediante instrumentos. El lavado se utiliza cuando existe normalidad anatómica.

En los casos de perforación timpánica suelen utilizarse instrumentos para evitar mojar el oído medio, en estos casos pueden producirse irritaciones en la piel del conducto auditivo externo y en caso de movimientos intempestivos lesiones a este nivel y, excepcionalmente, en membrana timpánica y oído medio.

La extracción de cuerpos extraños nasales requiere anestesia tópica en la mayoría de los casos, si se trata de un niño o un paciente que no colabora puede precisar sedación. Existe riesgo de hemorragia que excepcionalmente sea importante pudiendo precisar taponamiento durante unas horas.

A su vez la endoscopia para extracción de cuerpos extraños es una técnica cada vez más habitual en la extracción de los mismos, en la que debemos tener en cuenta el nivel de colaboración del paciente ya que en los movimientos intempestivos del mismo se pueden provocar lesiones directas sobre la mucosa. Por tanto tratándose de un procedimiento terapéutico invasivo, resulta necesario obtener el consentimiento escrito del paciente.

En la extracción de cuerpos extraños (espinas de pescado, huesos de pollo...) de la zona orofaríngea y laríngea merecen especial atención dada la peligrosidad en que puede verse el paciente por obstrucción de la vía aérea, es preciso el consentimiento informado y más aún en el caso del uso del giroscopio de canal para dicha extracción. En estas situaciones muchas de las veces se requiere una anestesia general debido a que las manipulaciones con el paciente despierto son especialmente peligrosas pudiendo ocasionar el cierre glótico con la consecuente tos e incluso la asfixia del mismo.

En todos estos procedimientos invasivos otorrinolaringológicos, con respecto al principio general de información y a la obtención del consentimiento, ya comentados con anterioridad en este trabajo, conviene recordar que el artículo 4 de la Ley 14/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que se dejará constancia escrita en la historia clínica, de la información que se facilite al paciente, comprendiendo, esta información, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

En nuestros casos la existencia de cuerpos extraños en las diferentes cavidades del ámbito ORL, y dado que la extracción podrá realizarse en un gabinete o consulta, en muchas de las ocasiones, habrá que ser cautos y prudentes y recabar el consentimiento de acuerdo a lo que la ley prevee; lo que evitará posibles problemas en el caso de posteriores complicaciones. En caso de que haya un supuesto dudoso, es preferible que el consentimiento figure por escrito, reuniendo los requisitos mínimos, comentados en el apartado correspondiente.

IV. LESIONES EN EL ÁMBITO OTORRINOLARINGOLÓGICO

Las lesiones de naturaleza violenta que pueden aparecer en el área ORL son muy diversas. Vamos a diferenciar las siguientes:

IV. 1. CUERPOS EXTRAÑOS

Se considera cuerpo extraño a cualquier elemento cuya presencia es impropia o excepcional en las cavidades abiertas del ámbito ORL (54)

Los cuerpos extraños son muy frecuentes en los niños: En sus juegos, o para llamar la atención se introducen objetos de forma voluntaria de cualquier naturaleza (piedras, semillas, piezas de juguetes...). También podemos verlos en adultos como hecho accidental (muy frecuente en la limpieza de oído mediante bastoncillos algodónados).

Los cuerpos extraños con potencialidad biológica, suelen corresponderse con cuerpos inanimados como las semillas, y animados como pequeños insectos que penetran sobre todo en oído, en personas que habitan climas templados, ambientes socioeconómicos deprimidos o por falta de higiene.

Su tratamiento consiste en la extracción de los mismos, requiriendo en ocasiones anestesia general para la misma en función de la localización, nivel de impactación, edad de paciente ect...

IV. 1. 1. CUERPOS EXTRAÑOS NASALES

La presencia de cuerpos extraños en las fosas nasales es una situación relativamente frecuente en la urgencia pediátrica, es un acontecimiento casi exclusivo de la infancia y es generalmente el niño el que se introduce el objeto (55) (56)

Generalmente llega diagnosticado por la propia familia y la mayor dificultad se plantea en su extracción sobre todo si anteriormente ya se ha intentado con maniobras inadecuadas. En otras ocasiones el diagnóstico no es inmediato y se sospecha a partir de signos de obstrucción y sobreinfección tiempo después de la introducción del objeto, lo que ya plantea algún diagnóstico diferencial.

En menor proporción ocurre en los adultos psiquiátricos con determinadas compulsiones; otra circunstancia son los accidentes de ámbito laboral (partículas proyectadas por estallido), accidentes de tráfico (cristales del parabrisas), y los iatrogénicos como puede ser algún resto de gasa o material quirúrgico olvidados.

La naturaleza de los objetos es muy variada (canicas, goma de borrar, piedrecillas, partes pequeñas de un juguete...); las pilas de botón constituyen una urgencia especial por los problemas de carácter tóxico que se suman al obstructivo. Si permanecen más tiempo y se rompe su envoltura, la salida de sus componentes químicos provoca además una corrosión de los tejidos con necrosis más profunda.

La clínica que se presenta es la insuficiencia respiratoria nasal, epistaxis de repetición y rinorrea purulenta unilateral en la fosa nasal que alberga el cuerpo extraño. No suele haber fiebre ni afectación del estado general.

El diagnóstico se suele confirmar con la rinoscopia anterior ya que la mayoría de las veces el cuerpo extraño se aloja en la mitad anterior de la fosa nasal. En los niños basta con levantar la punta nasal con nuestro dedo, maniobra que no le molestará ni causará ninguna alarma innecesaria. Se puede recurrir a la radiografía lateral simple que, en el caso de objetos radiopacos nos informará de su presencia y profundidad. No obstante su normalidad nunca excluirá la presencia de cuerpo extraño porque pueden ser radiotransparentes. Si todo esto no resulta suficiente se ha de recurrir al uso del fibroscopio pediátrico para explorar la región posterior de la fosa.

Una vez realizado el diagnóstico está aceptado su extracción lo que en ocasiones requiere plantear una anestesia general si el cuerpo extraño esta muy posterior, existe un sangrado excesivo o hay sospecha de que se encuentre enclavado en la mucosa, así como se prevé una mala colaboración del paciente y por todas estas causas se ponga en riesgo la vida del paciente por la inseguridad de la vía aérea ante las maniobras precisadas.

En caso de que la extracción no sea tan complicada se realizará de dos formas (menos recomendable por el riesgo de aspiración) por la fosa contralateral siempre, y con el paciente tumbado en decúbito lateral. Es relativamente frecuente provocar una epistaxis durante la extracción que suele ser leve y coercible con la compresión nasal.

IV. 1. 2. CUERPOS EXTRAÑOS ÓTICOS

Los cuerpos extraños en el oído son de muy diferente índole y como ya hemos expuesto aparecen con más frecuencia en los niños en sus juegos. (Fotos 1 y 2) No suelen ocasionar clínica excepto cuando son voluminosos o bien ocluyen el CAE, que ocasionan hipoacusia y sensación de plenitud ótica (57).



FOTO 1: Cristal en el CAE.



FOTO 2: Bastoncillo en oído

El diagnóstico de la presencia de cuerpo extraño en el CAE suele verse facilitado por el relato del propio paciente o de sus padres. La confirmación del mismo se realizará mediante otoscopia. Los cuerpos extraños en CAE suelen constituir una patología por lo general intrascendente, pero en ocasiones pueden producir o coexistir con edemas o heridas del conducto y perforaciones timpánicas.

Su tratamiento consiste en la extracción. Si se trata de seres vivos (en general, insectos o larvas de estos) es preciso matarlos (p. ej, mediante aplicación de lidocaina o alcohol, depositándolos en el conducto), ya que a veces se quedan enclavados en el CAE con sus patas, antes de proceder al tratamiento. En estas situaciones hay riesgo de erosión perforación, sangrado...

Antes de intentar una extracción se debe tener en cuenta que, excepto en los casos donde exista impactación con posible rotura del tímpano y hemorragia, no hay necesidad de considerar estos casos como de urgencia, pudiendo actuar al día siguiente con el instrumental correcto. En casos difíciles (trozos de goma de borrar, semillas que se ha expandido en el CAE...) la resolución del problema estará en manos del especialista, que en ocasiones, tendrá que recurrir incluso a la anestesia general.

IV. 1. 3. CUERPOS EXTRAÑOS OROFARÍNGEOS

La ingestión de un cuerpo extraño es una patología que con frecuencia se considera banal por el paciente, pero que ocasionalmente pueden dar lugar a complicaciones que comprometan la vida del mismo (58)

Los cuerpos extraños orofaríngeos son sobre todo las espinas de pescado, pequeños huesecillos o fragmentos óseos que quedan enclavadas a nivel amigdalario la mayoría de las veces. Otras localizaciones frecuentes son la base de lengua, valléculas, epiglotis, repliegue aritenopiglotico o boca de Killiam en el área en el que nos ocupa. Dentro de este grupo existe un número no despreciable de pacientes en que no se observa el CE al examen clínico ni radiológico como se expondrá más tarde en los resultados. En ocasiones puede observarse una laceración de la mucosa que explique la molestia. Todos aquellos pacientes en los que no se logre visualizar el cuerpo extraño deberán ser reexplorados endoscópicamente o mediante laringoscopia directa si empeora la clínica o no hay ninguna evidencia de mejoría en su sintomatología en veinticuatro horas o si persisten las molestias por más de cinco días. La aparición de fiebre por sí sola obligará también a una exploración endoscópica.

La clínica principal que producen es el dolor localizado e irradiado según la zona en la que se haya quedado enclavado dicho cuerpo extraño. Ante esta situación el tratamiento inmediato adecuado es su extracción.

Su tratamiento es prioritario y en él se utilizan diferentes técnicas ya sean simples (59) como el uso del fotóforo y pinzas, hasta la utilización del fibroscopio de canal o incluso la necesidad de anestesia general ante una localización comprometida. Según la localización se utilizará una u otra forma de extracción diferente.

Si se halla en la orofaringe puede ser necesaria tan solo una buena iluminación y unas pinzas acodadas. Si está en hipofaringe se puede extraer con una pinza de laringe, espéculo laríngeo y espejo frontal o fotóforo, lo que requiere cierto entrenamiento, la activa colaboración del paciente y una adecuada anestesia tópica. Si se encuentra en esófago normalmente se pueden extraer mediante fibroesofagoscopia (60), si bien ciertos cuerpos extraños muy grandes, enclavados o localizados en la boca de Killiam pueden requerir una anestesia general y la utilización de un esofagoscopia rígido, realizándose, entonces la intervención, en quirófano.

IV. 1. 4. CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ARBOL LARINGOTRAQUEAL

La laringe es un órgano complejo que tiene multitud de funciones, además de la respiratoria propiamente dicha. Al ser un órgano plegable capaz de cerrarse, interviene como elemento protector del árbol respiratorio impidiendo el paso de elementos extraños. Es por esta razón que los cuerpos extraños alojados en dicha zona suponen una gravedad importante para el paciente requiriendo la actuación rápida del médico, ya que los procesos estenosantes de cualquier naturaleza (cuerpos extraños en el caso que nos ocupa) se opondrán a la función respiratoria apareciendo una disnea (61) (62) como síntoma principal en muchas de las ocasiones, y siempre, con riesgo de provocar una asfixia mecánica.

Dada la peligrosidad de la situación la extracción debe ser lo más rápida posible y generalmente bajo anestesia general y en quirófano.

III. 2. TRAUMATISMOS EN EL ÁREA OTORRINOLARINGOLÓGICO

Traumatismo en el cráneo y cara

Los traumatismos en el cráneo y en la cara son especialmente importantes, ya que la intensidad del golpe puede afectar al sistema nervioso central (SNC), localizado dentro de la cavidad craneal. Así, después de un traumatismo craneal, nos podemos encontrar ante una herida simple de la cabeza o la cara, una fractura craneal, signos de afectación cerebral o varias de ellas conjuntamente..

En los traumatismos craneales podemos encontrar:

Heridas que afectan a la cabeza

La piel de la cabeza es muy gruesa y se desplaza con cierta facilidad sobre la superficie del cráneo; esto provoca que, en caso de traumatismo, su desprendimiento sea fácil originando las llamadas heridas en escalp.

La gran presencia de vasos sanguíneos en la zona, hace que estas heridas sean muy sangrantes, y por ello normalmente el tratamiento de estas lesiones suela ser prioritaria la detención de la hemorragia.

Los traumatismos de la cara pueden tener importancia tanto si implican lesiones en la boca-nariz, por su implicación en la función respiratoria, como si implican a órganos propios de los sentidos (oído, vista, gusto, olfato).

IV. 2. 1. TRAUMATISMOS NASOFACIALES

Los traumatismos nasofaciales tienen gran importancia por su incidencia, su complejidad, sus secuelas funcionales o estéticas y más aún porque en los casos graves pueden suponer una amenaza vital para la vida del paciente. Pueden ser muy graves sobre todo en casos de traumatismos craneoencefálicos, pero aisladamente las más frecuentes son las fracturas de la pirámide nasal, que afectarán principalmente al cartílago septal y/o los huesos propios con o sin hundimiento facial (63) (64)

Están causados por accidentes de tráfico, domésticos, agresiones, accidentes deportivos y laborales, y con menor frecuencia por yatrogenia quirúrgica o autolesiones.

Aparecen de esta forma traumatismos faciales o nasales aislados o formando parte de un politraumatismo, cuya valoración inicial es crucial a la hora de identificar la gravedad del mismo y establecer de esta forma la prioridad de actuación. Y sólo ante la estabilización clínica del paciente se valorarán las lesiones nasofaciales (65).

Las múltiples y variadas funciones de la cara generan en los pacientes con traumatismo nasofacial gran variedad de lesiones, únicas o múltiples asociadas, óseas o de partes blandas.

Ante un paciente que acude a urgencias con un traumatismo nasofacial habrá que realizar una buena anamnesis, inspección, palpación determinando si hay crepitación o dolor y valoración funcional y estética de las zonas dañadas. Y aunque el examen físico es el indicador más fiable para el diagnóstico, los estudios de imagen son indispensables para valorar este tipo de lesiones.

Así se realizaran diferentes tipos de radiografías en posiciones especiales ante lesiones óseas (rx huesos propios para los nasales, Waters para los maxilares y suelo de órbita...); y en caso de grandes politraumatizados a la tomografía axial computarizada muy útil para el diagnóstico y planteamiento terapéuticos correctos.

IV. 2. 2. TRAUMATISMOS DE LA PIRÁMIDE NASAL

Dentro de las fracturas del macizo facial, las de los huesos nasales propios es la más común por la prominencia de la nariz en la cara. Las lesiones varían según la edad del paciente (los niños, con tejidos más flexibles sufren con mayor frecuencia luxaciones y los adultos fracturas); agente traumático; intensidad; y dirección del golpe (los frontales producen desde simples fracturas distales de los huesos propios hasta en hundimiento nasoetmoidal y los laterales producen hundimiento unilateral a laterorrinia completa (66).

La reducción de las fracturas nasales es una práctica que remonta al Antiguo Egipto en el 3000 AC (67)

.La mayor probabilidad de éxito del tratamiento no diferido de las fracturas nasales se produce en las tres primeras horas tras el traumatismo , pero en la mayoría de las ocasiones no es posible por tanto de forma generalizada se consideran los 3-7 primeros días como efectivos tras el traumatismo. El tipo de anestesia (local o general) (68) que se va a utilizar estará en función del tipo de paciente, de la fractura y del medio, siendo la mayoría de las fracturas reducidas con anestesia local asocien o no lesiones del septum. Nunca debe olvidarse proporcionar al paciente o a su representante legal un consentimiento informado que debe incluir una discusión de estrategias alternativas de tratamiento, explicación de riesgos quirúrgicos (informar sobre la posibilidad de persistencia de la deformidad) y en caso de edad pediátrica, la posibilidad de que el traumatismo o la propia cirugía puedan alterar los centros osteocartilaginosos de crecimiento nasoseptal con la consiguiente deformidad septopiramidal a largo plazo.

Las fracturas nasales en los niños merecen una consideración especial por presentar ciertas peculiaridades que las diferencian de las de los adultos, como la mayor proporción del componente cartilaginoso y por tanto mayor flexibilidad y resistencia a las fracturas, y como consecuencia estas estructuras cartilaginosas se luxan más frecuentemente que se fracturan. Así mismo las más frecuentes a nivel de los huesos nasales son en tallo verde, y el hematoma septal mucho más frecuente que en los adultos, estabilizándose las fracturas en los 2-4 primeros días tras el traumatismo.

Los estudios radiológicos son menos útiles en los niños que en los adultos, y se suelen tomar medidas más conservadoras que en el caso de un adulto.

Para reducir la fractura nasal en un niño suele precisar casi siempre de una anestesia general, por lo que los procedimientos radicales sólo deberán emplearse cuando los resultados a largo plazo en términos de deformidad nasal y obstrucción nasal se prevé que no serían buenos en ausencia de dichos procedimientos.

IV. 2. 3. HEMATOMA SEPTAL

Suele acompañar a fracturas complejas de la pirámide nasal y el septum, pero también puede presentarse en forma aislada en traumatismos que afectan solo a la pirámide cartilaginosa por una contusión directa sobre el borde caudal del septum o bien flexión y estiramiento del tabique con rotura submucosa de vasos; de esta manera se produce la acumulación de sangre subpericóndrica que puede llevar a una necrosis y desaparición del cartílago septal con su consiguiente hundimiento nasal (69).

Es visible por rinoscopia anterior como una tumefacción violácea y elástica a la palpación instrumental. Puede ser unilateral o bilateral. Se manifiesta por dolor, sensación de ocupación obstrucción respiratoria, anosmia y rinolalia cerrada. El tratamiento, es una urgencia quirúrgica inmediata, que consiste en la evacuación del hematoma para evitar la condritis y la perforación septal. Se realiza una incisión transfixiante y tunelización superior bilateral que permita el drenaje y desbridamiento completo. Es preciso dejar ferulización interna mediante un taponamiento impregnado en antibiótico y ferulización externa mediante escayola o similar.

IV .2 . 4. TRAUMATISMOS CEVICALES

La laringe cuenta con poderosos elementos protectores siendo los traumatismos laríngeos básicos entre los protocolos de cualquier unidad de urgencia ORL. En el ámbito de la medicina legal nos interesan los producidos por agentes externos (inciso, contusos), y aquellos cuyo mecanismo de producción son los agentes químicos inhalados o ingeridos.

IV. 2. 4. 1. TRAUMA EXTERNO

Los traumatismos externos se producen fundamentalmente por accidentes de tráfico, agresiones, deportes de contacto, caídas sobre superficies romas o por estrangulamiento homicida, suicida o accidental.

La lesión más grave de todas las que se producen a nivel de la laringe (70) es la disrupción laringotraqueal relacionada con accidentes de moto, sobre todo por contusiones cervicales con ramas o cuerdas de tender a tensión que impactan sobre el cuello del conductor.

El arma blanca en raras ocasiones afecta a la laringe, el mecanismo lesional se produce normalmente por penetración lo que lleva asociado con gran frecuencia alteraciones vasculares o neurológicas.

En España por fortuna son relativamente raras las heridas por arma de fuego, excepto en los accidentes de caza. Cuando se produce afectación laríngea, plantean el problema de reparación tardía debido a que se asocian a lesiones vasculares y a contaminación tisular con posterior necrosis y pérdida de sustancia.

IV. 2. 5. LESIONES POR OCLUSIÓN INTRÍNSECA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (SOFOCACIÓN)

El bloqueo de las vías respiratorias por un cuerpo o cuerpos extraños de diversa naturaleza es una modalidad de asfixia mecánica relativamente frecuente (71).

La forma accidental es con mucho la más frecuente, acontece sobre todo en niños de corta edad pero también en personas embriagadas, ancianos, enfermos mentales...con dificultad para la masticación y o trastornos de la deglución. Por ello no es un accidente raro en residencias y hospitales psiquiátricos. También se produce la muerte por esta causa en bastantes casos en el medio laboral cuando una persona queda sepultada bajo un medio polvoriento. Aunque se han descrito casos de suicidio y homicidio por este procedimiento, estas modalidades etiológicas son excepcionales.

IV. 2. 6. TRAUMATISMOS ÓTICOS

La causa más frecuente de los traumatismos óticos son las manipulaciones que pueden afectar a la membrana timpánica, a la cadena de huesecillos e incluso a la ventana oval y redonda alterando así el oído interno también.

Los mismos se dividen en traumatismos directos o indirectos.

Los traumatismos directos se deben a manipulaciones indebidas con bastoncillos, palillos, horquillas por prurito, o por juegos o curiosidad en el caso de los niños. En los trabajadores de la industria y soldadores se puede producir la entrada de elementos incandescentes dentro del CAE y producir lesiones en la membrana timpánica.

Las heridas por estallido, trauma sonoro o cambio de presión de forma brusca son menos frecuentes.

Los traumatismos indirectos se producen como consecuencia de la compresión o descompresión del aire presente en el CAE. Así por ejemplo una bofetada puede producir un aumento de presión en el CAE como para producir el daño de la membrana timpánica. Hoy también son muy frecuentes los traumatismos y consiguiente lesión timpánica, al caer sobre el agua en deportes como el windsurfing o esquí acuático por ejemplo (72)

IV. 2. 6. 1. BAROTRAUMATISMO. OTOPATÍA DISBÁRICA

Son las alteraciones producidas en el oído medio como consecuencia de los cambios de presión ambiental, ya sea en el medio aéreo o en el acuático (73) (74)

Esta patología esta en claro aumento debido a que las actividades donde se producen con más frecuencia (submarinismo, aeronáutica) están en auge. La causa más frecuente es un bofetón o puñetazo sobre el oído aunque también ocurre en accidentes deportivos, duchas con manguera, lavados de oídos o explosiones de origen militar o industrial (75)

La lesión más frecuente es la perforación timpánica. La luxación de la cadena osicular es poco habitual y cuando ocurre generalmente afecta a la articulación incudoestapedial. Se puede fracturar la supraestructura del estribo, la rama descendente del yunque o el cuello del martillo. En el oído interno puede haber desgarros de la membrana de Reissner generándose toxicidad iónica, destrucción de células ciliadas, hemorragia o rotura de la membrana de la ventana oval o redonda por presiones desproporcionadas. Esto ocurre cuando la alteración es muy intensa o en individuos operados por ejemplo de estapedectomía.

Como sintomatología puede aparecer crisis dolorosa aguda, sensación de ocupación del oído, acúfenos pulsátiles, hipoacusia, (76) en algunas circunstancias alteraciones del equilibrio y vértigo. Ante la otoscopia se visualiza un tímpano con sus vasos ingurgitados y algo deprimidos.

El tratamiento más urgente son las lesiones del oído interno que se tratarán como si fuera un trauma acústico agudo o una sordera brusca. En el caso de sospecha de fístula perilinfática se realizará una timpanotomía exploradora.

Las perforaciones traumáticas que se distinguen de las crónicas por su contorno irregular y hemorrágico, deben tratarse de manera conservadora evitando la entrada del agua tranquilizando al paciente. Suelen cerrar siempre que no se produzca una infección y que su tamaño no sea superior a la cuarta parte del tímpano; en perforaciones mayores del 50% de la membrana timpánica, se puede colocar gelfoam.

La perforación (77) se puede manejar con maniobras conservadoras, limpiando coágulos y recolocando los bordes sobre los que se pondrá espongostan o una lámina de fibrina. Si pasados unos meses la perforación no ha cerrado habrá que recurrir a la miringoplastia y reconstrucción tímpano-osicular si la cadena esta afectada.

A su vez habrá que intentar abrir la trompa utilizando antihistamínicos, corticoides y gotas nasales con un vasoconstrictor.

IV.2 .7. TRAUMATISMOS DE PABELLÓN AURICULAR

IV. 2. 7. 1. OTOHEMATOMA

El otohematoma es un acúmulo de material serohemático entre el pericondrio y el cartílago auricular secundario a un traumatismo (78).

La repercusión clínica viene dada porque la separación de estas dos estructuras conlleva a la pérdida de vascularización del cartílago. El otohematoma es más frecuente en personas que practican deportes como el boxeo, lucha o artes marciales y en deficientes psíquicos por golpes directos en el pabellón auricular. Se observa una tumefacción fluctuante de coloración violácea en la cara anterior del pabellón. El tratamiento precoz consiste en la incisión, drenaje, vendaje compresivo y antibióticos de amplio espectro para evitar de esta manera la necrosis cartilaginosa y deformidad auricular que es la llamada oreja en coliflor.

IV. 2. 7. 2 EROSIONES

Las erosiones del pabellón deben ser lavadas y desinfectadas con un antiséptico. Si el pericondrio está expuesto debe realizarse el uso de pomada antibiótica hasta que cicatrice la herida, es decir hasta su reepitelización.

IV. 2. 7. 3. HERIDAS ABIERTAS

Se producen generalmente por un traumatismo directo sobre el pabellón auricular. Se deben desinfectar con jabón y aproximar con una sutura fina (5-0) cubriendo muy bien las zonas donde el cartílago esté expuesto, además de administrar protección con antibióticos. Un caso típico es el desgarro del lóbulo producido por tracción cuya consecuencia más inmediata es la que viene dada porque la separación de estas dos estructuras conlleva la pérdida de vascularización del cartílago. El tratamiento consiste en la desinfección de la herida y su posterior sutura.

IV. 2. 7. 4. ARRANCAMIENTO DEL PABELLÓN AURICULAR (AVULSIÓN)

La avulsión de la oreja puede ser completa o parcial, y requiere un tratamiento precoz (4-6 horas). En las avulsiones parciales, basta un pequeño pedículo para que la oreja se revascularice. En casos de avulsiones completas el fragmento del pabellón o en su totalidad puede conservarse en suero fisiológico con un poco de hielo durante 4 horas. Luego se procede a su sutura eliminando previamente 1mm de piel a cada lado.

En cualquier caso deberá realizarse cobertura antiótica de amplio espectro así como administrar corticoides y vasodilatadores por vía sistémica y evitar la utilización de anestesia local con adrenalina (que comprometerá aún más la vascularización).

IV. 2. 7. 5. CONGELACIÓN

Las bajas temperaturas pueden lesionar el pabellón auricular y producir dolor intenso, hiperemia, vesículas, ampollas o infección secundaria (79)

Por esta razón en las lesiones por congelación es necesaria la protección antibiótica de amplio espectro sistémica y en pomada, aparte de la analgesia correspondiente. Se elevara la temperatura de la oreja sin frotarla, empleando torundas de algodón humedecidas con suero fisiológico entre 38 y 42 °.

IV. 2. 7. 6. QUEMADURAS

Las quemaduras de primer grado y las de segundo donde las vesículas son pequeñas se vigilarán de cerca manteniendo la asepsia. Las quemaduras de segundo grado donde las vesículas están abiertas es fundamental además de resolver el problema agudo prevenir complicaciones como las infecciones y reducir la pérdida de tejido secundaria a la exposición de cartílago y a la propia infección. El tratamiento consiste en aplicar hielo en compresas locales y en administrar antibióticos tópicos y sistémicos, además de analgesia. Los casos más graves pueden requerir injertos para su reparación.

IV. 2. 8. TRAUMATISMOS CON FRACTURA DEL TEMPORAL

Estas fracturas pueden dar lugar a fístulas de líquido cefalorraquídeo, y cuadros a veces de repetición de meningitis. La causa es la falta de consolidación de la fractura debida a las características especiales de la cápsula ótica. Por ello siempre que haya evidencia de fístula de LCR el paciente debe ser tratado con antibiótico profiláctico (cefalosporinas) y reposo con control postural.

Las fracturas del temporal se ven mal con radiografías simples de cráneo, por lo que hay que hacer uso de la clínica y de la TAC (80)

Por los signos clínicos se clasifican en dos grandes grupos:

Fracturas longitudinales. En ellas la línea de fractura afecta fundamentalmente al oído medio y ala escama del temporal. El síntoma más llamativo es la otorragia, que se acompaña de hemotímpano y ocasionalmente de afectación de la cadena osicular. La parálisis facial está presente en un 20% de los casos, siendo poco frecuente la afectación de estructuras del oído interno.

Fracturas transversales. La estructura afectada es el peñasco, por lo que en ellas es mucho más frecuente los síntomas derivados de la afectación del oído interno, como el vértigo y la coofosis. Se produce parálisis facial en un 50% de los casos aproximadamente

IV. 3. LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS

IV. 3. 1. INGESTA DE CÁUSTICOS

Por regla general la ingesta de cáusticos (81) (82) en los adultos se produce con fines suicidas, el resto en enfermos que representan el grupo de psiquiátricos y alcohólicos; afectando principalmente a las regiones superiores de la vía aérea digestiva, y sobre todo al borde libre de la epiglotis y su cara lingual. En los niños este hecho es accidental pero más frecuente. La causa más frecuente es la ingestión de álcali concentrado (hidróxido de sodio o de potasio) que se encuentra en los productos de limpieza de los baños, de las casas y las pilas de botón.

Los ácidos altamente concentrados (hidroclórico, sulfúrico, fosfórico) que están en los productos para limpiar el baño, limpieza de piscinas y líquido de bacterias son ingeridos con menos frecuencia. La ingesta de lejía líquida de uso doméstico es frecuente pero raramente causa daño esofágico grave.

En estos casos es crucial la valoración en urgencias de la vía aérea y su consecuente tratamiento en caso de obstrucciones graves de la misma. La insuficiencia respiratoria aguda por lesiones de las vías aéreas y la perforación esofágica constituyen las complicaciones precoces más temidas provocadas por la ingestión de una sustancia cáustica. Los pacientes con lesión orofaríngea deben ser monitorizados estrechamente por la posibilidad de desarrollar obstrucción de la vía aérea. El examen de la orofaringe puede revelar erosiones o necrosis con pseudomenbranas grises. Si la epiglotis o la orofaringe está edematosa, la intubación orotraqueal está contraindicada, teniéndose que realizar una traqueotomía para mantener la vía aérea permeable.

La gravedad de las lesiones producidas por un cáustico depende de varios factores; de la cantidad y grado de dilución del material ingerido, del tiempo de permanencia en contacto con la mucosa, de la naturaleza ácida o alcalina del agente cáustico y propiedad corrosiva de la sustancia ingerida.

Dentro de la actitud terapéutica resaltaremos varias cuestiones. Todo paciente que haya ingerido un cáustico debe ser hospitalizado con carácter de urgencia para valorar las posibles lesiones y vigilar la evolución de las mismas. A su vez hay una serie de medidas que nunca se

deben llevar a cabo en estos pacientes. El lavado gástrico o la inducción del vómito están contraindicados, porque supondría una segunda exposición del esófago y de las vías aéreas.

La colocación de una sonda nasogástrica es peligrosa al poderse facilitar la perforación esofágica en alguno de los puntos lesionados por el cáustico. La neutralización del cáustico con soluciones ácidas o alcalinas según convenga es de dudosa utilidad ya que la lesión producida por éste es inmediata y ocurre en pocos minutos.

Las medidas que si se deben tomar son la vigilancia de la función respiratoria, establecer una vía venosa para el control hemodinámica y analgesia para el dolor producido por la quemadura.

IV. 3. 2. INHALACIÓN DE HUMOS, GASES TÓXICOS O IRRITANTES INDUSTRIALES

Estas inhalaciones provocan alteraciones en el árbol traqueobronquial, ya que los gases conllevan esfacelamiento de la mucosa bronquial. Si la capa basal permanece intacta la recuperación será rápida y completa, pero si se afecta será difícil su reparación sin secuelas de carácter granulomatoso, lo que conlleva en última instancia a estenosis laringotraqueales. A este tipo de lesiones se añaden las de la necesidad de una intubación urgente.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

V. 1. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que hemos realizado se corresponde con un estudio hospitalario de tipo observacional con recogida de datos de cohortes, prospectivo.

Los datos proceden del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, y proceden de los pacientes que recibieron asistencia sanitaria en dicho Servicio a lo largo del periodo comprendido entre el 1 de enero del 2007 y el 31 de diciembre del mismo año y que tras la primera valoración, fueron derivados a la asistencia por el especialista en Otorrinolaringología que se encontraba de guardia, lo que nos permitió asistirlos ya en nuestra área especializada como ya ha sido referido en algunos artículos (83) y posteriormente poder recoger los datos que quedaron en la Hoja de Asistencia en Urgencias, datos que han sido estudiados y valorados desde la perspectiva médico-legal en la presente Memoria doctoral.

Dado el funcionamiento de los Servicios de Urgencias, los pacientes que solicitan asistencia, pasan por una primera valoración, para identificar el tipo de patología y derivarse posteriormente hacia los especialistas de guardia que corresponda. Por ello, nuestra muestra está compuesta por el número de pacientes asistidos por nosotros, por lesiones ORL a lo largo del año 2007, tras solicitar, estos pacientes, asistencia en el Servicio de Urgencias.

El número total de pacientes fue de 422; puesto que el número de pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias, a lo largo del año 2007 fue de 191.852, los pacientes otorrinolaringológicos representaron el 0,219% del total durante el periodo estudiado.

Los Criterios de Inclusión de los pacientes fueron: Que se tratara de pacientes que sufrieran lesiones violentas, desde la perspectiva médico-legal, lo que incluía a los lesionados con patología traumática, los que presentaban cuerpos extraños en el área ORL que precisaran tratamiento inmediato y algún caso excepcional como lesiones químicas por ingesta de cáusticos, heridas por arma blanca a nivel del cuello, etc.

Los criterios de exclusión, nos han llevado a desechar los casos en los que la necesidad de asistencia urgente era por causas naturales y sin intervención de mecanismos ajenos y externos a la persona.

La fuente de la que hemos obtenido directamente los datos ha sido la Hoja de Asistencia que se cumplimenta en el Servicio de Urgencias, donde constan los datos del lesionado y la asistencia prestada. Estos datos han sido recogidos por nosotros al día siguiente de cada asistencia.

Las variables recogidas han sido:

1. SEXO,

Codificándose como:

Mujer: 1

Varón: 2

2. EDAD,

Codificándose como:

0-4

5-9

10-14

15-19

20-24

25-29

30-34

35-39

40-44

45-49

50-54

55-59

Mayores de 60

3. PROCEDENCIA Y DOMICILIO

En este apartado se constata el lugar geográfico del que procede el paciente,

Codificándose como:

Alicante: 1

Barcelona: 2

EEUU: 3

Francia: 4

Granada: 5

Jaén: 6

Madrid: 7

Murcia: 8

4. FECHA EN QUE SE PRESTA LA ASISTENCIA

Este dato permite calcular la incidencia mensual.

Codificándose como:

Enero: 1

Febrero: 2

Marzo: 3

Abril: 4

Mayo: 5

Junio: 6

Julio: 7

Agosto: 8

Septiembre: 9

Octubre: 10

Noviembre: 11

Diciembre: 12

5. ESPACIO HOSPITALARIO DONDE SE PRESTA LA ASISTENCIA

En el área de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca se dispone de una consulta específica para la atención de los pacientes otorrinolaringológicos (Box, nº 12), lo que facilita una asistencia más personalizada y ágil, ya que los pacientes se pasan directamente a dicho Box, cuando en la primera exploración urgente se verifica la presencia de Cuerpos extraños, o Traumatismos en áreas anatómicas propias de la especialidad.

El Box de ORL está dotado con el instrumental necesario para el tipo de urgencias propias de la especialidad, cuenta así con fotóforo, microscopio, fibroscopio, rinoscopio, diferente tipos de pinzas..., y de los productos que se emplean como anestesia local, equipo de curas, etc.

En el caso de los cuerpos extraños la extracción dependerá del tipo de cuerpo extraño y de su localización, siendo necesario en ocasiones el uso del quirófano.

Cualquier otro tipo de patología recibe el tratamiento que cada caso requiere, recurriéndose cuando es necesario a la cirugía en quirófanos y al instrumental más específico.

En general podemos decir, desde nuestra experiencia personal que hemos dispuesto del material necesario en cada caso de los que componen nuestra muestra de pacientes y que es el habitual del que disponemos los especialistas en ORL en los hospitales de tercer nivel.

6. ANTECEDENTES PERSONALES

En la historia clínica, la alergia a medicamentos, enfermedades anteriores, intervenciones quirúrgicas y hábitos tóxicos constituyen una información básica y necesaria para que el facultativo pueda evaluar y seleccionar el tratamiento a prescribir. Los antecedentes clínicos condicionan aspectos tan importantes como el tipo de anestesia, factor clave si tenemos en cuenta que los pacientes se hallan en el Servicio de Urgencias, así como el tratamiento de choque y evolución del paciente. Por ello, también se recoge este dato en nuestros pacientes.

Codificándose como:

Alergias medicamentosas: 0

Sin interés: 1

Enfermedades previas: 2

Quirúrgicos: 3

Hábitos tóxicos: 4

7. ETIOLOGÍA MÉDICO-LEGAL

Este dato constata si se ha tratado de una lesión accidental, de naturaleza intencional u homicida (agresiones) o de naturaleza suicida.

Codificándose como:

Accidente casual o accidental: 1

Accidente deportivo: 2

Accidente laboral: 3

Accidente de tráfico: 4

Agresión: 5

Autolesión: 6

8. NATURALEZA DE LA LESIÓN

En este apartado recogemos el motivo por el que el paciente solicita la asistencia médica, lo cual nos lleva a determinar la naturaleza de la lesión. Observando estos datos, hemos encontrado a las lesiones agrupadas en tres entidades clínicas:

1. Los Cuerpos extraños
2. Los Traumatismos
3. Otras lesiones. Un pequeño grupo que engloba lesiones tales como: ingestión cáustica, heridas por arma blanca a nivel del cuello, etc.

Dentro de este apartado se ha considerado de interés médicolegal analizar el tipo de Cuerpos extraños y su localización. Igualmente, respecto a los Traumatismos hemos recogido su localización, diferenciando: acústicos, cervicales, faciales, labio-lengua, nasal, ótico, paladar y del pabellón auditivo.

Dentro de este apartado de naturaleza de la lesión hemos codificado:

No existencia de cuerpo extraño: No: 0

Existencia de cuerpo extraño: Sí: 1

También dentro de este apartado hemos distinguido el área anatómica en la que asentaba el Cuerpo extraño (Área anatómica afectada), codificándose como:

CE Fosa nasal: 1

CE oído: 2

CE orofaríngeo: 3

Traumatismos del área ORL: 4

Otra clasificación ha sido atendiendo a los tipos de cuerpos extraños encontrados codificándose como:

No Cuerpo Extraño (Sensación de cuerpo extraño sin hallazgo, traumatismos y otras lesiones).

“No relacionados”: 0

Animados: 1

Inanimados: 2

9. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Estas generalmente se han realizado previamente al tratamiento, bien para confirmar el diagnóstico de sospecha o para precisar la localización del tratamiento y la modalidad de este.

Codificándose como:

Ninguna: 0

Microscopio: 1

Laringoscopia indirecta: 2

Fibroscofia: 3

Radiografías: 4

Analítica: 5

TAC cervical: 6

Preoperatorio: 7

Esofagoscopia: 8

No quiere Radiografías por embarazo: 9

10. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Siendo éste el que se realiza tras exploraciones y pruebas complementarias.

Codificándose como:

DIAGNÓSTICO
CE OIDO IZQUIERDO
ESPINA EN BASE DE LENGUA
ESPINA EN AMIGDALA IZQUIERDA
PERFORACIÓN TIMPÁNICA
SENSACION DE CE OROFARINGEO
CE EN FOSA N DRCHA
INGESTA DE LEJIA O CAÚSTICOS
FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DESPLAZADA
CE EN FOSA N IZQUIERD
ESPINA EN AMIGDALA DERCHA
TRAUMATISMO OTICO TRAS LAVADO, PISCINA
C.EXTRAÑO EN OIDO DERECHO
FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NO DESPLAZAD
HEMATOMA SEPTAL
BAROTRAUMA
CONTUSIÓN ÓTICA
CONTUSIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
C.ETRAÑO EN BOCA DE KILLIAM
CONTUSIÓN NASAL
CONTUSIÓN NASAL Y H-I-C
C.EXTRAÑO EN VALLÉCULA
C.ETRAÑO EN AMBOS OIDOS
TRAUMATISMO CERVICAL
ATRAGANTAMIENTO

C.EXTRAÑO EN PARED FARINGEA
FX DE PARED DE ÓRBITA Y ENFISEMA
DESGARRO DE FRENILLO, PALADAR
ATRAGANTAMIENTO

Al ser tan alto el número de categorías se hace una Recodificación, al objeto de agrupar los datos.

- CE oído izquierdo: 1
- Espina en base de lengua en área ORL: 2
- Perforación timpánica: 3
- Sensación de CE orofaríngeo: 4
- Ingesta de lejía o cáusticos: 5
- Fractura de huesos propios desplazada: 6
- Contusión de pabellón auricular: 7
- Traumatismo cervical: 8
- Fractura de pared de órbita y enfisema: 9
- Desgarro de frenillo, paladar: 10

11. TRATAMIENTO ADMINISTRADO

Considerando desde la perspectiva médico-legal si se trató de tratamiento médico o de tratamiento quirúrgico, importante matiz en la calificación jurídica de la lesión y referido a la actuación hospitalaria por parte del equipo asistencial.

MODO DE EXTRACCIÓN
NINGUNO
MICRO-PINZA
PINZA-FOTOFORO
ESPATULA- MICRO
REDUCION A. LOCAL-PRESION DIGITAL
RINOSCOPIA-ESPATULA
MICRO-ASPIRADOR
LAVADO OTICO
EXTRAC DE HEMATOMA A LOCAL
REDUCION DE FX EN QUIRÓFANO
ESOFAGOSCOPIA
TAPONAMIENT -SUTURA
SUTURA HERIDA I-C
RINOSCOPIA- PINZA A LOCAL
MB HEIMLICH

ENDOSCOPIA ANESTESIA GENERAL
FIBROSCOPIA DE CANAL
HERIDA CERVICAL-LESIONES DE VASOS

Al ser tan numeroso el tratamiento se realiza una recodificación, al objeto de agrupar los datos.

Codificándose como:

Ninguno: 0

Micro-pinza: 1

Pinza-fotóforo: 2

Reducción anestesia local-presion digital: 3

Rinoscopia-espátula: 4

Reducción de fractura en quirófano 5

Esofagoscopia: 6

Taponamiento-sutura: 7

Mb heimlich: 8

Herida cervical-lesiones de vasos: 9

12. OBSERVACIÓN DOMICILIARIA

Se trata de un tratamiento de observación y de seguimiento de la evolución de la lesión hasta su curación

Codificándose como:

Observación: 1

Antiinflamatorios: 2

No mojar el oído: 3

Antiinflamatorios-antibióticos: 4

Gotas óticas: 5

13. ELABORACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

Este apartado se corresponde con una segunda parte de este trabajo, con un enfoque médico-legal específico. El hacer el Parte de Lesiones es un criterio de calidad de la asistencia prestada, y cumplir con las consecuencias médico-legales, al ser este un documento obligado en los casos de lesiones violentas.

Codificándose como:

No: 0

Si: 1

14. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES

Es un apartado complementario del anterior y en el que valoramos, en el caso de que se haya cumplimentado el Parte de Lesiones, la calidad formal y de contenidos del mismo. Para objetivar este dato lo hemos valorado en una puntuación de 1 a 5, considerando que un Parte de Lesiones, para que sea completo y acorde con su finalidad médica y legal, como expusimos en la Introducción, debe contener una serie de datos que recordamos tienen que ser: los correspondientes al médico que presta la asistencia; los datos del lesionado; la naturaleza de las lesiones, el tratamiento aplicado ya sea médico y/o quirúrgico, el lugar al que pasa el lesionado, tras la asistencia, y por último el mecanismo de producción de las lesiones y su posible etiología (accidental, agresión, autolesión, etc.) según lo que refiera el lesionado o los acompañantes.

Los Partes de lesiones tienen los siguientes apartados: Datos del lesionado. Datos del médico. Tratamiento aplicado. Lugar al que pasa el lesionado. Mecanismo de producción de las lesiones.

Así los Partes de Lesiones, atendiendo al grado de cumplimentación de estos cinco apartados podrán tener una puntuación de 1 a 5 puntos, y se califica como de grado:

“Alto” (4-5 puntos)

“Medio” (2-3 puntos), si falta uno-dos de dichos criterios

“Nulo” cuando tenga sólo (0-1)puntos.

15. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dentro de esta parte de la Tesis comprobamos otra exigencia médico-legal de la asistencia sanitaria: Cumplir con el deber de proporcionar información al paciente o a sus familiares y obtener el consentimiento para la actuación médica. Este acto médico se concreta en el llamado Consentimiento Informado, que en muchos casos debe quedar plasmado como documento escrito específico. Cuando se realiza de forma verbal, debe quedar constancia en escrita en la Historia Clínica del paciente, mediante la anotación del médico indicando que se ha cumplido con este deber.

En la información, como se indicó en la introducción, se explicaría todo lo relativo a la patología que padece el paciente; las soluciones terapéuticas con sus riesgos y beneficios y, en los casos en que hay varias alternativas, el paciente puede elegir la que considere más favorable de entre estas.

Puesto que la gran mayoría de nuestros pacientes requirieron tratamiento con cierto riesgo, la hipótesis nuestra era la existencia de Consentimiento Informado en la gran mayoría de los casos y su adecuado contenido. Por ello, en este apartado de nuestro trabajo lo que hacemos es la constatación de la existencia o no del documento. El resultado lo exponemos y valoramos en el apartado de Resultados y Discusión de este trabajo.

Codificándose como:

No: 0

Si: 1

V . 2. MÉTODO ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos han sido analizados en la Sección de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, por el profesor Juan de Dios Luna del Castillo. Para ello se ha utilizado un ordenador INVES PENTIUM, mediante el programa estadístico de Microsoft Excell.

Los datos cualitativos se expresan en forma de frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizan comparaciones entre las distintas variables utilizando el método estadístico de Chi cuadrado.

Con el objeto de cubrir los objetivos de la tesis se llevó a cabo un análisis estadístico que se puede resumir en los siguientes pasos:

1º) Un análisis descriptivo de cada una de las variables atendiendo fundamentalmente a la distribución de frecuencias de ellas y a las medidas básicas de resumen (media, desviación típica, etc...) cuando fue necesario.

2º) Estudio de la asociación entre cada una de las variables y las variables de respuesta (realización del parte de lesiones y el valor del documento) empleando el Test exacto de

Fisher para tablas rxs para cada una de las tablas de contingencia oportuna. Cuando en las tablas no se ha podido utilizar el test de Fisher se ha recurrido al test de Crossbab.

3º) Con objeto de construir un modelo explicativo para cada una de las dos variables de respuesta, se llevó a cabo, tras convertir tales variables en binarias, dos análisis con regresión logística. El primer análisis se hizo en lo que se llama un modelo no ajustado (aquel en el que las variables se enfrentaban una a una con cada una de las variables de respuesta) y un modelo ajustado en el que se introdujeron en el modelo final todas aquellas variables que daban alguna explicación adicional sobre las variables de respuesta; el método empleado para construir este modelo ajustado fue el paso a paso ascendente con probabilidad de entrada de 0,20. En todos los casos el interés se centró en las Odds ratio de cada una de las variables y en sus intervalos de confianza.

Los contrastes de hipótesis se declararon significativos para $P < 0,05$.

El paquete estadístico empleado fue Stata 10.1.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Expondremos los resultados de nuestro trabajo con la correspondiente discusión de aquellos que merezcan un comentario.

Esta exposición la dividiremos en los bloques que tiene nuestro trabajo, atendiendo a los objetivos que nos habíamos marcado.

En el primero abordaremos el estudio y clasificación de las lesiones otorrinolaringológicas asistidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital General de Especialidades (Virgen de la Arrixaca de Murcia), a lo largo del año 2007. Esta clasificación la haremos atendiendo a la naturaleza de las lesiones y estableciendo correlaciones con diversas variables epidemiológicas.

En el segundo bloque abordamos un objetivo de carácter médico-legal y tiene dos partes importantes y diferenciadas: El Parte de Lesiones y el Consentimiento Informado.

En este segundo bloque pretendemos comprobar el grado de conocimiento, y cumplimiento consecutivo, de las obligaciones médico-legales implicadas en la asistencia sanitaria urgente.

Por un lado, como expusimos en la Introducción, las lesiones que tienen un origen externo o violento deben ser investigadas judicialmente para lo cual, el médico que asiste al lesionado tiene el deber legal de redactar el Parte de Lesiones, para poner en conocimiento judicial la asistencia prestada y el motivo de la misma.

Ya expusimos los apartados que debe contener y los datos que son necesarios para que este documento sea útil y eficaz a los fines previstos.

En esta primera parte expondremos los datos resultantes del análisis de los Partes de Lesiones examinados en nuestra casuística.

En segundo lugar comprobaremos el conocimiento y cumplimiento legal del deber de informar y obtener el consentimiento de los pacientes que se someten a un procedimiento asistencial de cierta envergadura. Para ello, el documento médico-legal que hemos examinado es el Consentimiento Informado. Este es un derecho de los pacientes, y en el mismo se le

ofrecen las alternativas terapéuticas para que este pueda elegir y dar así su consentimiento a la actuación médica. También está establecido que contenga unos apartados y unos requisitos que le den validez legal y ética.

Encontraremos pues en este segundo bloque dos apartados. 1. Parte de Lesiones y su valoración cualitativa y 2. Consentimiento Informado

VI. I. ESTUDIO MÉDICOLEGAL DE LAS LESIONES

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Los resultados expuestos en esta Tesis los hemos organizado siguiendo un análisis descriptivo de los datos obtenidos de los 422 pacientes y la asociación entre variables. Como hemos dicho, los datos proceden de pacientes atendidos, de Urgencia, por lesiones de naturaleza violenta en el Servicio de ORL del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia a lo largo del año 2007.

VI. I. 1. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y SEXO DE LOS PACIENTES

Del número total de pacientes fue de 422, 178 fueron mujeres, lo que representa el 42,18% y 244 hombres que suponen el 57,82% (Figura 1) en contra de lo recogido en algunos estudios en los que predominan los hombres, ya que estos estudios se referían a los Partes de Lesiones emitidos en el Servicio de Urgencias, pero referidos a todas las asistencias prestadas, mientras que nuestros pacientes son presentaban específicamente patología ORL (84).

El hecho de que predominen los varones sobre las mujeres, aun sin llegar a la significación estadística, lo asociamos a que los traumatismos nasales han sido las lesiones más frecuentes; dándose la circunstancia de que estas lesiones, como es conocido, son consecuencia de golpes sobre cara y nariz en el curso de riñas, peleas y agresiones físicas, más frecuentes entre hombres que entre mujeres.

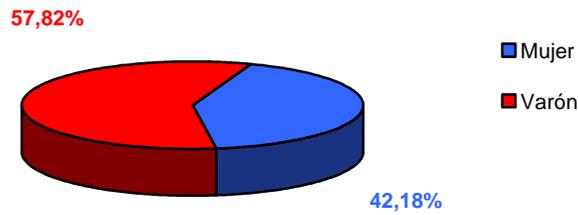


Figura 1: Porcentaje de la distribución de pacientes por sexo

Tabla 1. Chi cuadrado entre las lesiones ORL y sexo de los pacientes

Sexo del paciente	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Mujer	178	42,18	42,18
Varón	244	57,82	100
Total	422	100	

VI. I. 2. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y EDAD DE LOS PACIENTES

Los diferentes grupos de edad abarcan desde niños recién nacidos hasta pacientes mayores de 60 años. La distribución la hemos hecho en nueve grupos de edades comprendidas entre: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 y mayores de 60 años.

El grupo más numeroso de pacientes se sitúa en los niños de edades comprendidas entre 0 y 4 años, constando este grupo de 96 pacientes, lo que representa el 22,80% de la muestra. Este resultado se recoge en la Figura 2.

Esta abundancia de niños en la muestra pone de manifiesto la importancia de disponer en el Servicio de ORL de personal especializado en las patologías urgentes de la población infantil, ya que como se observa en la figura, constituyen un cuarto de las asistencias médico-quirúrgicas ORL prestadas en el Servicio de Urgencias. Estos datos son independientes de la asistencia a consulta. Es de destacar que la frecuencia de lesiones ORL en la edad infantil se produce a expensas de los Cuerpos extraños, sobre todo en fosas nasales y en oído, paralelas a juegos y actividades diversas lo que hace de esta eventualidad una consulta diaria.

Otros grupos de edad muy señalados en dicha asistencia están integrados por los pacientes de los grupos de edad comprendidos entre los 20-29 años, con 65 pacientes, y entre los 30-39 años, que cuenta con 56, marcando dos picos importantes.

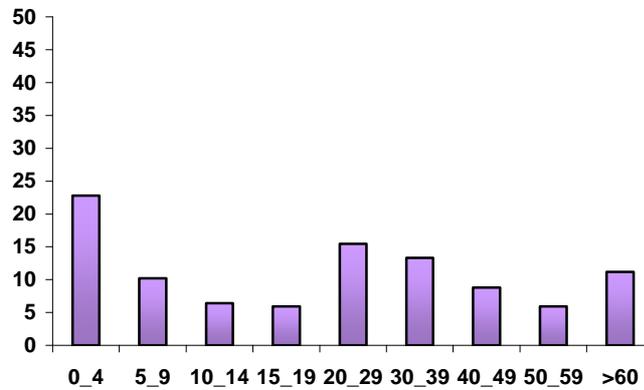


Figura 2. Porcentaje de la distribución de las lesiones ORL por edad

Tabla 2. Chi cuadrado entre las lesiones ORL y la edad de los pacientes

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
0-5	96	22,80	22,80
5-10	43	10,21	33,02
10-15	27	6,41	39,43
15-20	25	5,94	45,37
20-30	65	15,44	60,81
30-40	56	13,30	74,11
40-50	37	8,79	82,90
50-60	25	5,94	88,84
Más de 60	47	11,16	100
Total	421	100	

VI. I. 3. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES

El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, recibe pacientes de las distintas poblaciones de la Región de Murcia al considerarse un hospital de referencia. Como se puede observar en la Figura 3, los pacientes murcianos fueron 407, lo que representa el 96,91% de las atenciones prestadas en el Servicio de Urgencias.

No obstante, los resultados reflejan que existe una población foránea de 3,9% que representa a aquellos pacientes que siendo de otras provincias requieren asistencia por encontrarse, cuando sufren la lesión, en la región de Murcia y próximos a nuestro Hospital.

Cabe destacar que Murcia es una de las regiones españolas que más ha incrementado su población como consecuencia de la inmigración, fundamentalmente dedicada a la agricultura y al sector servicios. Lamentablemente en este estudio no se ha podido reflejar esta circunstancia debido a que la información recogida en la historia clínica sitúa como domicilio el padrón municipal del paciente, y no el país de origen.

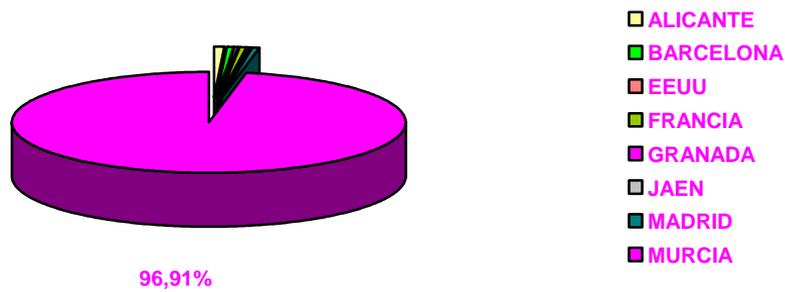


Figura 3. Porcentaje de la distribución de las lesiones ORL según la procedencia geográfica

Tabla 3. Chi cuadrado de las lesiones ORL y la procedencia geográfica de los pacientes

Provincia	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Alicante	3	0,71	0,71
Barcelona	3	0,71	1,43
EEUU	1	0,24	1,66
Francia	2	0,48	2,14
Granada	1	0,24	2,38
Jaén	1	0,24	2,61
Madrid	2	0,48	3,09
Murcia	40.8	96,91	100
Total	421	100	

VI. I. 4. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS E INCIDENCIA POR MESES.

Cuando estudiamos la distribución, por meses, de las asistencias médicas ORL urgentes, observamos en la Figura 4, que es relativamente homogénea durante los primeros siete meses del año: En Enero se atendieron 24 pacientes (el 5,69%); en febrero fueron 13 (el 3,08%), en marzo las asistencias fueron 21 (el 4,98%), en abril los pacientes fueron 30 (el 7,11%); destacando el mes de mayo, con 71 de los casos, lo que supone una incidencia del 16,82%; en junio solicitaron asistencia 27 pacientes (el 6,40%); en julio los pacientes fueron 24 (el 5,69%); en agosto se atendieron 46 pacientes (10,90%); en septiembre la cifra fue de 47

(el 11,14%,.); en octubre fueron 42 (el 9,95%); en noviembre fueron 39 (el 9,24%) y en diciembre 38, (el 9%).

A la vista de estos resultados, y de su falta de significación estadística, se puede inferir que la asistencia prestada desde el Servicio de Urgencias por lesiones violentas otorrinolaringológicas (sobre todo traumatismos o presencia de cuerpos extraños) es independiente de la época o estación del año.

En el Servicio de Urgencias del Hospital donde hemos realizado nuestro estudio las asistencias prestadas guardaron una distribución homogénea, lo que no sucede con nuestros pacientes otorrinolaringológicos, asistidos por lesiones violentas. En las urgencias generales durante el 2007 la distribución por meses fue más homogénea que en nuestros pacientes otorrinolaringológicos de tal forma que en enero se atendieron 17,196 pacientes, en febrero 15,240, en marzo 16,041, en abril 16,050, en mayo 16,703, en junio 15,957, en julio 15095, en agosto 14,483, en septiembre 15,330, en octubre 16,549, en noviembre 15,764 y en diciembre 17,444 con un total ya comentado en el apartado anterior de 191,852 de pacientes. En hecho de que en mayo aumentaran nuestras asistencias no sabemos a que atribuirlo, ya que al revisarlo hemos encontrado que aumentaron todos los tipos de lesiones, cuerpos extraños y traumatismos.

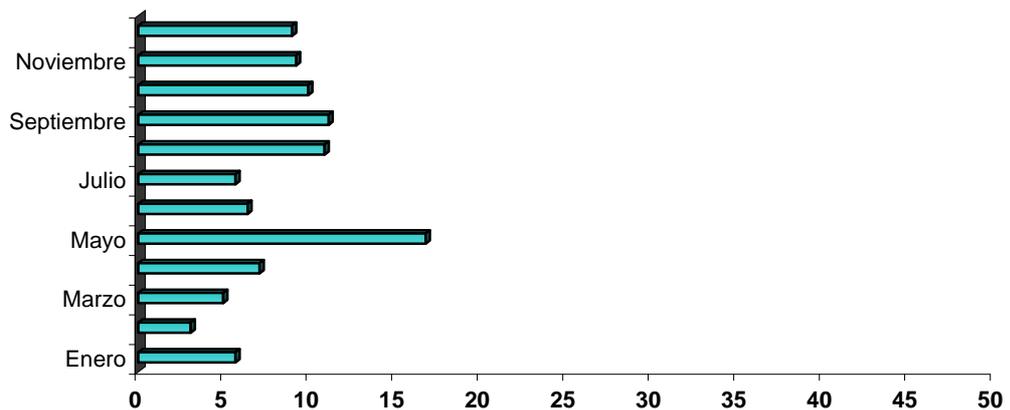


Fig. 4. Porcentaje de la distribución de las lesiones ORL de la incidencia por meses

Tabla4. Chi cuadrado de las lesiones ORL y incidencia por meses

Mes	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
1	24	5,69	5,69
2	13	3,08	8,77
3	21	4,98	13,74
4	30	7,11	20,85
5	71	16,82	37,68
6	27	6,40	44,08
7	24	5,69	49,76
8	46	10,90	60,66
9	47	11,14	71,80
10	42	9,95	81,75
11	39	9,24	91,00
12	38	9,00	100
Total	422	100	

VI. I. 5. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

En este apartado se recogen los antecedentes personales, dato de interés para la valoración del tratamiento a administrar.

Esta información es un requisito imprescindible para la adecuada praxis del facultativo.

En la Figura 5 se muestra como en la mayoría de los pacientes, exactamente 301 pacientes, que representan el 71,33%, no se encontraron antecedentes de interés.

Este hecho lo basamos en las siguientes razones: 1) En el Servicio de Urgencias, cuando acude el especialista, el paciente ha sido ya entrevistado y explorado por el médico de guardia, que canaliza la asistencia, en nuestro caso hacia el otorrinolaringólogo: éste atiende al paciente, en general, con rapidez y yendo directamente al problema y a su solución, dejando en segundo plano una segunda anamnesis en la que entrarían los antecedentes. Sólo en casos necesarios insistirían en esta cuestión. 2) Otra de las causas de esta situación puede deberse al hecho de la gran cantidad de pacientes infantiles que componen la muestra, la mayoría de los cuales no han padecido enfermedades relevantes, ya que las propias de la infancia (rubéola, sarampión, varicela etc...) no se recogen en las historias clínicas de Urgencias.

Sin embargo, cabe reseñar que en un 29,66% de los casos, sí constan antecedentes personales, dato que se debe considerar ya que supone que se recogieron datos de interés sobre las enfermedades o las cirugías previas y/o en los hábitos tóxicos.

En la Figura 5 se observa como en 60 casos, que representan el 14,22% de la muestra los antecedentes fueron enfermedades como hipertensión, diabetes... En 32 casos, el 7,58% de la muestra los antecedentes fueron de tipo quirúrgico. En 24 casos, el 5,69% de los pacientes se anotaron antecedentes alérgicos, muy importantes cuando se va a administrar un tratamiento farmacológico o una anestesia, aunque sea de tipo local. Por último los antecedentes tóxicos (fundamentalmente alcohol...) fueron positivos en 5 casos lo que se corresponde con el 1,18% de los pacientes.

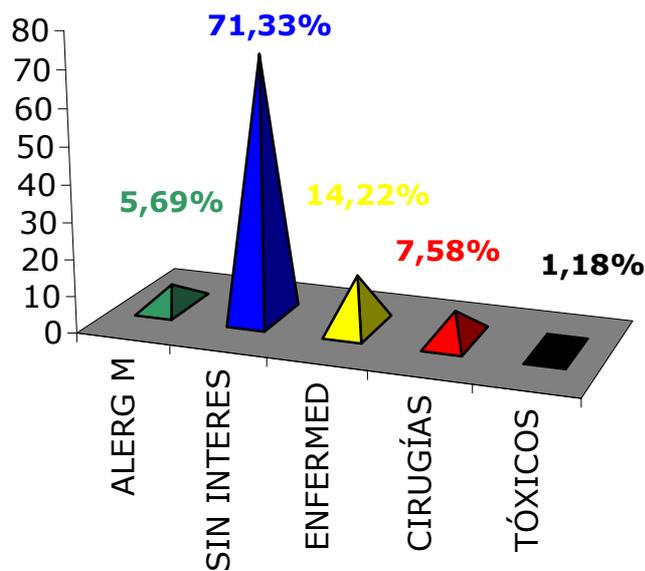


Fig 5. Porcentaje de la distribución en las lesiones ORL y de los antecedentes personales

**Tabla 5. CHI cuadrado entre las lesiones ORL
y antecedentes personales**

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Alergias	24	5,69	569
Sin interés	301	71,33	77,01
Enfermedades	60	14,22	91,3
Quirúrgicos	32	7,58	98,82
Hábitos tóxicos	5	1,18	100
Total	422	100	

VI. I. 6. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y ETIOLOGÍA MÉDICO-LEGAL DE LA LESIÓN

Al igual que sucede con el resto de especialidades, cuando un paciente llega al Servicio de Urgencias, la asistencia se deriva atendiendo en función de la causa del incidente, lo que se clasifica en una primera consulta.

Ya expusimos que la etiología hace referencia al origen fortuito o intencional de la lesión. En este contexto existen lesiones accidentales dentro de las cuales destacamos los accidentes de tráfico, los accidentes deportivos, los accidentes laborales y las lesiones casuales ocurridas en cualquier ambiente, incluido el domestico o el escolar. Junto a esto, las lesiones de carácter homicida constituidas generalmente por agresiones, y las autolesiones o lesiones en las que la persona dirige contra si misma la acción agresiva.

Como muestra la Figura 6, en 337 pacientes de nuestra muestra, lo que representa un 79,86% de los casos, las lesiones se produjeron de forma accidental lo cual coincide con el hallazgo de otros autores, y de lo que en realidad sucede en la práctica (85); correspondiendo a los accidentes de trabajo un 2,13% de ellos. En el 19.14% restante de la casuística, en 43 de los pacientes, lo que supone un 10,03%, la etiología fue homicida al estar producida por una agresión. Las autolesiones suponen el 1,42% de la muestra, afectando a 6 de los pacientes atendidos. Por último los accidentes laborales sufridos por 9 pacientes lo que se corresponde con el 2,19% de todos los pacientes, y los accidentes deportivos en número de 10 casos que suponen un 2,37%.

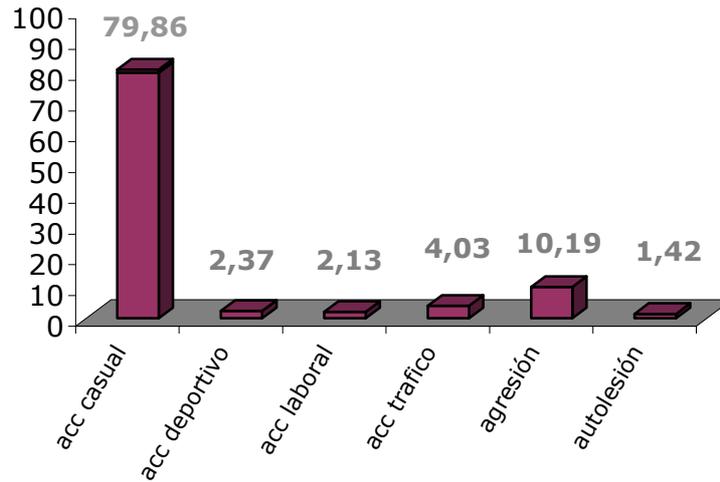


Figura 6. Porcentaje de la distribución de las lesiones ORL y la etiología médico-legal

Tabla 6 . Chi cuadrado entre de las lesiones ORL y la etiología medicolegal de la lesión

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Acc. casual	337	79,86	79,86
Acc. deportivo	10	2,37	82,23
Acc. laboral	9	2,13	84,36
Acc. tráfico	17	4,03	88,39
Agresión	43	10,19	98,58
Autolesión	6	1,42	100
Total	422	100	

VI. I. 7. NATURALEZA DE LA LESIÓN

La naturaleza de la lesión hace referencia al tipo de lesión por la que se solicita la asistencia. Desde la perspectiva medicolegal se diferencian: Las contusiones, las heridas incisivas (arma blanca, cristales, metales...), punzantes, por arma blanca, por arma de fuego, y otras más excepcionales.

En este trabajo, al agrupar las lesiones por su naturaleza hemos decidido diferenciar tres categorías, atendiendo a la frecuencia con que han aparecido, y a su entidad clínica-asistencial.

Hemos distinguido así:

Cuerpos extraños, Traumatismos y Otras lesiones.

VI. I. 7. 1. NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS

En este apartado vamos pues a hacer una primera clasificación condicionada por el hecho de haber solicitado asistencia por ser portadores de un Cuerpo extraño o no.

Ya hemos explicado que la frecuencia con que hemos encontrado esta patología nos ha hecho ver su carácter propio, respecto al resto de las lesiones. Igual ha sucedido con los Traumatismos.

Los resultados se exponen en la Figura 7, que muestra que 241 pacientes necesitaron asistencia por ser portadores de un cuerpo extraño. Estos representaron el 56,4% de los casos. El 43,6% restante no padecieron esta eventualidad.

En la Figura 7 se representa el porcentaje de pacientes que presentaron Cuerpo extraño frente a los que tuvieron otro motivo de consulta o lesión.

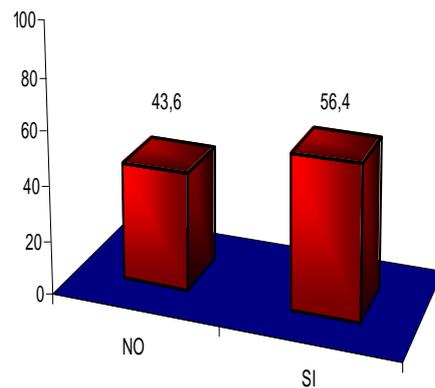


Figura 7. Porcentaje de la distribución de la presencia de Cuerpos extraños como naturaleza de la lesión

Tabla 7. Chi cuadrado de la presencia de cuerpos extraños.

Naturaleza de la lesión	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
No	184	43,60	43,60
Si	238	56,40	100,00
Total	422	100	

VI. I. 7. 1. 1. CUERPOS EXTRAÑOS: LOCALIZACIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO (AREA ANATÓMICA AFECTADA).

El siguiente paso ha sido la clasificación atendiendo al área anatómica en la que se ha alojado el cuerpo extraño.

Para que el cuerpo extraño se aloje en el organismo y constituya un problema que necesita ayuda especializada es necesaria su introducción por un orificio natural, a través del cual progresa hasta un nivel de “no retorno”. Cuando la vías de entrada es la vía digestiva y este progresa hasta el estomago se puede eliminar, en la gran mayoría de los casos por la misma vía digestiva baja. No sucede así cuando se encalla en orofaringe o vía digestiva alta, originando, incluso una reacción inflamatoria que necesitará, de tratamiento complementario al de extracción propiamente dicha. Otras vías ORL como el oído también pueden prestarse a complicaciones y la extracción no siempre esta exenta de riesgos.

En la Figura 8 se exponen las localizaciones anatómicas de los Cuerpos extraños, encontrando que en 128 casos, lo que representa un 30,33% de la muestra, se alojaron en el área orofaríngea. El 12,09% se corresponde con los 51 casos de Cuerpos extraños en fosa nasal y 62 pacientes lo que supone 14,69% con cuerpos extraños en oído. Este resultado no coincide con el de otros autores que encuentran mayor frecuencia en la FND, cuando se trata de pacientes infantiles, asociándolo al hecho de que los niños son mayoritariamente diestros (86).

Si ponemos esta localización en relación con la edad de los pacientes, nos lleva al hallazgo de que la presencia de cuerpos extraños es mas frecuente en los niños que en los adultos. Recordemos que el 38% de los pacientes que integraban nuestra muestra tenían menos de 10 años, lo que nos lleva a determinar que en los niños es muy frecuente la introducción de cuerpos extraños por la nariz, el oído o la boca.

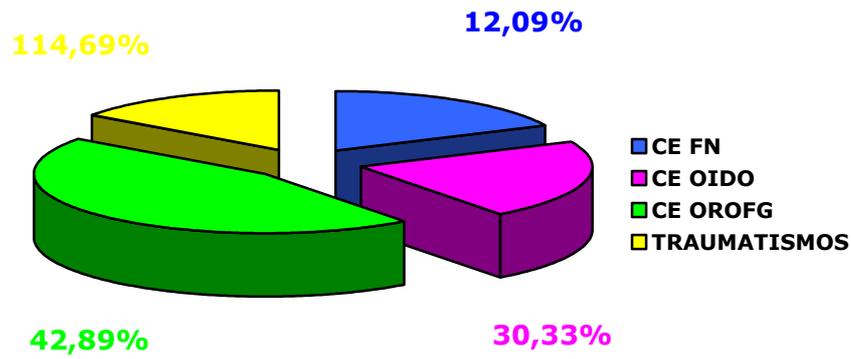


Figura 8. Porcentaje de la distribución según la localización anatómica del cuerpo extraño

Tabla 8. Chi cuadrado de la localización del cuerpo extraño

Localización del C.E.	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
C.E.FN	51	12,09	12,09
C.E.OIDO	62	14,69	26,78
C.E.OO	128	30,33	57,11
Traumatismo	181	42,89	100
Total	422	100	

VI. I. 7. 1. 2. CUERPOS EXTRAÑOS: TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS

La presencia de cuerpos extraños o traumatismos en el área ORL son los criterios de inclusión elegidos para la realización de esta Tesis. En este sentido, las Figuras 9 y 10 muestran las asistencias relacionadas con los Cuerpos extraños, y aquellas que tuvieron otro motivo (traumatismos y otras lesiones).

Junto a estos, hemos considerado la sensación de Cuerpo extraño aunque este concluya sin hallazgo, tras la exploración. Esto suele coincidir con el hecho de que haya existido un Cuerpo extraño que haya transitado generalmente hacia el tubo digestivo dejando una pequeña erosión que causa molestias hasta que la lesión se repara.

A los Cuerpos extraños los hemos calificado como animados e inanimados.

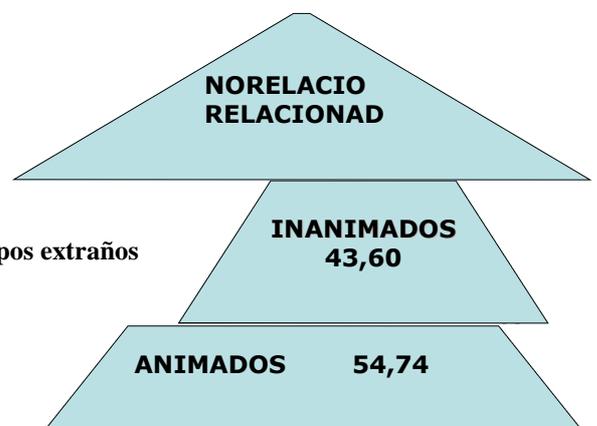


Figura 9. Porcentajes de la distribución de los tipos de Cuerpos extraños

Tabla 9. Chi cuadrado de los Tipos de Cuerpos extraños

Tipos de C.E.	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
No relacionados	184	43,60	43,60
Animados	7	1,66	45,26
Inanimados	231	54,74	100
Total	422	100	

Entre los cuerpos extraños animados destacan los insectos lo cual se da con baja frecuencia (en 6 de nuestros casos). Entre los cuerpos extraños inanimados y teniendo en cuenta el grupo tan importante de niños que han acudido a nuestras urgencias se observan los más inverosímiles artilugios que van desde el simple bastoncillo de los oídos hasta material de papelería, aseo, juguetes, bisutería, monedas, chucherías ect... lo que se aprecia en la foto 3.

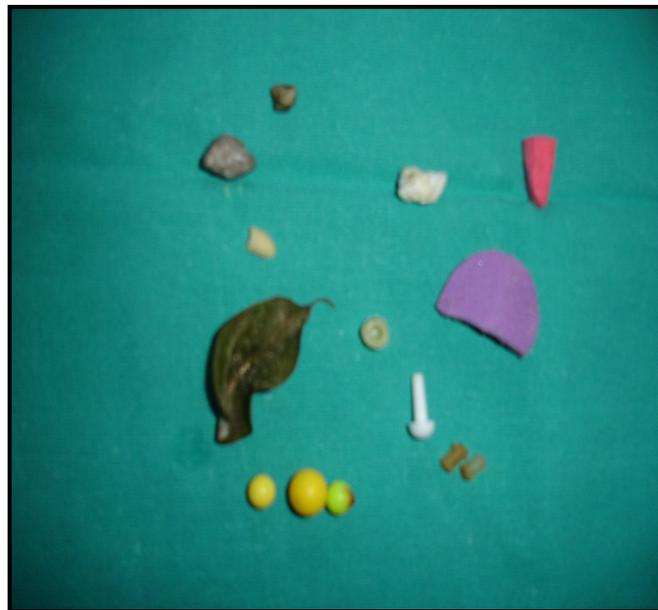


foto 3: cuerpos extraños extraídos

Los cuerpos extraños animados suponen tan sólo 7 casos, el 1,66% de la muestra y los inanimados 231 el 54,74%. Lo más frecuente en nuestra casuística han sido las espinas de pescado en los niños, hallazgo que no coincide con lo encontrado por otros autores que refieren como cuerpo extraño más habitual las monedas, mientras que en nuestra casuística solo hubo un caso de moneda localizada en faringe (87).

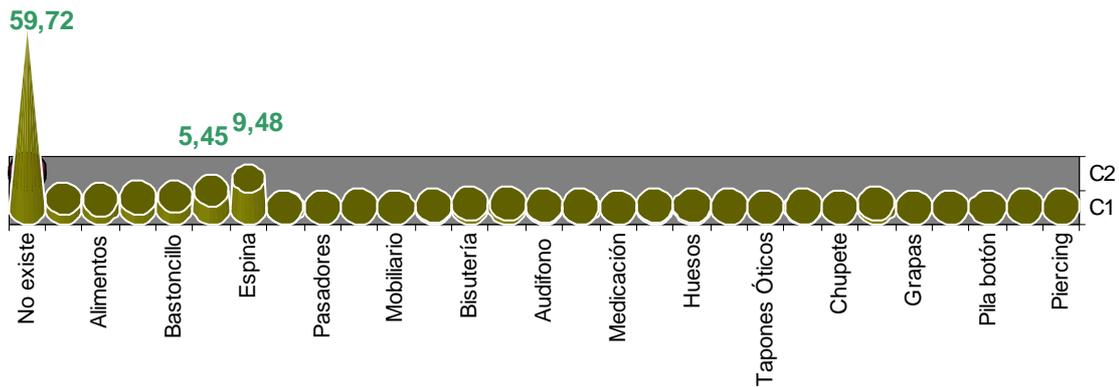


Figura 10. Porcentajes de la distribución de los distintos tipos de Cuerpos extraños

VI. I. 7. 2. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS: TRAUMATISMOS

Los traumatismos han sido también frecuentes, apareciendo como contusiones consecutivas a golpes bien con la mano (el puño cerrado) o el golpe con algún objeto contundente.

La localización nasal del traumatismo ha estado presente en 184 pacientes lo que ha representado el 43,60%, de los casos, siendo la mayoría de ellos de naturaleza accidental y de localización nasal, ya que anatómicamente la nariz hace prominencia, siendo la primera superficie de la cara que se encuentra con el objeto o agente vulnerante. Esto coincide con otros estudios similares al nuestro, encontrando los autores la misma explicación (88).

- Perforaciones timpánicas 19 casos lo que supone el 4,50% de los pacientes.
- Barotraumas de oído 2 casos el 0,47%.
- Traumatismo ótico tras lavado 1 caso el 0,24%.
- Contusión ótica 16 casos el 3,79%.
- Contusión del pabellón auricular 4 casos el 0,95%.
- Fractura de huesos propios desplazada 34 casos el 8,06%.
- Fractura de huesos propios no desplazada 33 casos el 7,82%.
- Contusión nasal 42 casos el 9,95%.

- Contusión nasal más herida inciso contusa 15 casos el 3,55%.
- Hematoma septal 3 casos el 0,71%.
- Traumatismo cervical 5 casos el 1,18%.
- Fractura de pared de la órbita y enfisema periorbitario en 8 casos el 1,90%.
- Desgarro de frenillo o paladar 2 casos 0,47%

Sumando todos ellos resulta el total de los 184 casos descritos anteriormente

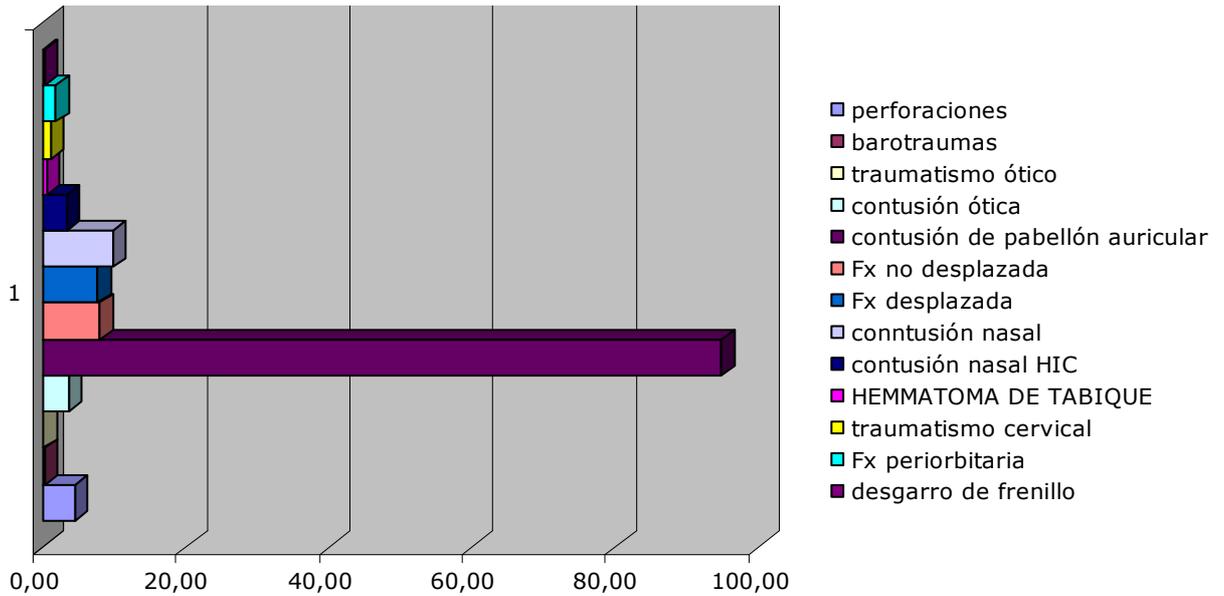


Figura 11: Porcentaje de la distribución de los traumatismos

Tabla 11: Porcentaje de traumatismos

Traumatismos	Porcentajes	Casos
Perforaciones timpánicas	4,50%	19
Barotraumas	0,47%	2
Traumatismo ótico	0,24%	1
Contusión ótica	3,79%	16
Contusión del pabellón auricular	0,95%	4
Fractura de huesos propios desplazada	8,06%	34
Fractura de huesos propios no desplazada	7,82%	33
Contusión nasal	9,95%	42
Contusión nasal más herida inciso contusa	3,55%	15
Hematoma septal	0,71%	3
Traumatismo cervical	1,18%	5
Fractura de pared de la órbita y enfisema periorbitario	1,90%	8
Desgarro de frenillo o paladar	0,47%	2
Total		

VI. I. 8. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Entre las pruebas complementarias a las que se podía recurrir en el tratamiento, tanto de los Cuerpos extraños como de los Traumatismos otorrinolaringológicos y del resto de las lesiones contamos con las siguientes: Microscopia, fibroscopia, laringoscopia indirecta, radiografías, TAC y el examen preoperatorio con la analítica general, ECG y Rx de tórax.

Como reflejamos en la Figura 12, entre las pruebas complementarias más utilizadas se encuentran las radiografías y TAC que se utilizaron en 122 pacientes que representaban el 28,91% de los casos. Le siguió la laringoscopia y la fibroscopia (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) muy utilizada para el diagnóstico y tratamiento de los Cuerpos extraños sobre todo espinas de pescado o fragmentos de huesos de localización orofaríngea, esto sucedió en 102 pacientes, el 24,17% de los casos. El microscopio se utilizó para la extracción de Cuerpos del oído en 91 casos, que representaron el 21,56% de la muestra.

Existe un grupo de 78 pacientes que constituyen el 18,48% de la muestra, los cuales no precisaron ninguna prueba complementaria. Y, por último, un grupo de pacientes que en número de 29, representaron un 6,87% de la muestra, y que se corresponden con los que precisaron quirófano y en los que hubo que realizar un estudio preoperatorio de urgencia. Este último grupo de pacientes lo constituye aquel en el que no se pudo realizar la extracción del cuerpo extraño en el box de ORL bien por dificultades técnicas, bien por la temprana edad del paciente y su baja colaboración o bien por la complicada localización del cuerpo extraño.

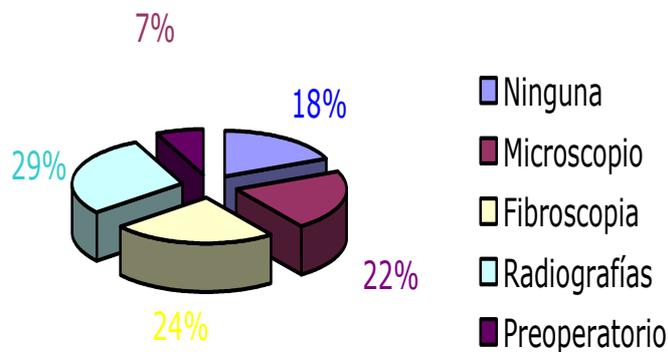


Figura 12. Porcentaje de distribución de lesiones ORL y sus pruebas complementarias

Tabla 12. Chi cuadrado entre las lesiones ORL y las pruebas complementarias

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Ninguna	78	18,48	18,48
Microscopio	91	21,56	40,05
Laringoscopia	102	24,7	64,22
Radiografías	122	28,91	93,13
Preoperatorio	29	6,87	100
Total	422	100	

VI. I. 9 LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El diagnóstico definitivo es el que resulta de las exploraciones y pruebas complementarias realizadas, dando lugar ya a la decisión de un tratamiento u otro.

Tabla 13 sin Recodificar.

DIAGNÓSTICO FINAL	Freq.	Percent	Cum
CE OIDO IZQUIERDO	33	7,82	7,82
ESPINA EN BASE DE LENGUA	19	4,50	12,32
ESPINA EN AMIGDALA IZQUIERDA	10	2,37	14,69
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	19	4,50	19,19
SENSACION DE CE OROFARINGEO	61	14,45	33,65
CE EN FOSA NDRCHA	25	5,92	39,57
INGESTA DE LEJIA O CAÚSTICOS	1	0,24	39,81
FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DESPLAZADA	34	8,06	47,87
CE EN FOSA N IZQUIERD	23	5,45	53,32
ESPINA EN AMIGDALA DERCHA	13	3,08	56,40
TRAUMATISMO OTICO TRAS	4	0,95	57,35

LAVADO, PISCINA CETRAÑ EN OIDO DERECH	29	6,87	64,22
FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NO DESPLAZAD	33	7,82	72,04
HEMATOMA SEPTAL	3	0,71	72,75
BAROTRAUMA	2	0,47	73,22
CONTUSIÓN ÓTICA	16	3,79	77,01
CONTUSIÓN DE PABELLÓN AURICULAR	4	0,95	77,96
CETRAÑ EN BOCA DE KILLIAM	9	2,13	80,09
CONTUSIÓN NASAL	42	9,95	90,05
CONTUSIÓN NASAL Y H-I-C	15	3,55	93,60
CETRAÑ EN VALLÉCULA	2	0,47	94,08
CETRAÑ EN AMBOS OIDOS	1	0,24	94,31
TRAUMATISMO CERVICAL	5	1,18	95,50
ATRAGANTAMIENTO	5	1,18	96,68
CETRAÑ EN PARED FARINGEA	4	0,95	97,63
FX DE PARED DE ÓRBITA Y ENFISEMA	8	1,90	99,53
DESGARRO DE FRENILLO, PALADAR	2	0,47	100
Total	422	100	

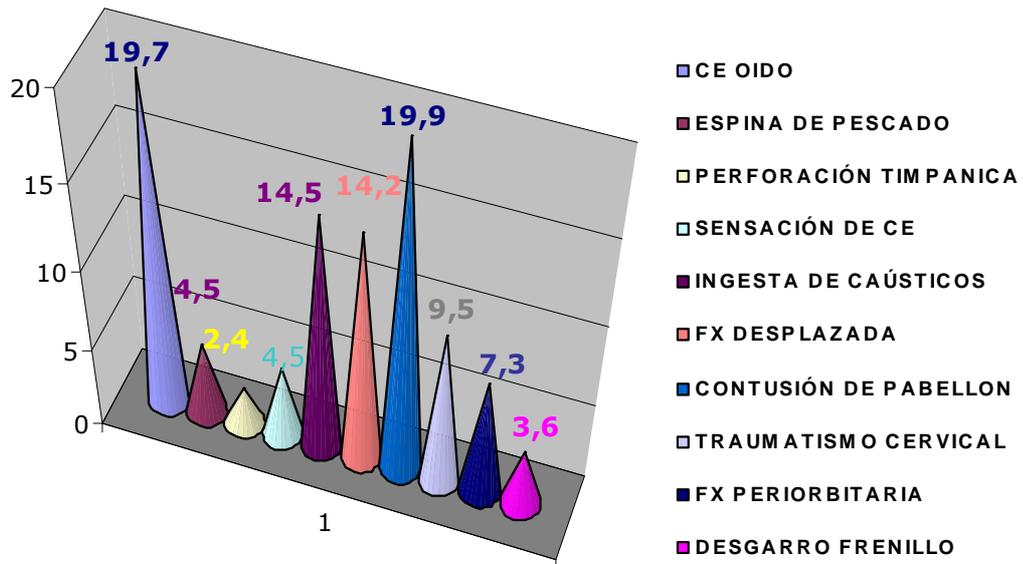


Figura 13: Porcentaje de la distribución de diagnósticos definitivos

Tabla 13 bis. Chi cuadrado entre las lesiones ORL y el diagnóstico definitivo. Recodificada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
CE OIDO IZQUIERDO ...	83	19,7	19,7	19,7
ESPINA EN BASE DE LENGUA EN AREA ORL	19	4,5	4,5	24,2
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	10	2,4	2,4	26,5
SENSACION DE CE OROFARINGEO	19	4,5	4,5	31,0
INGESTA DE LEJIA O CAÚSTICOS	61	14,5	14,5	45,5
FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DESPLAZADA	60	14,2	14,2	59,7
CONTUSIÓN DE PABELLÓN AURICULAR	84	19,9	19,9	79,6
TRAUMATISMO CERVICAL	40	9,5	9,5	89,1
FX DE PARED DE ÓRBITA Y ENFISEMA	31	7,3	7,3	96,4
DESGARRO DE FRENILLO, PALADAR	15	3,6	3,6	100,0
Total	422	100,0	100,0	

VI. I. 10. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y TRATAMIENTO REQUERIDO

Puesto que el grupo más importante fue el de los Cuerpos extraños, hemos de decir que en el 47.87% de los casos estudiados no se precisó de extracción del Cuerpo extraño dado que tras la exploración, éste no se encontró, bien porque nunca se trató de un cuerpo extraño sino de un traumatismo, o bien porque si estuvo alojado en el área ORL ya se había expulsado, dejando la sensación molesta de seguir alojado por la probable reacción inflamatoria de la zona.

En el resto de los casos se procede a la extracción del objeto, mediante diferentes técnicas según la localización del cuerpo extraño. Así, en el caso de espinas de pescado en el área orofaríngea se procedió al uso del fotóforo y unas pinzas para la extracción lo que se hizo en 48 de los casos estudiados, el 11,37% de la muestra. En dos casos (el 0.47%) se tuvo que realizar una fibroscopia de canal porque el cuerpo extraño en este caso era un hueso y presentaba una localización muy baja (en la laringe); y en 7 casos se precisó esofagoscopia rígida (1,66% de los casos) al estar localizado el Cuerpo extraño en esófago. El manejo de los CE orofaríngeos coinciden con diferentes autores (96) (97) (98)

En el oído la espátula es el procedimiento más frecuentemente utilizado, en 13 pacientes (3,08%). En caso de no disponer de ella o mostrarse el objeto esquivo a su desalojo por este procedimiento, se realizan lavados óticos: así se hizo en 23 casos lo que supone el 5,69% de la muestra coincidiendo con algunos autores (99)

Otra de las formas para la extracción de Cuerpos extraños óticos fue el microscopio con aspiración, utilizado en 9 casos, el 21,13% de los pacientes: así como el microscopio con pinza aplicado en 23, que suponían el 5,45% del total.

En el caso de los cuerpos extraños nasales se realiza su extracción mediante instrumentos romos con técnica de arrastre, como puede ser una espátula, lo que se indicó para 30 pacientes, el 7,11% de ellos.

En uno de los casos hubo que recurrir a quirófano para la extracción del Cuerpo extraño ya que estaba alojado en el meato medio y hubo de hacerse bajo endoscopia con anestesia general.

En el caso de las fracturas nasales se realizaron diferentes técnicas para su reducción, buscando la mejor solución estética y funcional. La más utilizada fue la reducción bajo anestesia local con presión digital, aplicada en 33 pacientes, el 7,82%. Sólo en uno de los casos se precisó reducción en quirófano de urgencias y en otro caso realizamos reducción con pinza de Killiam, coincidiendo con algunos autores (100)

Entre los traumatismos aparecen 4 casos en los que se presentaba un hematoma septal importante, que necesitaron su evacuación bajo anestesia local, estos suponían el 0,95% de la muestra(101)

La sutura de heridas inciso-contusas se llevo a cabo en 20 de los casos, el 4,74%.

En la muestra contamos con un caso que merece especial comentario, ya que se trató de una herida cervical anterior, autolesiva y dirigida a la sección de los grandes vasos del cuello (degüello), objetivo que se había logrado, por lo que fue necesaria la intervención urgente con sutura quirúrgica y bajo anestesia general. La sobrevivencia absolutamente extraordinaria se explica porque la propia herida produjo sección crico-traqueal que permitía la respiración del paciente: esto junto a un traslado urgente a UVI móvil y una adecuada compresión de los vasos seccionados. Se adjunta Fotografías nº 4 y 5.

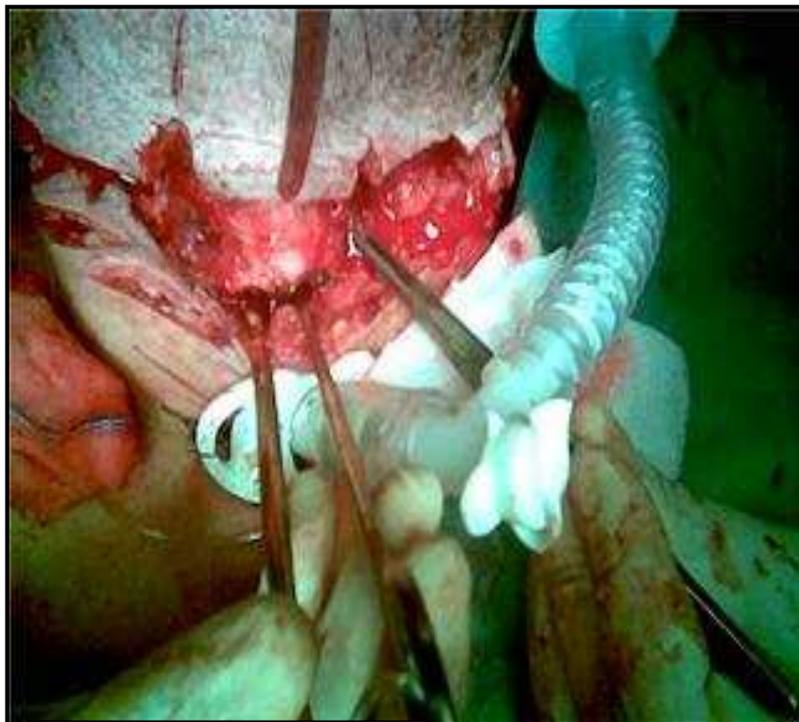


FOTO 4: autolesión



FOTO 5: herida abierta

Tabla 14. Chi cuadrado de las lesiones ORL y tratamiento requerido sin recodificar

Tratamiento aplicado	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Ninguno	202	47,87	47,87
Micro-pinza	23	5,45	53,32
Pinza-fotóforo	48	11,37	64,69
Espátula-micro	13	3,08	67,77
Reducción con anestesia loca	30	7,11	74,88
Rinoscopia-espátula	33	7,82	82,70
Micro-aspirador	9	2,13	84,83
Lavado ótico	24	5,69	90,52
Hematoma local	4	0,95	91,47
Reducción de fx en qx	1	0,24	91,71
Esofagoscopia	7	1,66	93,36
Taponamiento-sutura	2	0,47	93,84
Sutura herida I-C	20	4,74	98,58
Rinoscopia-pinza	1	0,24	98,82
Mb heimlich	1	0,24	99,05
Endoscopia a.general	1	0,24	99,29
Fibroscopia de canal	2	0,47	99,76
Herida cervical	1	0,24	100
Total	422	100	

Al expresarse en esta tabla todos los tratamientos empleados, existe una gran dispersión de datos, por lo que no se podían aplicar pruebas estadísticas ni encontrar significación alguna. Por ello, hemos procedido a una reagrupación de los procedimientos diagnósticos empleados al objeto de poder aplicar los tests estadísticos convenientes. Esta reagrupación la exponemos en la Tabla 14 bis

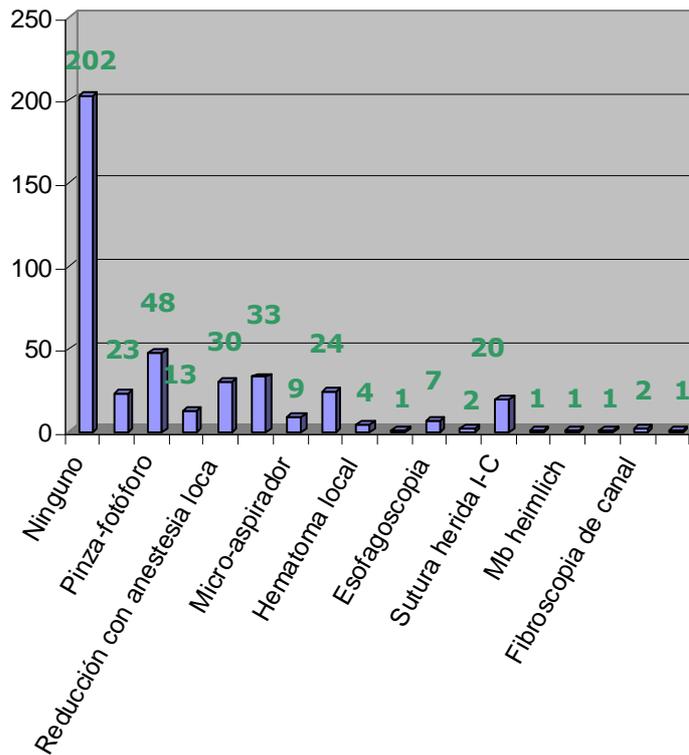


Figura 14: Porcentaje de la distribución de las lesiones ORL y los tratamientos empleados

Tabla 14 bis. Prueba de Crossbad de las lesiones ORL y tratamiento requerido, Recodificada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NINGUNO	202	47,9	47,9	47,9
MICRO-PINZA		5,5	5,5	53,3
PINZA-FOTOFORO	48	11,4	11,4	64,7
REDUCION A. LOCAL- PRESION DIGITAL	14	3,3	3,3	68,0
RINOSCOPIA-ESPATULA	30	7,1	7,1	75,1
REDUCION DE FX EN QUIRÓFANO	36	8,5	8,5	83,6
ESOFAGOSCOPIA	15	3,6	3,6	87,2
TAPONAMIENTO -SUTURA	46	10,9	10,9	98,1
MB HEIMLICH	5	1,2	1,2	99,3
HERIDA CERVICAL- LESIONES DE VASOS	3	,7	,7	100,0
Total	422	100,0	100,0	

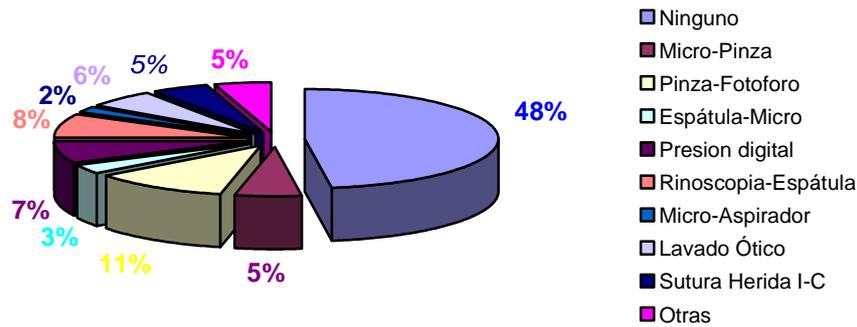


Figura 15. Porcentaje de distribución de las lesiones ORL y de los tratamientos empleados

VI. I. 11. LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Los pacientes que acuden a Urgencias, tras su tratamiento en el área de ORL, suelen requerir observación domiciliaria, al menos, durante las primeras 48 horas, para impedir posteriores complicaciones. Esto es así con independencia del tipo de lesión, ya que han requerido este tratamiento complementario en el domicilio tanto los atendidos por Cuerpos extraños, como los que habían sufrido un traumatismo, sobre todo en algunos casos de traumatismos óticos, de huesos propios, etc. Los resultados se exponen en la Figura 16 y en la Tabla 16.

En nuestra muestra, el tratamiento complementario ha sido necesario en 229 pacientes, lo que suponía el 54,27% de la muestra.

Otro grupo muy importante de pacientes han sido los que precisan continuar con un tratamiento anti-inflamatorio durante varios días, 106 pacientes que suponen el 25.12%.

En tercer lugar se encuentran aquellos pacientes que tienen que asociar un antibiótico al tratamiento, 54 casos que suponen el 12,80%. En nuestra opinión y atendiendo al carácter médico-legal que tiene este trabajo en estos pacientes habría que dilucidar si esta actitud

facultativa es “mera vigilancia de la lesión”, o se trata “tratamiento médico” lo que diferenciaría la gravedad jurídica de la lesión. Desde nuestra experiencia en la gran mayoría de los casos habría que considerar la mera vigilancia de la lesión al estar exenta de riesgos o de complicaciones.

Mención especial requieren las perforaciones timpánicas en las que el paciente tiene que tener la precaución de no mojar el oído durante semanas, incluso precisa la utilización de gotas óticas y posteriores revisiones.

En estas lesiones se da además la circunstancia de que dependiendo de cómo evolucione la lesión puede o no quedar la secuela de hipoacusia. Así, según diversos autores (102) el tímpano se repara espontáneamente produciéndose la reepitelización de forma natural en la mayoría de los casos, lo que compartimos desde nuestra experiencia clínica con porcentajes similares. Sin embargo, habrá que esperar la evolución ya que en los casos en los que quede como secuela la hipoacusia, esta tiene bastante importancia, así en el baremo de la Ley 34/2003 , la hipoacusia se contempla como “Déficit de agudeza auditiva” entre 1-70 puntos (ver la tabla específica de pérdidas en decibelios en uno o en los dos oídos). Aunque esta Ley se realizó para las indemnizaciones de secuelas derivadas de accidentes de tráfico, protegidas por los seguros privados, en la práctica médico-forense se suele aplicar a la valoración de secuelas (valoración de daño corporal) aunque sean resultantes de mecanismos violentos diferentes del accidente de tráfico.

En otros casos es preciso un nuevo tratamiento quirúrgico para reparar la membrana timpánica. Estos aspectos se pueden adelantar como “Observaciones” en el Parte de Lesiones al describir la naturaleza de la lesión haciendo especial referencia a esta posibilidad y a la incertidumbre del resultado, que habrá que valorarlo de forma personal cuando se produzca la curación o estabilización de la lesión.

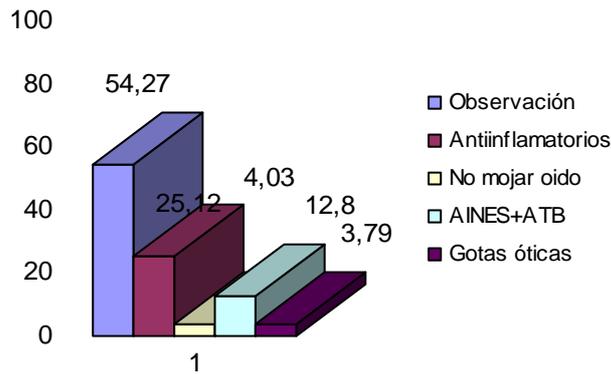


Figura 16. Porcentaje de distribución de las lesiones ORL en pacientes con tratamiento domiciliario

Tabla 16. Chi cuadrado de los casos que necesitaron tratamiento domiciliario

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Observación	229	54,27	54,27
Antiinflamatorios	106	25,12	79,38
No mojar oído	17	4,03	83,41
Antiinflamatorios-antibióticos	54	12,80	96,21
Gotas óticas	16	3,79	100
Total	422	100	

VI. II. PARTE DE LESIONES Y ASISTENCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Los médicos tienen la obligación de conocer que cuando prestan asistencia sanitaria, además de sus deberes de tipo científico y ético, tienen otras obligaciones de tipo legal que también son importantes por su dimensión social y económica. Como ya indicamos en la Introducción, una de ellas es la realización del Parte de Lesiones, en todos los casos en los que las lesiones hayan estado originadas por un mecanismo violento, aunque, como sucede en la mayoría de los casos, la etiología médico-legal sea accidental.

Ya hemos expuesto que la Justicia se apoya en los médicos para detectar posibles conductas delictivas de las que se hayan derivado lesiones y daños que necesiten tratamiento médico. Esto se debe a la necesidad de esclarecer todas las circunstancias que intervienen en

los mecanismos violentos, para una valoración indemnizatoria y de acuerdo al grado de responsabilidad en cada caso. Para que esta acción de la justicia se ejecute lo más próximo a la verdad, es imprescindible la colaboración de los médicos que hayan intervenido en cada caso, al ser estos los que realmente conocen el alcance de las lesiones, los daños, los tratamientos o las secuelas.

Con la actual filosofía de reconocimiento de indemnizaciones por daños, las lesiones accidentales, derivadas de accidentes de trabajo, tráfico, o simplemente las ocurridas en espacios públicos (transporte, centros de ocio, comerciales, vía pública, etc.), por mala conservación o imprudencia de los responsables de la seguridad pueden derivar en derechos indemnizatorios, que necesitan de la colaboración de los médicos para establecer las compensaciones en la justa medida de los daños sufridos, concepto este, médico y sanitario.

De lo expuesto aquí brevemente se deduce la importancia del Parte de Lesiones y, en consecuencia, el interés de este apartado de nuestro trabajo

VI. II. 1. PARTE DE LESIONES Y CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO

En la Figura 17 exponemos los resultados respecto a la primera cuestión ¿Se hizo Parte de Lesiones? La respuesta ha sido afirmativa en 150 casos lo que representa un 35,71% de la muestra de pacientes. El 64,29%, es decir, en 270 de los pacientes restantes no se cumplimentó el documento.

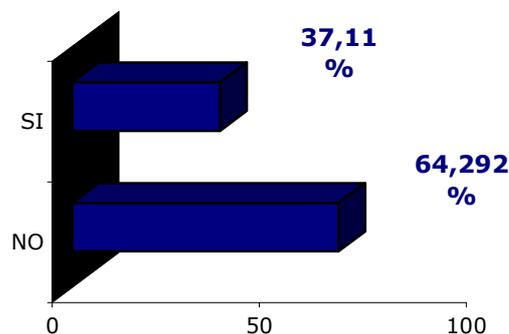


Figura 17. Porcentaje de la distribución de los casos en los que se realizó Parte de Lesiones

Tabla 17. Chi cuadrado de la realización o no del Parte de lesiones

Parte de lesiones	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
No	270	64.29	64.29
Si	150	35.71	100
Total	420	100	

Esta escasez de cumplimentación puede obedecer a razones diversas: una de ellas guarda relación, en nuestra opinión, con la edad de los pacientes, que en un porcentaje elevado, recordemos que eran menores de 10 años. Estos acuden a Urgencias con sus padres y la lesión más frecuente era un cuerpo extraño. Estas circunstancias hacen que el médico se ocupe del tratamiento y destierre el aspecto legal, al considerar que se ha tratado de un accidente fortuito y que sucede en el transcurso de los juegos infantiles, lo cual no tiene mayor importancia.

Sin embargo, esto podría no ser así: pongamos como hipótesis que el accidente sucede por descuido de la cuidadora y que los padres utilizaran el hecho para despedirla y que incluso pudieran poner denuncia; o la posibilidad de otras situaciones donde hay implicación médico-legal por existir un seguro de por medio como ocurriría cuando estos hechos suceden en lugares públicos como un colegio, un medio de transporte, en la propia calle... En el momento en que una situación se convierte en motivo de litigio los documentos médico-legales serán el soporte para el esclarecimiento de los hechos y la estimación de su gravedad y en ese caso el Parte de Lesiones resultaría esencial.

Otras veces, el médico cree la versión que da el lesionado sobre el mecanismo y, al considerarlo fortuito, simple y sin intervención de otras personas, no le da la relevancia suficiente como para comunicarlo. Sin embargo, en la práctica no son pocos los casos que posteriormente se manifiestan como falsos bien porque se haya tratado de una agresión, o de un accidente de tráfico, o incluso de un accidente fortuito pero en el que con posterioridad surge interés económico por posibilidad de indemnización.

VI. II. 2. PARTE DE LESIONES Y VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS

En este apartado procedemos a correlacionar la existencia o no del Parte de Lesiones con las variables epidemiológicas recogidas, dejando para otro apartado el análisis cualitativo o de calidad del contenido del documento.

Recordemos que el documento se había cumplimentado en 150 pacientes de los 422 que integran la muestra. Nuestros resultados en este apartado deben, por tanto referirse a estos 150 casos.

IV. II. 2. 1. PARTE DE LESIONES Y SEXO DE LOS PACIENTES

De los 150 documentos emitidos, en 96 casos fueron varones, lo que se corresponde con el 69.01% del total; el resto de los casos corresponde a 54 mujeres, el 39.67%.

Los resultados los exponemos en la Figura 18.

Este dato aparece significativo al 0.04856.

La interpretación que damos a este resultado es que los hombres presentan con más frecuencia lesiones originadas por agresiones, y accidentes de tráfico o trabajo, circunstancias frente a las que el médico está más sensibilizado como relacionadas con problemas legales, por lo que su disposición a realizar el documento es más clara.

Otra posibilidad es que el propio paciente lo solicite o lo sugiera, ya que puede intuir o conocer que le hará falta un documento oficial con el que acreditar que recibió asistencia y que hizo constar el mecanismo y origen de las lesiones.

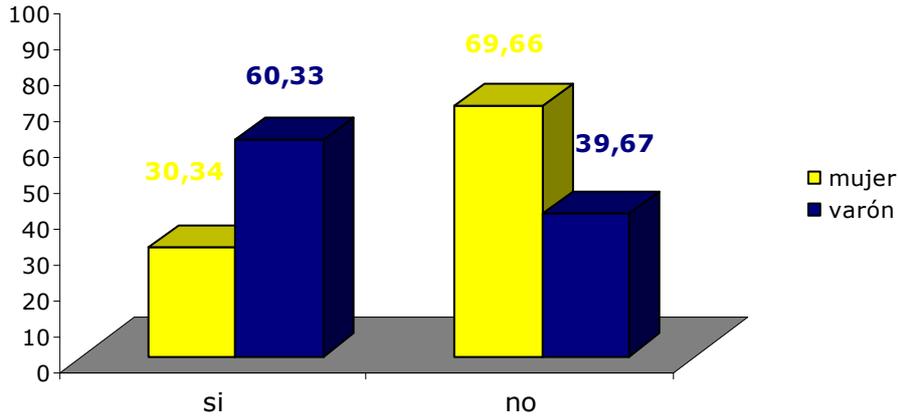


Figura 18. Correlación entre el sexo de los pacientes y la realización del Parte de Lesiones

Tabla 18. Prueba de Fisher, correlación entre el Parte de Lesiones y Sexo de los pacientes.

Sexo del paciente	Realización del Parte de Lesiones			Total
		No	Si	
Mujer	Nº de casos	124	54	178
	Porcentaje	69,66	30,34	100
Varón	Nº de casos	146	96	242
	Porcentaje	60,33	39,67	100
Total	Nº de casos	270	150	420
	Porcentaje	64,29	35,71	100

P = 0.04855852

VI. II. 2. 2. PARTE DE LESIONES Y EDAD DE LOS PACIENTES

En la Figura 19 se expresan los casos (en porcentajes) distribuidos en los grupos de edad ya comentados. En la gráfica aparecen solo los casos en los que no se realizó Parte de Lesiones mientras que en la tabla aparecen también reflejados los casos en los que sí se cumplimentó el documento.

El documento no se cumplimentó en 76 casos de los pacientes de edades entre 0 y 5 años lo que representa el 80% de los pacientes de este grupo.

En el grupo de edad de entre 5 y 10 años el documento no se cumplimentó en 32 casos que representan el 76,19%.

En el grupo de edad comprendido entre los 10 y 15 años se dejó de hacer el Parte de lesiones en 12 casos representando estos el 44,44%.

Entre 15 y 20 años se dejó de hacer el documento en 11 casos lo que supone el 44%.

En los pacientes entre 20 y 30 años no se realizó Parte de Lesiones en 31 casos lo que supone un 47,69%.

Entre los pacientes de 30 a 40 se dejó de hacer el documento en 37 de ellos representando el 66,07%.

En la década entre 40 y 50 años el porcentaje de casos sin Parte de Lesiones subió al 78,38% con 29 casos sin Parte de Lesiones.

En los pacientes entre 50 y 60 años hay 14 casos sin documento lo que significa el 56% de los pacientes de ese grupo de edad.

En el grupo de mayores de 60 años hubo 28 casos sin documento realizado lo que supone el 59,57%.

Las diferencias reflejadas han resultado significativas con una $P = 0.00003648$.

Esta significación la explicamos como sigue:

Al hecho de que descieran los casos con Parte de Lesiones en edades de 40-50 años no le encontramos explicación médico-legal ya que habría que hacerlos. Es cierto que la mayoría de las asistencias se han debido a cuerpos extraños orofaríngeos sobre todo de tipo alimentario y en estos casos al ser un paciente adulto al manifestar probablemente ante el médico la circunstancia accidental y exenta de responsabilidades, el facultativo, en principio, puede considerar que no existe interés legal en el caso.

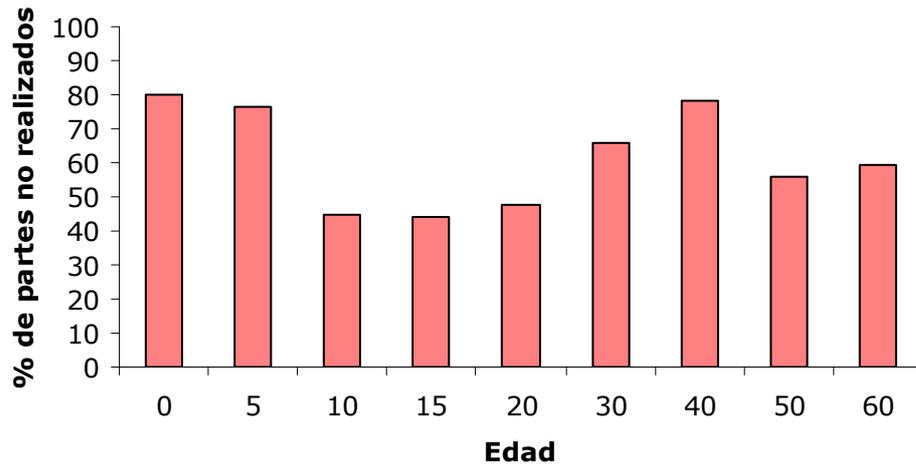


Figura 19: Correlación entre el Parte de Lesiones y la edad

Tabla 19: Prueba de Fisher, correlación entre el Parte de Lesiones y edad de los pacientes

Edad	Parte de Lesiones		Total	
	No	Si		
0	Nº de casos	76	19	95
	Porcentaje	80	20	100
5	Nº de casos	32	10	42
	Porcentaje	76,19	23,81	100
10	Nº de casos	12	15	27
	Porcentaje	44,44	55,56	100
15	Nº de casos	11	14	25
	Porcentaje	44	56	100
20	Nº de casos	31	34	65
	Porcentaje	47,69	52,31	100
30	Nº de casos	37	19	56
	Porcentaje	66,07	33,93	100
40	Nº de casos	29	8	37
	Porcentaje	78,38	21,62	100
50	Nº de casos	14	11	25
	Porcentaje	56	44	100
60	Nº de casos	28	19	47
	Porcentaje	59,57	40,43	100
Total	Nº de casos	270	149	419
	Porcentaje	64,44	35,56	100

P = 0.00003648

VI. II. 2. 3. PARTE DE LESIONES Y PROCEDENCIA

GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES

En este apartado correlacionamos mediante el Test de Crosstab la correlación entre la procedencia geográfica del paciente y la existencia o no de Parte de Lesiones. El resultado es de $p = 0.544$ que no es significativo, lo cual guarda relación con el hecho de que el mayor número de pacientes procedan de la región de Murcia.

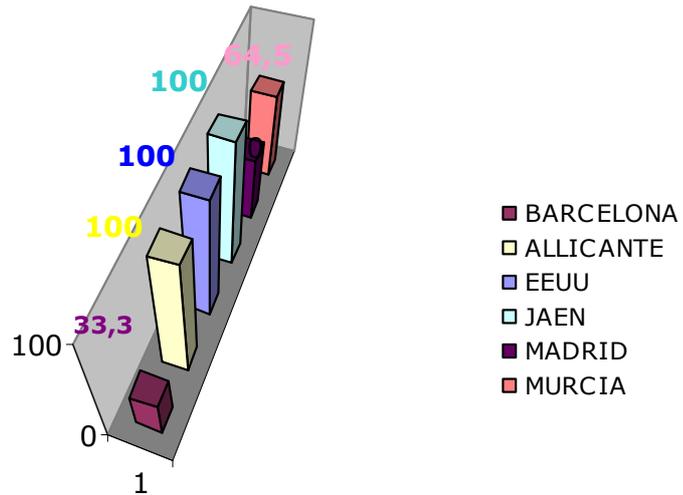


Figura 20. Correlación entre Realización de Parte de Lesiones y procedencia geográfica

Tabla 20. Test de Crossbad entre procedencia geográfica y realización de Parte de Lesiones

Provincia		La realización del parte de lesiones		Total
		no	si	
ALICANTE	Count	3	0	3
	% within provincia	100,0%	,0%	100,0%
barcelona	Count	1	2	3
	% within provincia	33,3%	66,7%	100,0%
EEUU	Count	0	1	1
	% within provincia	,0%	100,0%	100,0%
FRANCIA	Count	1	1	2
	% within provincia	50,0%	50,0%	100,0%
GRANADA	Count	1	0	1
	% within provincia	100,0%	,0%	100,0%
JAEN	Count	1	0	1
	% within provincia	100,0%	,0%	100,0%
MADRID	Count	1	1	2
	% within provincia	50,0%	50,0%	100,0%
MURCIA	Count	262	144	406
	% within provincia	64,5%	35,5%	100,0%
Total	Count	270	149	419
	% within provincia	64,4%	35,6%	100,0%

P=0.544.

VI. II. 2. 4. PARTE DE LESIONES E INCIDENCIA POR MESES

En este apartado se correlacionan mediante el Test de Crosstab los pacientes asistidos por meses y la realización del Parte de Lesiones. No aparece correlación entre estas variables, siendo $p=0,391$.

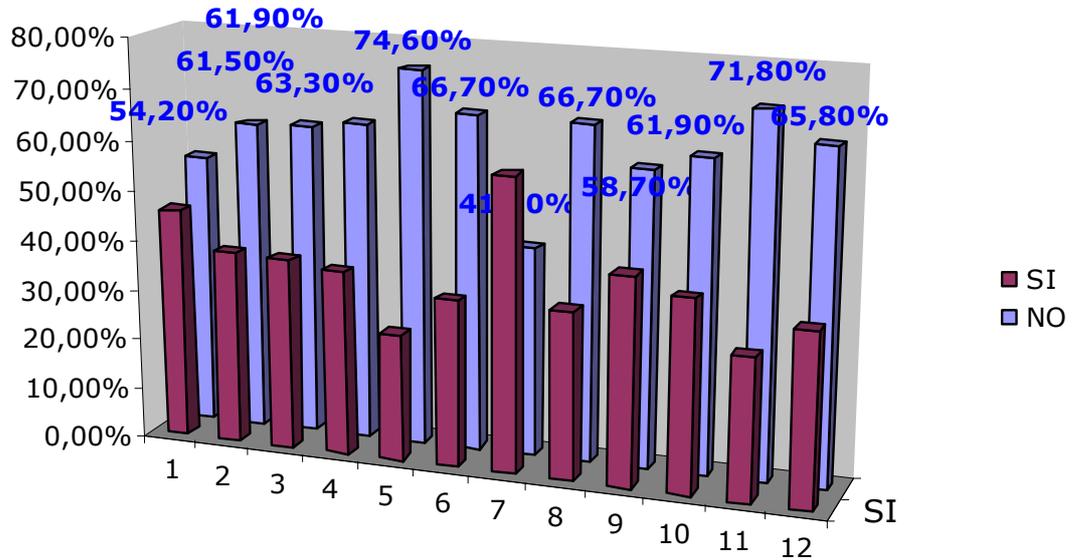


Figura 21. Correlación de pacientes por meses y Parte de Lesiones

Tabla 21. Test de Crosstab entre los pacientes asistidos por meses y la realización de Parte de Lesiones

Mes		La realización del parte de lesiones		Total
		no	si	
1	Count	13	11	24
	% within mes	54,2%	45,8%	100,0%
2	Count	8	5	13
	% within mes	61,5%	38,5%	100,0%
3	Count	13	8	21
	% within mes	61,9%	38,1%	100,0%
4	Count	19	11	30
	% within mes	63,3%	36,7%	100,0%
5	Count	53	18	71
	% within mes	74,6%	25,4%	100,0%
6	Count	18	9	27
	% within mes	66,7%	33,3%	100,0%
7	Count	10	14	24

	8	% within mes	41,7%	58,3%	100,0%
		Count	30	15	45
	9	% within mes	66,7%	33,3%	100,0%
		Count	27	19	46
	10	% within mes	58,7%	41,3%	100,0%
		Count	26	16	42
	11	% within mes	61,9%	38,1%	100,0%
		Count	28	11	39
	12	% within mes	71,8%	28,2%	100,0%
		Count	25	13	38
Total		% within mes	65,8%	34,2%	100,0%
		Count	270	150	420
		% within mes	64,3%	35,7%	100,0%

, P=0.391.

VI. II. 2. 5. PARTE DE LESIONES Y ANTECEDENTES PERSONALES

En este apartado correlacionamos mediante el Test de Crosstab los antecedentes personales de los pacientes y la realización del Parte de Lesiones. El resultado es significativo, siendo $p= 0.026$. Esto probablemente guarde relación con el hecho de que entre los antecedentes personales figuran cirugías y, en la asistencia sanitaria, en general cuando aparecen en un paciente antecedentes quirúrgicos sí se realiza Parte de Lesiones, ya que los médicos sí han incorporado la idea de que cuando hay intervención quirúrgica hay que hacer Parte de Lesiones.

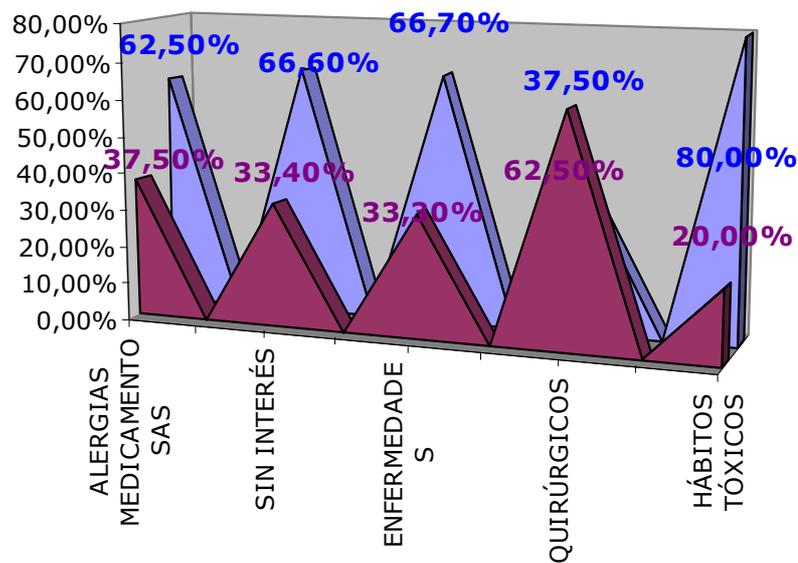


Figura 22. Correlación entre la realización de Parte de Lesiones y los Antecedentes personales

Tabla 22. Test de Crosstab entre los antecedentes personales y la realización de Parte de Lesiones

			La realización del parte de lesiones		Total
			no	si	
Los antecedentes previos	ALERGIAS	Count	15	9	24
	MEDICAMENTOSAS	% within los antecedentes previos	62,5%	37,5%	100,0%
	SIN INTERÉS	Count	199	100	299
		% within los antecedentes previos	66,6%	33,4%	100,0%
	ENFERMEDADES	Count	40	20	60
		% within los antecedentes previos	66,7%	33,3%	100,0%
	QUIRÚRGICOS	Count	12	20	32
		% within los antecedentes previos	37,5%	62,5%	100,0%
	HÁBITOS TÓXICOS	Count	4	1	5
		% within los antecedentes previos	80,0%	20,0%	100,0%
	Total	Count	270	150	420
		% within los antecedentes previos	64,3%	35,7%	100,0%

P= 0.026

VI. II. 2. 6. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN

En este apartado, correlacionamos la naturaleza de la lesión (cuerpos extraños, traumatismos y otras lesiones) y la realización del Parte de Lesiones.

VI. II. 2. 6. 1. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS

Existe asociación entre la presencia o no de un cuerpo extraño y la realización del Parte de Lesiones, siendo $P=0$. En el 76.50% de los pacientes se realizó Parte de Lesiones cuando tras la exploración no se encontró Cuerpo extraño, mientras que no se realiza en el 23.50%. Cuando sí se encuentra Cuerpo extraño y se extrae sólo se realiza Parte de Lesiones en el 4.22% de los casos, y no se realiza en el 95,78% de los casos lo cual es significativo con $p=0$

Esto significa, que cuando el facultativo localiza y extrae, sin complicaciones ni problemas el cuerpo extraño, no realiza Parte de Lesiones, probablemente porque se queda con la satisfacción de haber resuelto el problema y no teme otras consecuencias, más allá de la

meramente clínica. Sin embargo, cuando se consulta por Cuerpo extraño y no se localiza, se hace Parte de Lesiones, y habitualmente se constatan en la asistencia las técnicas y pruebas aplicadas para dejar constancia de que se ha actuado bien, de que se ha buscado el cuerpo extraño y de que este no se ha encontrado. Es en definitiva, una actuación de tipo defensivo que deja más seguridad al médico.

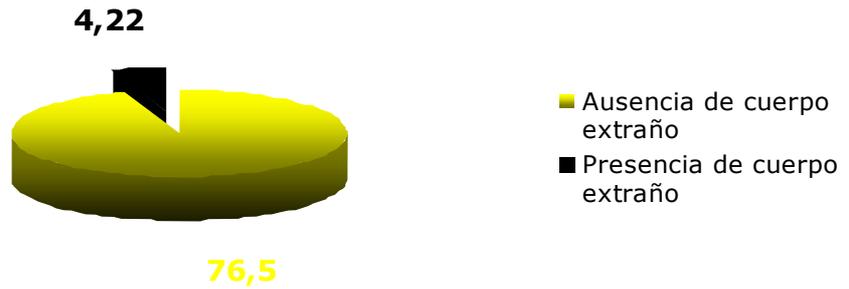


Figura 23: Correlación entre el Parte de Lesiones y la presencia de Cuerpo Extraño

Tabla 23. Prueba de Fisher entre el Parte de Lesiones y la presencia de Cuerpo Extraño

Cuerpo extraño	Parte de lesiones		Total	
	NO	SI		
NO	Nº de casos	43	140	183
	Porcentaje	23.50	76.50	100
SI	Nº de casos	227	10	237
	Porcentaje	95.78	4.22	100
Total	Nº de casos	270	150	420
	Porcentaje	64.29	35.71	100

P=0

VI. II. 2. 6. 2. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: LOCALIZACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS Y TRAUMATISMOS.

Estos resultaos muestran una significación de $p= 0$, debido a la diferencia que existe entre la realización del Parte de Lesiones en los Traumatismos (77.78%), frente a la baja realización del Parte de Lesiones en los Cuerpos Extraños. Esto se debe al carácter, más claramente violento que tienen los traumatismos para los médicos no habituados a los conceptos médico-legales estrictos. Entre los Cuerpos Extraños se hace con más frecuencia cuando la localización es a nivel de fosa nasal, ya que algún caso necesitó de quirófano para la extracción, que cuando es cuando se localiza en oído y orofaringe, aunque los resultados no resulten significativos.

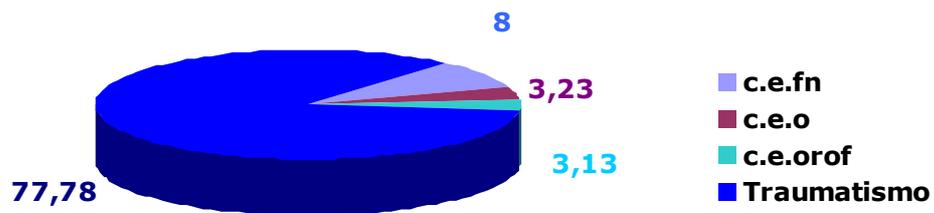


Figura 24. Correlación de la realización del Parte de Lesiones y la localización de la lesión o Área anatómica afectada.

Tabla 24. Prueba de Fisher entre el Parte de Lesiones y la localización del Cuerpo Extraño

Naturaleza de la lesión	Parte de Lesiones			Total
		NO	SI	
CEFN	Nº de casos	46	4	50
	Porcentaje	92.00	8.00	100
CEO	Nº de casos	60	2	62
	Porcentaje	96.77	3.23	100
CEOO	Nº de casos	124	4	128
	Porcentaje	96.88	3.13	100
Traumatismos	Nº de casos	40	140	180
	Porcentaje	22.22	77.78	100
Total	Nº de casos	270	150	420
	Porcentaje	64.29	35.71	100
	Porcentaje	64.29	35.71	100

P=0

VI. II. 2. 6. 3. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS

En el tipo de Cuerpos extraños encontramos significación estadística de $p=0$ porque se realiza Parte de Lesiones con más frecuencia cuando en la exploración no se encuentra el Cuerpo Extraño (7.50%).

Se realiza Parte de Lesiones con una frecuencia del 4.35% cuando el Cuerpo extraño fue de tipo inanimado, y no se realizó en ningún caso en los que el Cuerpo extraño fue un objeto animado, es decir un insecto. Esto se explica al considerarlo fortuito y sin complicaciones legales.

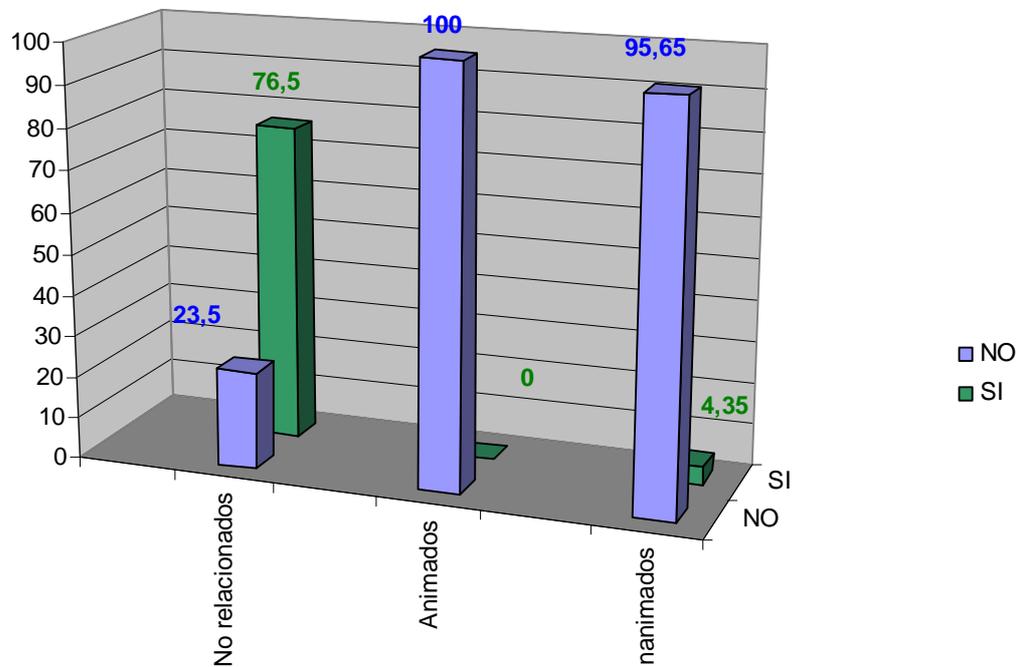


Figura 25. Correlación entre el Pate de Lesiones y Tipo de Cuerpo extraño

Tabla 25. Prueba de Fisher entre el Parte de Lesiones y los Tipos de Cuerpos Extraños

Tipos de C.E.	Parte de Lesiones			Total
		NO	SI	
No relacionados	Nº de casos	43	140	183
	Porcentaje	23,50	76,50	100
Animados	Nº de casos	7	0	7
	Porcentaje	100	0	100
Inanimados	Nº de casos	220	10	230
	Porcentaje	95,65	4,35	100
Total	Nº de casos	270	150	420
	Porcentaje	64,29	35,71	100

P=0

VI. II. 2. 6. 4. PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: TRAUMATISMOS

Los traumatismos, como ya expusimos se encontraron en 184 pacientes, el 43.60% de la muestra. Estos se distribuían como sigue: Perforaciones timpánicas 19 casos lo que supone el 4,50% de los pacientes. Barotraumas de oído 2 casos el 0,47%. Traumatismo ótico tras lavado 1 caso el 0,24%. Contusión ótica 16 casos el 3,79%. Contusión del pabellón auricular 4 casos el 0,95%. Fractura de huesos propios desplazada 34 casos el 8,06%. Fractura de huesos propios no desplazada 33 casos el 7,82%. Contusión nasal 42 casos el 9,95%. Contusión nasal más herida inciso contusa 15 casos el 3,55%. Hematoma septal 3 casos el 0,71%. Traumatismo cervical 5 casos el 1,18%. Fractura de pared de la órbita y enfisema periorbitario en 8 casos el 1,90%. Desgarro de frenillo o paladar 2 casos 0,47%

Tabla 26 Correlación entre Traumatismos y Parte de Lesiones

TRAUMATISMOS	13	1	42	14,15	14,053
PARTE DE LESIONES	2	150	70	210	84,853

VI. II. 2. 7. PARTE DE LESIONES Y ETIOLOGÍA MÉDICOLEGAL DE LAS LESIONES

Recordemos que la Etiología médicolegal hace referencia al mecanismo intencional (agresión y autolesión) o accidental de la lesión. Cuando es accidental podemos encontrar diferentes circunstancias de interés judicial como es diferenciar el accidente de tráfico, el accidente de trabajo, el deportivo o el de tipo fortuito.

En nuestros resultados hemos encontrado significativa la correlación con una $P=1.198e-19$ (inferior al 0.05), entre la realización del Parte de Lesiones y el tipo de accidente. Así, no se realiza Parte de Lesiones cuando se trata de un accidente casual o fortuito. Cuando el accidente es de tráfico, de trabajo o deportivo, se realiza Parte de Lesiones por el médico que presta la primera asistencia en el Servicio de Urgencias, y en el caso de que el paciente sea visto por el Otorrinolaringólogo, éste complementa con los datos ORL el Parte que ya estaba iniciado.

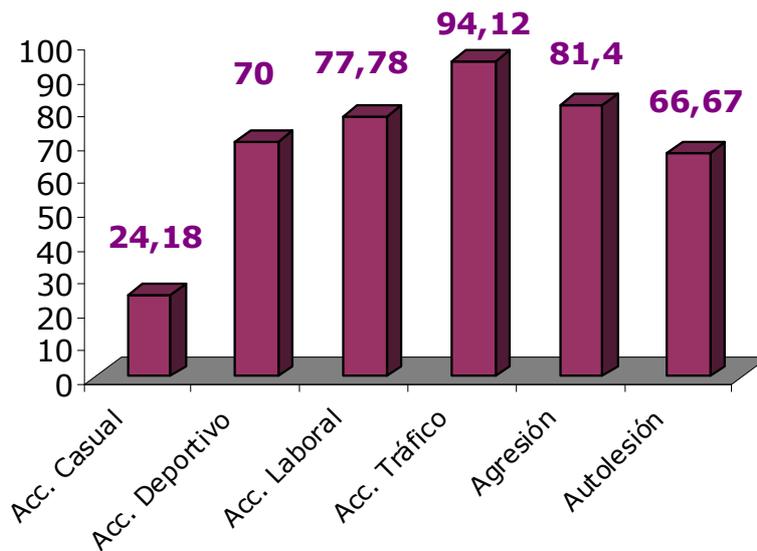


Figura 27: Correlación entre el Parte de Lesiones y Etiología Médicolegal de las lesiones

Tabla 27: Prueba de Fisher correlación entre el Parte de Lesiones y la etiología Médico-Legal.

Etiología Médico-legal	Parte de Lesiones			Total
		NO	SI	
Acc.casual	Nº de casos	254	81	335
	Porcentaje	75,82	24,18	100
Acc.deportivo	Nº de casos	3	7	10
	Porcentaje	30,00	70,00	100
Acc. laboral	Nº de casos	2	7	9
	Porcentaje	22,22	77,78	100
Acc. tráfico	Nº de casos	1	16	17
	Porcentaje	58,88	94,12	100
Agresión	Nº de casos	8	35	43
	Porcentaje	18,60	81,40	100
Autolesión	Nº de casos	2	4	6
	Porcentaje	33,33	66,67	100
Total	Nº de casos	270	150	420
	Porcentaje	64,29	35,71	100

P= 1.198e-19 (inferior al 0.05)

VI. II. 2. 8. PARTE DE LESIONES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Los resultados son significativos con una $p= 0$ cuando correlacionamos la realización de Parte de Lesiones y la necesidad de Pruebas Complementarias ya que se realiza el Parte en el 85.95% de los casos en los que se hizo estudio radiológico en el 31.03 con necesidad de estudio preoperatorio y en el 27.47% de los casos en cuyo diagnóstico fue necesario el uso del microscopio. Esto está dentro de la lógica clínica, ya que la realización de pruebas complementarias significa un cuadro de suficiente entidad como para hacer diagnósticos diferenciales y de certeza antes del tratamiento indicando así mismo estas pruebas la complejidad del diagnóstico al que se llega y el mayor riesgo del tratamiento. Luego pruebas complementarias, son indicadores de cierta gravedad, y la gravedad conlleva la realización de Parte de Lesiones.

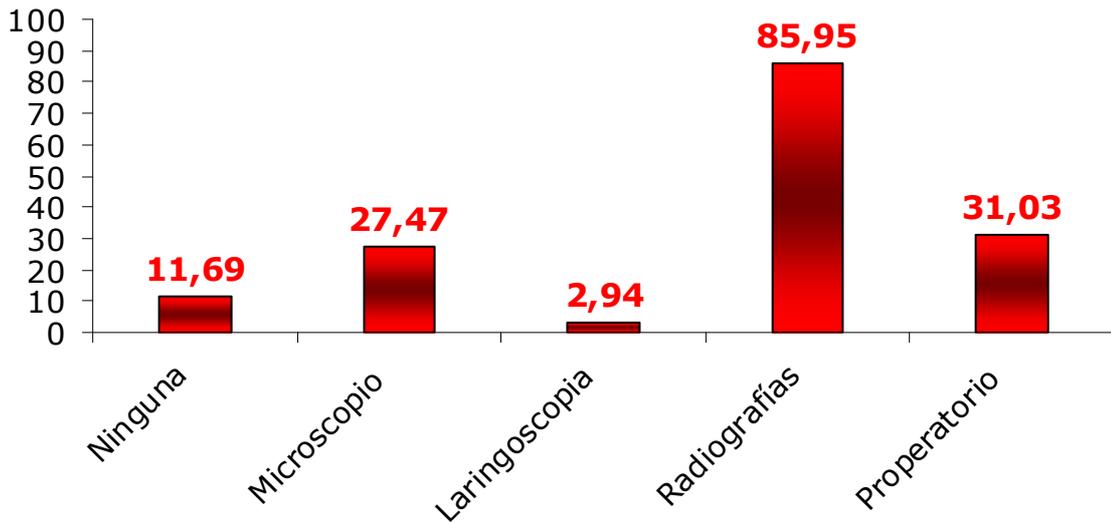


Figura 28: Relación entre el Parte de Lesiones y las Pruebas Complementarias

Tabla 28. Chi cuadrado entre el Parte de Lesiones y las Pruebas Complementarias

Pruebas Complementarias	Parte de lesiones			Total
		NO	SI	
Ninguna	Nº de casos	68	9	77
	Porcentaje	88,31	11,69	100
Microscopio	Nº de casos	66	25	91
	Porcentaje	72,53	27,47	100
Laringospia indirecta	Nº de casos	99	3	102
	Porcentaje	97,06	2,94	100
Radiografías	Nº de casos	17	104	121
	Porcentaje	14,05	85,95	100
Preoperatorio	Nº de casos	20	9	29
	Porcentaje	68,97	31,03	100
Total	Nº de casos	270	159	220
	Porcentaje	64,29	35,71	100

P=0

VI. II. 2. 9. PARTE DE LESIONES Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Observando los resultados vemos que en el grupo del diagnóstico “perforación timpánica”, en el diagnóstico “fractura desplazada de huesos propios” del 48,3% y en el “contusión de pabellón auricular” del 75,9% se realiza Parte de Lesiones, lo cual se explica porque se trata de casos que necesitaron quirófano en su mayoría, o tratamientos que, en

definitiva, entrañaban algún riesgo. El número de casos en los que no se realizó Parte de Lesiones es mayor en el resto de los diagnósticos. Coincidiendo con resultados anteriores se hace Parte en el 85,0% de los casos de “traumatismo cervical” en el 73,7% de los casos de “cuerpos extraños referidos pero no localizados” así como en el diagnóstico de “contusión de pabellón auricular” al corresponderse este con agresiones.

Dado el gran número de categorías de la variable de diagnóstico el test chi-cuadrado no es aplicable Tabla

Tabla 29: Relación entre el Parte de Lesiones y el diagnóstico. Sin recodificar

Diagnóstico		Parte de Lesiones		Total
		No	Si	
1	Nº de casos	115	7	122
	Porcentajes	94.26	5.74	100
2	Nº de casos	40	1	41
	Porcentajes	97.46	2.44	100
3	Nº de casos	6	13	19
	Porcentajes	31.58	68.42	100
4	Nº de casos	60	2	62
	Porcentajes	96.77	3.23	100
5	Nº de casos	2	0	2
	Porcentajes	100	0	100
6	Nº de casos	12	60	72
	Porcentajes	16.67	83.33	100
7	Nº de casos	19	63	82
	Porcentajes	23.17	76.83	100
8	Nº de casos	8	2	10
	Porcentajes	80	20	100
9	Nº de casos	6	2	8
	Porcentajes	75	25	100
10	Nº de casos	2	0	2
	Porcentajes	100	0	100
Total	Nº de casos	270	150	420
	Porcentajes	64.29	35.71	100

Es por ello por lo que se recodificaron los datos con los siguientes resultados

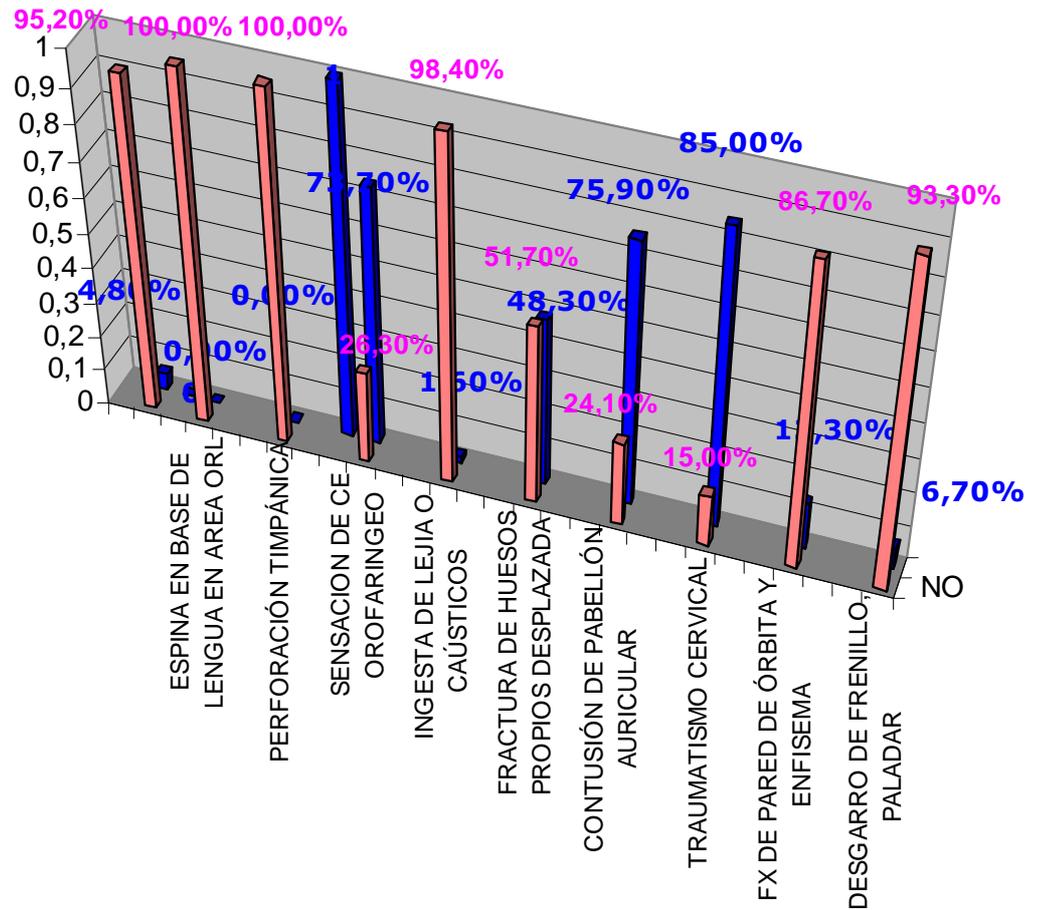


Figura 29: Correlación entre el Parte de Lesiones y el Diagnóstico Definitivo

Tabla 29 bis: Crosstab: Relación entre el Parte de Lesiones y el Diagnóstico Final. Recodificada

Diagnóstico final	Parte de Lesiones	Fr	La realización del parte de lesiones		Total
			no	si	
CE OIDO IZQUIERDO ...	Fr	79	4	83	
	% en el diagnóstico final	95,2%	4,8%	100,0%	
ESPINA EN BASE DE LENGUA EN AREA ORL	Fr	19	0	19	
	% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	100,0%	
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	Fr	10	0	10	
	% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	100,0%	
SENSACION DE CE OROFARINGEO	Fr	5	14	19	
	% en el diagnóstico final	26,3%	73,7%	100,0%	
INGESTA DE LEJIA O CAÚSTICOS	Fr	60	1	61	
	% en el diagnóstico final	98,4%	1,6%	100,0%	
FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DESPLAZADA	Fr	31	29	60	
	% en el diagnóstico final	51,7%	48,3%	100,0%	
CONTUSIÓN DE	Fr	20	63	83	

Total	PABELLÓN AURICULAR	% en el diagnóstico final	24,1%	75,9%	100,0%
	TRAUMATISMO CERVICAL	Fr	6	34	40
		% en el diagnóstico final	15,0%	85,0%	100,0%
	FX DE PARED DE ÓRBITA Y ENFISEMA	Fr	26	4	30
		% en el diagnóstico final	86,7%	13,3%	100,0%
	DESGARRO DE FRENILLO, PALADAR	Fr	14	1	15
		% en el diagnóstico final	93,3%	6,7%	100,0%
		Fr	270	150	420
		% en el diagnóstico final	64,3%	35,7%	100,0%

P<0.001

VI. II. 2. 10. PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO REQUERIDO

Existe correlación significativa entre la realización del Parte de Lesiones y el tratamiento requerido con una $p < 0.001$. Esto es coherente con la realidad clínica ya que a tratamientos más complejos o de mayor riesgo se tiene más conciencia de gravedad o posibilidad de problemas y complicaciones administrativas o legales realizándose pues Parte de Lesiones en mayor número de pacientes.

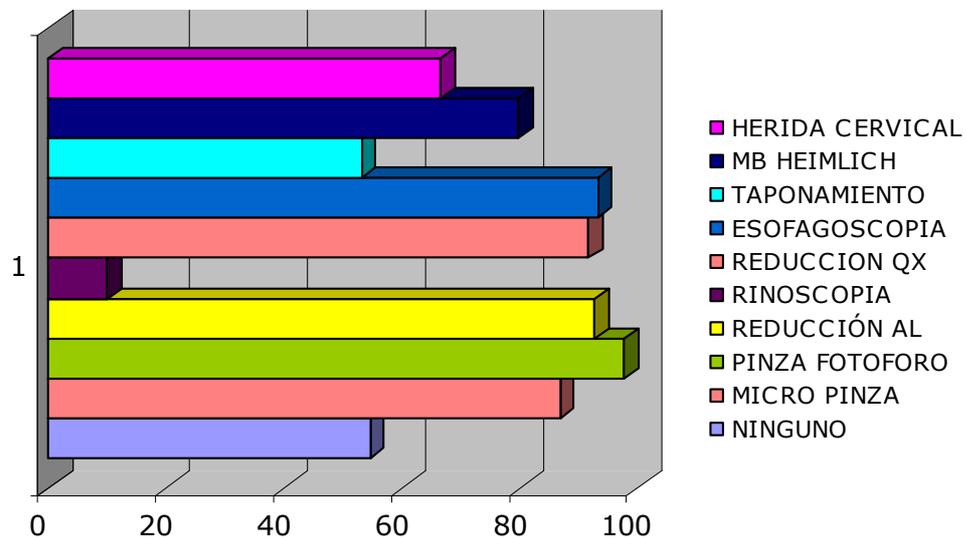


Figura 30. Correlación entre Parte de Lesiones y Tratamiento requerido

Tabla 30. Test de Crosstab: Correlación entre el Parte de Lesiones y el Tratamiento requerido

			La realización del parte de lesiones		Total
			no	si	
El modo de extracción del cuerpo extraño	NINGUNO	Fr	110	91	201
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	54,7%	45,3%	100,0%
	MICRO-PINZA	Fr	20	3	23
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	87,0%	13,0%	100,0%
	PINZA-FOTOFORO	Fr	47	1	48
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	97,9%	2,1%	100,0%
	REDUCION A. LOCAL-PRESION DIGITAL	Fr	13	1	14
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	92,9%	7,1%	100,0%
	RINOSCOPIA-ESPATULA	Fr	3	27	30
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	10,0%	90,0%	100,0%
	REDUCION DE FX EN QUIRÓFANO	Fr	33	3	36
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	91,7%	8,3%	100,0%
	ESOFAGOSCOPIA	Fr	14	1	15
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	93,3%	6,7%	100,0%
TAPONAMIENT SUTURA	Fr	24	21	45	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	53,3%	46,7%	100,0%	
MB HEIMLICH	Fr	4	1	5	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	80,0%	20,0%	100,0%	
HERIDA CERVICAL- LESIONES DE VASOS	Fr	2	1	3	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	66,7%	33,3%	100,0%	
Total	Fr	270	150	420	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	64,3%	35,7%	100,0%	

P<0.001

VI. II. 2. 11. PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO

El tratamiento domiciliario son las prescripciones y recomendaciones que se le dan al paciente al Alta. Suelen darse por escrito en la Hoja de Asistencia de Urgencias, y se le explican verbalmente. Suelen ser tratamientos farmacológicos, de cuidados y medidas higiénicas. En el caso de que no tenga que hacerse más que la observación de la evolución, de manera que ni no aparecen complicaciones, la evolución es buena y acaba en la curación, no se realiza Parte de Lesiones. Mientras que los casos en los que se hizo Parte de Lesiones, coinciden con los pacientes a los que sí se prescribió algún tipo de tratamiento. Esto, desde la perspectiva médicolegal suele coincidir, en la primera situación, con el concepto de “vigilancia de la lesión”, mientras que en la segunda circunstancia estaríamos ante la necesidad de “tratamiento médico”. Esto ha resultado significativo con $p < 0.001$.

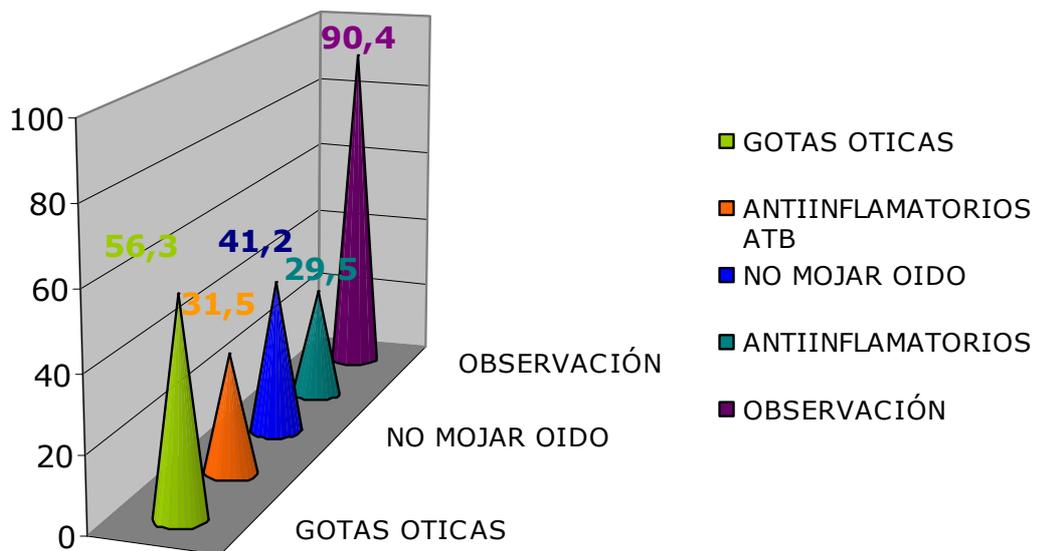


Figura 31: Correlación entre el Parte de Lesiones y el Tratamiento requerido

Tabla 31: Prueba de Crosstab correlación entre el Parte de Lesiones y el tratamiento requerido

El tratamiento domiciliario			La realización del parte de lesiones		Total
			no	si	
OBSERVACIÓN	Fr		206	22	228
	% en el tratamiento domiciliario		90,4%	9,6%	100,0%
	ANTIINFLAMATORIOS	Fr	31	74	105
	% en el tratamiento domiciliario		29,5%	70,5%	100,0%
	NO MOJAR EL OIDO	Fr	7	10	17
	% en el tratamiento domiciliario		41,2%	58,8%	100,0%
ANTIINFLAMATORIOS - ANTIBIOTICOS	Fr	17	37	54	
% en el tratamiento domiciliario		31,5%	68,5%	100,0%	
GOTAS OTICAS	Fr	9	7	16	
% en el tratamiento domiciliario		56,3%	43,8%	100,0%	
Total	Fr		270	150	420
	% en el tratamiento domiciliario		64,3%	35,7%	100,0%

P<0.001

VI. III. 3. PARTE DE LESIONES Y GRADO DE CALIDAD DEL DOCUMENTO

Los datos del Parte de Lesiones, como expusimos en el apartado de Material y Método, los hemos valorado mediante una Escala de calidad creciente que va del 1 al 5, considerando los grados de “Nulo”, “Medio” y “Alto”.

Para valorar en este trabajo el grado de cumplimentación del documento del Parte de Lesiones, consideramos cada uno de los apartados que deben integrarlo, estos son: Datos personales y profesionales del Médico: Datos personales del lesionado, Naturaleza de la lesión, Tratamiento aplicado, ya sea médico y/o quirúrgico, y el Mecanismo de producción de las Lesiones.

Cuando se han cumplimentado todos los apartados, el nivel de calidad del Documento es máximo y alcanza la puntuación de 5 o grado “Alto”: la calidad va disminuyendo, pasando por el grado “Medio”, hasta el nivel de 0-1 puntos, lo cual coincidiría con la calificación de “Nulo”, lo que suele indicar que no se ha elaborado ni emitido el documento.

Se nos podría argumentar que no todos los apartados tienen la misma importancia, ya que si no consta el tratamiento aplicado, el Juez carecerá de la información fundamental para tomar decisiones en cuanto a la urgencia e intensidad con la que se debe acometer la investigación del caso. Esto es también aplicable al mecanismo de producción de las lesiones o a la etiología médico-legal ya que no es igual un accidente que una agresión. Sin embargo, en nuestra opinión, un Parte de Lesiones que se emitiera sólo con los datos del médico o los del paciente y sin información clínica, al menos deja abierta la posibilidad de que, si llega al Juzgado, desde aquí se buscará la forma de establecer contacto y de recabar más información sobre el tema.

La calificación atribuida a la valoración numérica es la siguiente:

Nulo: 0 y 1

Medio: 2 y 3

Alto: 4 y 5.

En esta Figura 30 se observa la realización del Parte de Lesiones y la Calidad del mismo. Se puede comprobar que existe asociación significativa con una $p < 0.001$ entre la realización del Parte de Lesiones y la calidad del mismo. Esto indica que lo habitual es que si se realiza Parte de Lesiones, se cumplimenta de forma adecuada, y la calidad del documento es “Alta”, mientras que el realizarlo y dejar apartados sin cumplimentar, lo que correspondería a un grado “Medio”, es muy poco frecuente. Esto se podría resumir en que cuando se realiza el Parte de Lesiones, se suele cumplimentar bien.

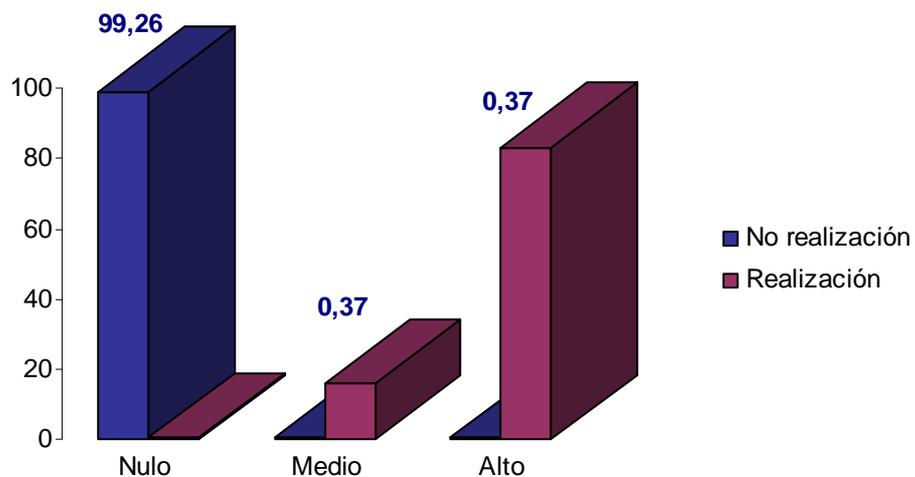


Figura 32. Realización de Parte de Lesiones y Calidad del documento

Tabla 32. Parte de Lesiones y Valoración de la calidad del documento

Valoración del documento	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada
Nulo	271	64.22	64.22
Medio	25	5.29	70.14
Alto	126	29.86	100
Total	422	100	

VI. III. 3. 1. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y SEXO DE LOS PACIENTES

Independientemente del sexo del paciente, el médico ha de cumplimentar el Parte de Lesiones con la mayor precisión posible y atendiendo únicamente a la naturaleza de la lesión la gravedad de la misma y su mecanismo de producción y el tratamiento administrado. El análisis de nuestros resultados revela que no existe asociación entre el sexo del paciente y la calidad formal y de contenidos con que se ha realizado el documento. Lo cual significa que cuando el médico realiza Parte de Lesiones, lo hace de forma adecuada con independencia del sexo del paciente al que atiende.

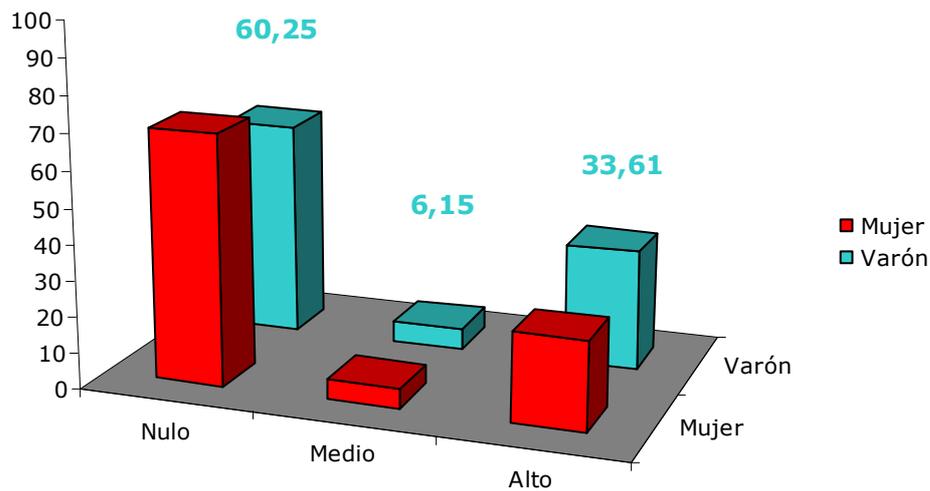


Figura 33. Correlación de la Calidad del Parte de lesiones y Sexo de los pacientes

Tabla 33. Calidad del Parte de Lesiones y Sexo de los pacientes

Sexo del paciente		Valor del documento			Total
		Nulo	Medio	Alto	
Mujer	Nº de casos	124	10	44	178
	Porcentaje	69.66	5.62	24.72	100
Varón	Nº de casos	147	15	82	244
	Porcentaje	60.25	6.15	33.61	100
Total	Nº de casos	271	25	126	422
	Porcentaje	64.22	5.92	29.86	100
	Porcentaje	64.22	5.92	29.86	100

P= 1229088

VI. III. 3. 2. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y EDAD DE LOS PACIENTES

La Figura 34 muestra las diferencias significativas con una $P = 0.00224737$ de la Calidad del Parte de Lesiones y los diferentes grupos de edad de los pacientes; apareciendo el grupo de edades comprendidas entre los 10 y los 20 años como aquél en el que el documento se cumplimenta de forma más adecuada.

Esto lo interpretamos en la misma línea en la que explicábamos el hecho de que, en estos grupos de edad se realiza el documento; es decir, en estas edades las lesiones suelen ser de tipo traumático y en relación con accidentes deportivos, agresiones, accidentes de tráfico etc. y ante estos eventos el médico realiza el Parte de Lesiones y además tiende a cumplimentar los datos relativos al tipo de lesión y al mecanismo de producción, ya que sabe que pueden tener complicaciones legales.

No sucede así en edades inferiores ya que en las urgencias materno-infantiles se tiende a no hacer el Parte, y en los casos en los que se hace, no se perfilan detalles al considerar que la presencia de los padres y las explicaciones que estos dan son datos que eliminan conflictos legales posteriores. Aprovechamos para insistir en que esto no es adecuado. Vemos así que en las edades entre 0-5 años el valor “Nulo” del documento alcanza el 80,21 % y el valor “Alto” es de tan solo el 15,63%.

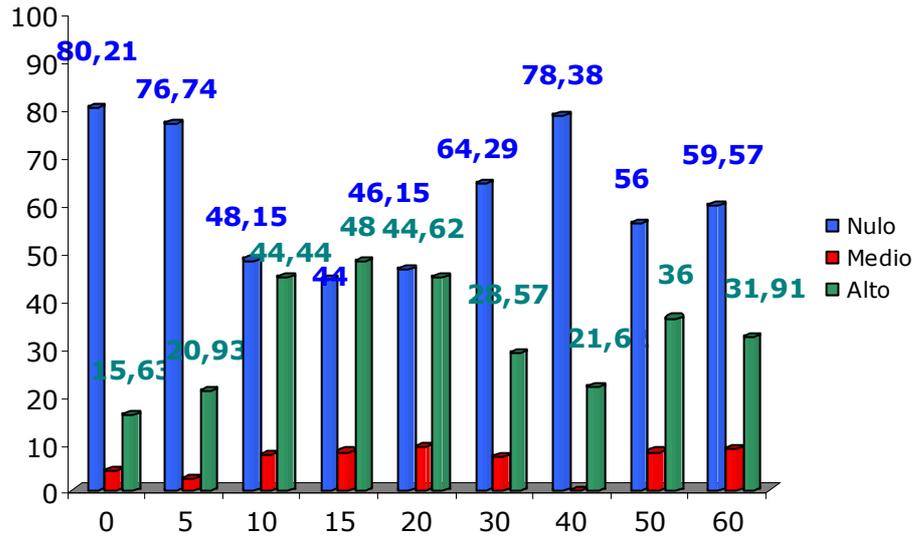


Figura 34. Calidad del Parte de Lesiones y Edad de los pacientes

Tabla 34 . Calidad del Parte de Lesiones y Edad de los pacientes

Edad		Valor del Documento			Total
		Nulo	Medio	Alto	
0-5	N° de casos	77	4	15	96
	Porcentaje	80.21	4.17	15.63	100
5-10	N° de casos	33	1	9	43
	Porcentaje	76.74	2.33	20.93	100
10-15	N° de casos	13	2	12	27
	Porcentaje	48.15	7.41	44.44	100
15-20	N° de casos	11	2	12	25
	Porcentaje	44	8	48	100
20-30	N° de casos	30	6	29	65
	Porcentaje	46.15	9.23	44.62	100
30-40	N° de casos	36	4	16	56
	Porcentaje	64.29	7.14	28.57	100
40-50	N° de casos	29	0	8	37
	Porcentaje	78.38	0	21.62	100
50-60	N° de casos	14	2	9	25

P = 0.00224737

VI. III. 3. 3. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES

Esta correlación no resulta significativa.

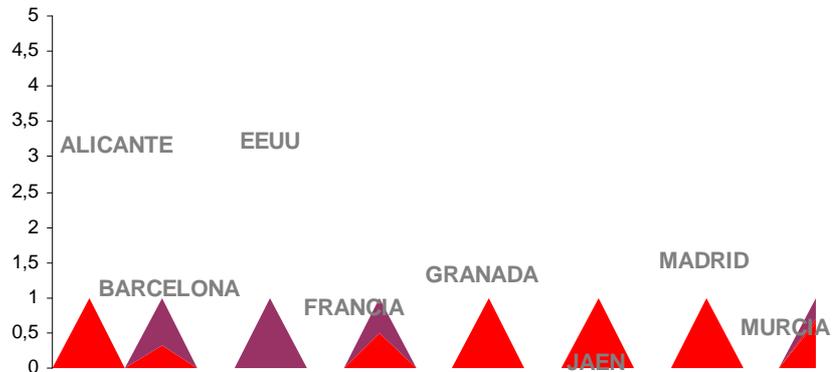


Figura 35. Correlación de la calidad del Parte de Lesiones y la Procedencia geográfica

Tabla 35. Test de Crosstab entre la Calidad del Parte de Lesiones y la Procedencia geográfica de los pacientes

Provincia			El valor del documento(recodificado)			Total
			nulo	medio	alto	
ALICANTE	Count		3	0	0	3
	% within provincia		100,0%	,0%	,0%	100,0%
BARCELONA	Count		1	0	2	3
	% within provincia		33,3%	,0%	66,7%	100,0%
EEUU	Count		0	0	1	1
	% within provincia		,0%	,0%	100,0%	100,0%
FRANCIA	Count		1	0	1	2
	% within provincia		50,0%	,0%	50,0%	100,0%
GRANADA	Count		1	0	0	1
	% within provincia		100,0%	,0%	,0%	100,0%
JAEN	Count		1	0	0	1
	% within provincia		100,0%	,0%	,0%	100,0%
MADRID	Count		2	0	0	2
	% within provincia		100,0%	,0%	,0%	100,0%
MURCIA	Count		262	25	121	408
	% within provincia		64,2%	6,1%	29,7%	100,0%
Total	Count		271	25	125	421
	% within provincia		64,4%	5,9%	29,7%	100,0%

P=0.712

VI. III. 3. 4. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES E INCIDENCIA POR MESES.

No existe significación al correlacionar la Calidad del Parte de Lesiones y la Incidencia por meses

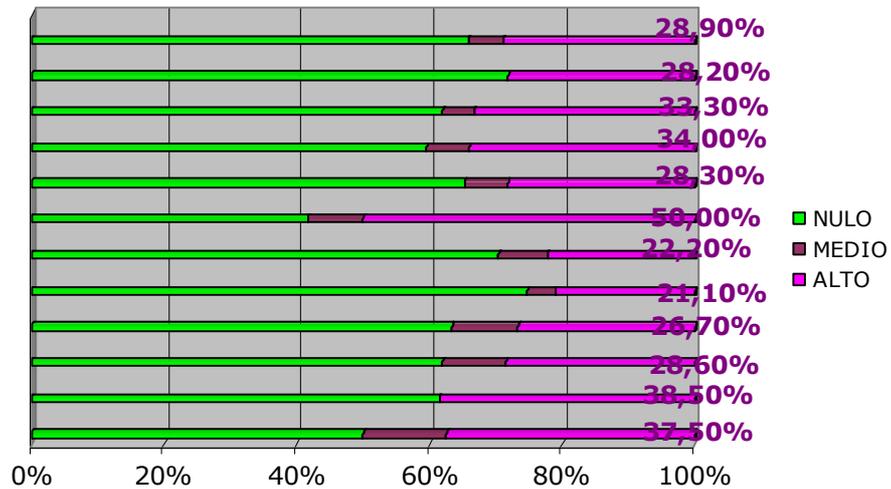


Figura 36. Correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y la incidencia mensual

Tabla 36. Test de Crosstab entre la Calidad del Parte de Lesiones y la Incidencia por meses

Mes		El valor del documento(recodificado)			Total
		nulo	medio	alto	
1	Count	12	3	9	24
	% within mes	50,0%	12,5%	37,5%	100,0%
2	Count	8	0	5	13
	% within mes	61,5%	,0%	38,5%	100,0%
3	Count	13	2	6	21
	% within mes	61,9%	9,5%	28,6%	100,0%
4	Count	19	3	8	30
	% within mes	63,3%	10,0%	26,7%	100,0%
5	Count	53	3	15	71
	% within mes	74,6%	4,2%	21,1%	100,0%
6	Count	19	2	6	27
	% within mes	70,4%	7,4%	22,2%	100,0%
7	Count	10	2	12	24
	% within mes	41,7%	8,3%	50,0%	100,0%
8	Count	30	3	13	46
	% within mes	65,2%	6,5%	28,3%	100,0%
9	Count	28	3	16	47
	% within mes	59,6%	6,4%	34,0%	100,0%
10	Count	26	2	14	42
	% within mes	61,9%	4,8%	33,3%	100,0%
11	Count	28	0	11	39
	% within mes	71,8%	,0%	28,2%	100,0%
12	Count	25	2	11	38
	% within mes	65,8%	5,3%	28,9%	100,0%
Total	Count	271	25	126	422
	% within mes	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%

P=0.572

VI. III. 3. 5. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y ANTECEDENTES PERSONALES

No se puede decir que exista relación entre los Antecedentes personales previos del paciente, y la Calidad del documento. La $P=0.054$. Aunque no se alcanza la significación se está muy cerca de ella y sería en el sentido de que cuando hay antecedentes quirúrgicos el Valor del documento es más probable que alcance un grado “Medio” o “Alto”, no sucediendo así cuando no existen estos antecedentes.

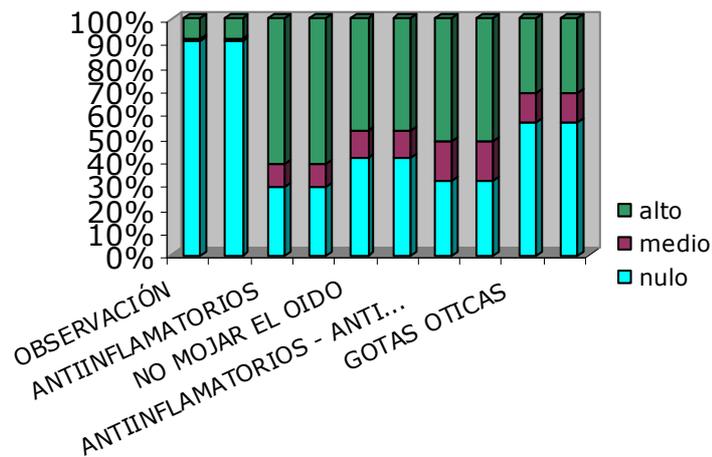


Figura 37. Correlación entre la Calidad del documento y los Antecedentes personales

Tabla 37. Test de Crosstab entre la Calidad del Documento y los Antecedentes Personales

			el valor del documento(recodificado)			Total
			nulo	medio	alto	nulo
el tratamiento domiciliario	OBSERVACIÓN	Fr	207	2	20	229
		% en el tratamiento domiciliario	90,4%	,9%	8,7%	100,0%
	ANTIINFLAMATORIOS	Fr	31	10	65	106
		% en el tratamiento domiciliario	29,2%	9,4%	61,3%	100,0%
	NO MOJAR EL OIDO	Fr	7	2	8	17
		% en el tratamiento domiciliario	41,2%	11,8%	47,1%	100,0%
ANTIINFLAMATORIOS - ANTIBIOTICOS	Fr	17	9	28	54	
	% en el tratamiento domiciliario	31,5%	16,7%	51,9%	100,0%	
GOTAS OTICAS	Fr	9	2	5	16	
	% en el tratamiento domiciliario	56,3%	12,5%	31,3%	100,0%	
Total	Fr	271	25	126	422	
	% en el tratamiento domiciliario	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%	

, $P<0.001$

VI. III. 3. 6 CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN

En este apartado tendremos en cuenta las posibles correlaciones entre la Calidad del Parte de Lesiones y la Naturaleza de la Lesión, diferenciando Cuerpos Extraños con su Localización y Tipos, y los Traumatismos, quedando Otras lesiones en menor número.

VI. III. 3. 6. 1 CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS

Existe asociación entre la presencia o no de un cuerpo extraño y la calidad del documento, con una $P=0$. En esta Figura 38 se expresa como cuando no se localiza el cuerpo extraño se rellena el Parte de Lesiones, lo que sucede en el 63,59 % de los casos, lo que está en concordancia con el apartado anterior.

Existe asociación entre la presencia de cuerpos extraños y el valor del documento, $p<0.001$, en el sentido de que cuando hay cuerpos extraños es mucho menos probable el tipo de documentote calidad media o alta que cuando no hay cuerpos extraños

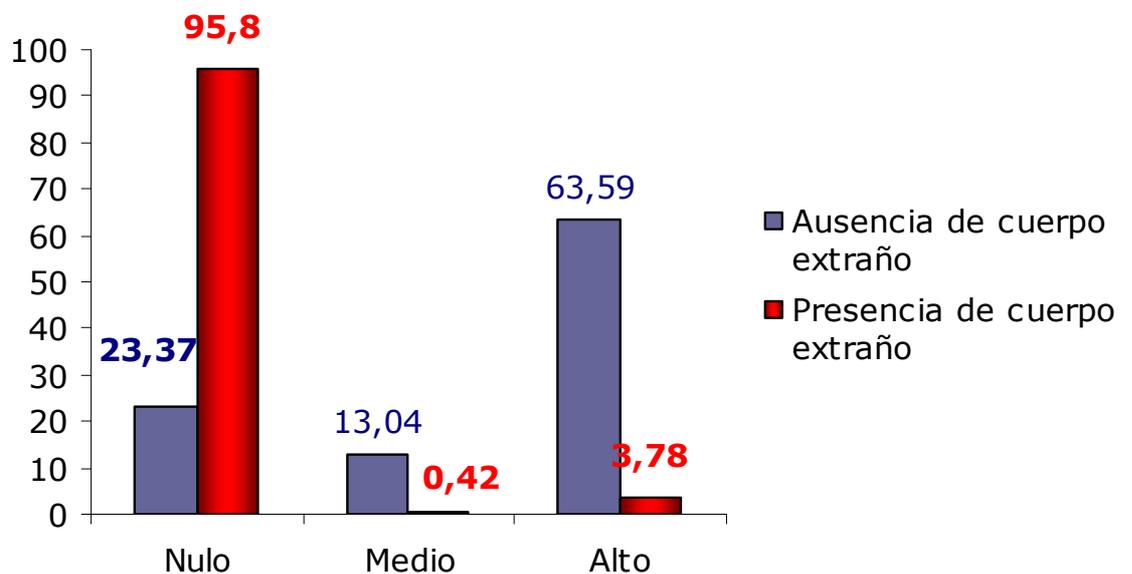


Figura 38. Correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y la Naturaleza de la Lesión

Tabla 38 bis (recodificado) Test de Crosstab: correlación entre Calidad del Parte de Lesiones y CE

			El valor del documento(recodificado)			Total	
			nulo	medio	alto		
Cuerpos extraños	no relacionados	Count	43	24	117	184	
		% within cuerpos_extra_os	23,4%	13,0%	63,6%	100,0%	
	animados	Count	7	0	0	7	
		% within cuerpos_extra_os	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	inanimados	Count	221	1	9	231	
		% within cuerpos_extra_os	95,7%	,4%	3,9%	100,0%	
	Total		Count	271	25	126	422
			% within cuerpos_extra_os	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%

p<0.001

VI. II. 3. 6. 2. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y LOCALIZACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS Y TRAUMATISMOS

En la Figura 39 se representa la asociación entre la calidad del Parte de Lesiones y la Localización anatómica del Cuerpo extraño y de los traumatismos, observándose que la calidad es de grado “Nulo” cuando se trata de Cuerpo extraño con independencia de la localización; debiéndose la significación al hecho de que cuando se trata de Traumatismos, en la mayoría de los casos se realiza el Parte y se cumplimenta adecuadamente con una calificación de “Alto”, o a nivel “Medio”.

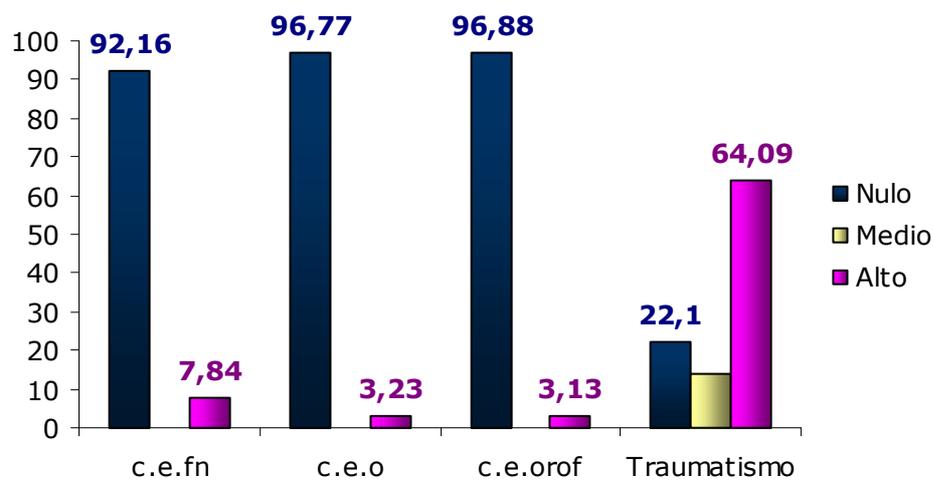


Figura 39: Correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y la Localización anatómica de los Cuerpos Extraños y Traumatismos

Tabla 39: Test Chi cuadrado correlación entre la Calidad del documento y la localización anatómica de los Cuerpos Extraños y Traumatismos

Localización del C.E.		Calidad del Parte de lesiones			Total
		Nulo	Medio	Alto	
CE FN	Nº de casos	47	0	4	51
	Porcentaje	92,16	0	7,84	100
CE Oído	Nº de casos	60	0	2	62
	Porcentaje	96,77	0	3,23	100
CE Orofaringeo	Nº de casos	124	0	4	128
	Porcentaje	96,88	0	3,13	100
Traumatismo	Nº de casos	40	25	116	181
	Porcentaje	22,10	13,81	64,09	100
Total	Nº de casos	271	25	126	422
	Porcentaje	64,22	5,92	29,86	100

VI. III. 3. 6. 3. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS

Existe asociación significativa entre la presencia de Cuerpos extraños y la Calidad del documento con una $p < 0.001$; debiéndose este hallazgo al hecho de que un Parte de Lesiones de calidad “Media” y “Alta” está asociado al hecho de una exploración negativa y sin hallazgo del Cuerpo extraño que el paciente refiere tener; mientras que el hallazgo y la extracción sin problema del Cuerpo extraño suele concluir sin realización de parte y, por tanto, con un valor de “Nulo”.

Existe asociación entre la presencia de cuerpos extraños y el valor del documento, $p < 0.001$, en el sentido de que cuando hay cuerpos extraños es mucho menos probable el tipo de documentote calidad media o alta que cuando no hay cuerpos extraños.

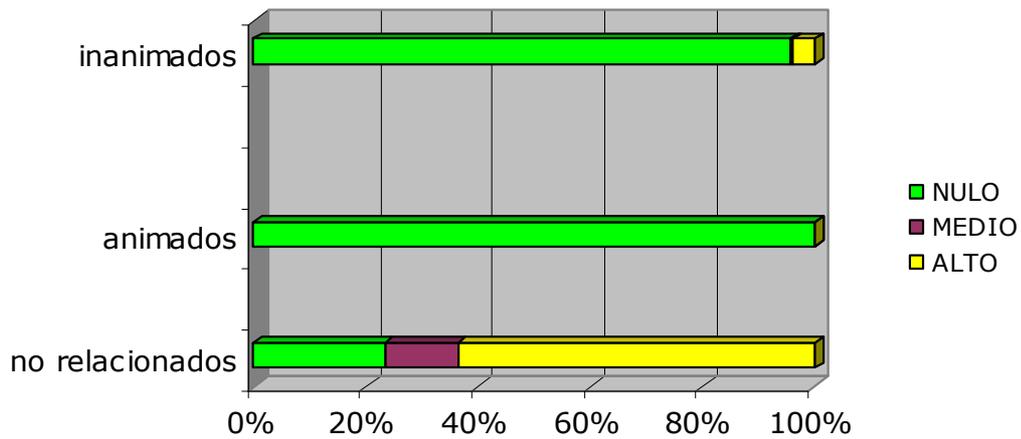


Figura 40. Correlación entre la Calidad del documento y Tipo de Cuerpo extraño

Tabla 40. Test Chi cuadrado que correlaciona la Calidad del Parte de Lesiones y Tipos de Cuerpos extraños

			El valor del documento (recodificado)			Total
			nulo	medio	alto	
Cuerpos extraños	no relacionados	Count	43	24	117	184
		% within cuerpos_extra_os	23,4%	13,0%	63,6%	100,0%
	animados	Count	7	0	0	7
		% within cuerpos_extra_os	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	inanimados	Count	221	1	9	231
		% within cuerpos_extra_os	95,7%	,4%	3,9%	100,0%
Total		Count	271	25	126	422
		% within cuerpos_extra_os	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%

p<0.001

VI. III. 3. 6. 4. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: TRAUMATISMOS

En una descripción de los diferentes tipos de Traumatismos y su correlación con la realización de Parte de lesiones de buena o mala calidad, observamos que no aparece significación dado que, en general, ante los Traumatismos se realiza Parte de lesiones y se

cumplimenta adecuadamente con un nivel de grado “Alto” y “Medio” en más del 60% de los casos.

VI. III. 3. 7. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y ETIOLOGÍA MÉDICOLEGAL DE LA LESIÓN

En la Figura 42 se observa como las categorías de accidentes casuales (o fortuitos), los deportivos, los laborales, de tráfico, agresiones y autolesiones manifiestan diferencias respecto al valor “Nulo”, “Medio” y “Alto” del documento. La balanza se inclina a favor de que en los accidentes casuales no se realiza Parte de Lesiones, apareciendo, entonces el valor “Nulo”, en el 75’96% de los casos. Nosotros postulamos que esto es debido a la menor importancia que se da a los accidentes casuales con respecto al resto de las categorías, donde aparentemente puede haber una mayor trascendencia medico-legal. La asociación existente entre la categoría de la urgencia y el valor del documento es de $P= 1.324e-18$

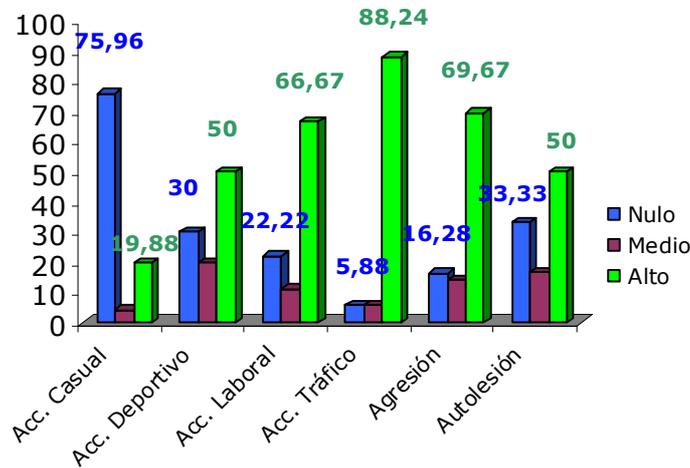


Figura 42. Correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y Etiología médico-legal de la lesión

Tabla 42. Test de Chi cuadrado correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y la Etiología Médico-legal

Etiología Médico Legal		Valor del Documento			Total
		Nulo	Medio	Alto	
Acc. casual	Nº de casos	256	14	67	337
	Porcentaje	75,96	4,15	19,88	100
Acc. deportivo	Nº de casos	3	2	5	10
	Porcentaje	30,00	20,00	50,00	100
Acc. laboral	Nº de casos	2	1	6	9
	Porcentaje	22,22	11,11	66,67	100
Acc. Tráfico	Nº de casos	1	1	15	17
	Porcentaje	5,88	5,88	88,24	100
Agresión	Nº de casos	7	6	30	43
	Porcentaje	16,28	13,95	69,77	100
Autolesión	Nº de casos	2	1	3	6
	Porcentaje	33,33	16,67	50,00	100
Total	Nº de casos	271	25	126	422
	Porcentaje	64,22	5,92	29,86	100

$P= 1,324$

VI. III. 3. 8. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Existe asociación significativa entre las Pruebas Complementarias (recodificadas) y la Calidad del documento , con $P= 0$.

Observando la Figura 43, vemos que cuando los procedimientos empleados han sido ninguno, microscopio y laringoscopia directa e indirecta, no suele cumplimentarse Parte de Lesiones lo que nos lleva a una calidad “Nulo”. Por el contrario sí se realiza Parte en los casos en los que se hicieron radiografías para el diagnóstico (73,77%) y preoperatorio, y su valor en la mayoría de los casos fue “Alto” lo que indica que cuando fue necesario actuar en quirófano para el tratamiento o cuando fueron necesarias radiografías para precisar el diagnóstico se hace el Parte y se hace bien.

Esto ha puesto de manifiesto un proceder médico inadecuado. A la luz de todos los contenidos médico-legales de esta Tesis sabemos que cuando hablamos de laringoscopia directa, nos referimos a un procedimiento invasivo y no exento de riesgos como un laringoespasma situación urgente y de riesgo vital. Por ello, consideramos que es preciso llamar la atención de los especialistas en ORL sobre el deber de cumplimentar de forma adecuada este documento en estas situaciones.

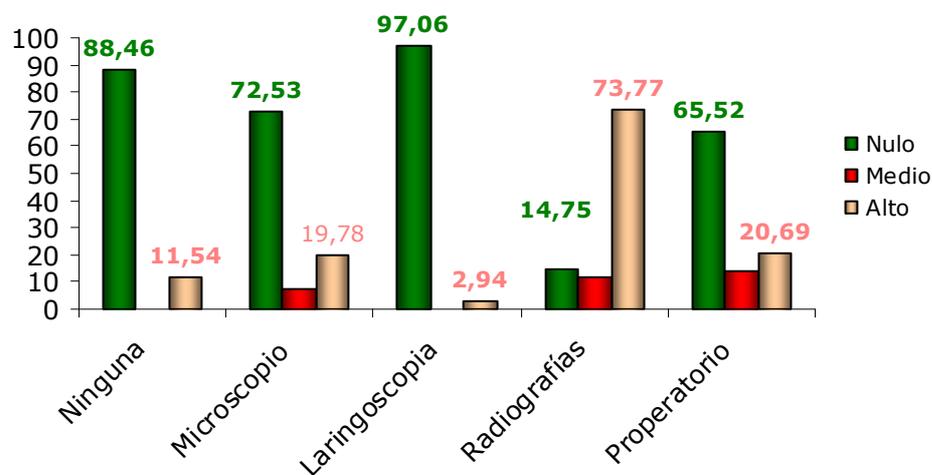


Figura 43. Correlación de Calidad de documento y las Pruebas complementarias

Tabla 43. Test de Chi cuadrado correlación entre la Calidad del documento y las Pruebas Complementarias

Pruebas complementarias		Valor del Documento			Total
		Nulo	Medio	Alto	
Ninguna	Nº de casos	69	0	9	78
	Porcentaje	88,46	0	11,54	100
Microscopio	Nº de casos	66	7	18	91
	Porcentaje	72,53	7,69	19,78	100
Laringoscopia indirecta	Nº de casos	99	0	3	102
	Porcentaje	97,06	0	2,94	100
Radiografías	Nº de casos	18	14	90	122
	Porcentaje	14,75	11,48	73,77	100
Preoperatorio	Nº de casos	19	4	6	29
	Porcentaje	65,52	13,79	20,69	100
Total	Nº de casos	271	25	126	422
	Porcentaje	64,22	5,92	29,86	100

P=0

VI. III. 3. 9. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

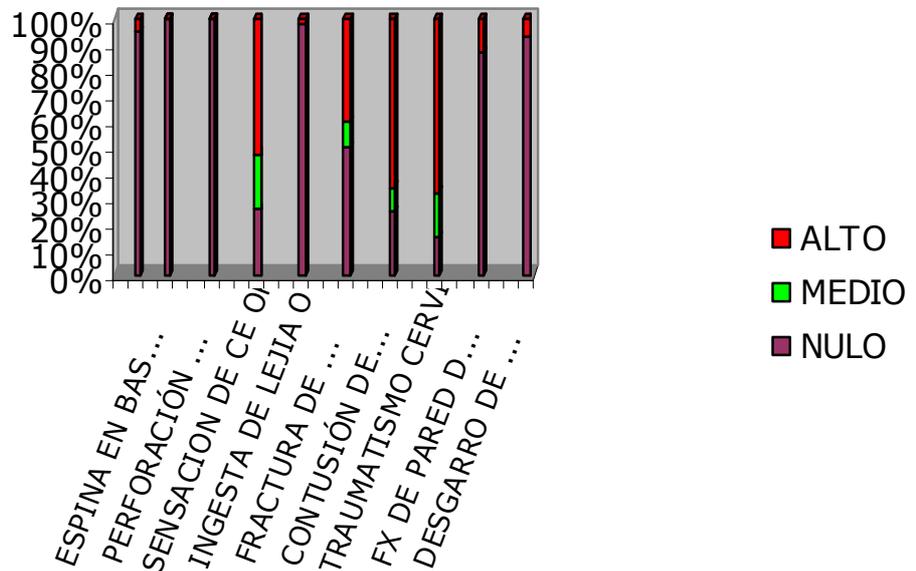


Figura 44. Correlación entre la calidad del Parte de Lesiones y el Diagnóstico definitivo

Dado que en este apartado aparecen numerosas categorías, no era aplicable la Chi cuadrado, por lo que hemos procedido a una remodificación de los datos lo que aparece en la Tabla 44-bis. En la misma aparece una significación de $p < 0.001$, que se explica porque no aparece Parte de Lesiones y por tanto, encontramos valor “Nulo”, en los Cuerpos extraños que fueron localizados y extraídos mientras que sí aparece el documento con valores de “Medio” y “Alto” en la “cuerpo extraño no localizado ni extraído”, es decir cuando el paciente refiere tener cuerpo extraño, pero este no se encuentra; y en los diferentes traumatismos. Lo que ya habíamos comentado anteriormente.

Tabla 44. Correlación entre la Calidad del documento y el Diagnóstico definitivo

Diagnóstico		Valor del Documento					Total
		0	2	3	4	5	
1	Nº de casos	115	0	0	4	3	122
	Porcentaje	94.26	0	0	3.28	2.46	100
2	Nº de casos	40	0	0	0	1	41
	Porcentaje	97.56	0	0	0	2.44	100
3	Nº de casos	6	0	4	6	3	19
	Porcentaje	31.58	0	21.05	31.58	15.79	100
4	Nº de casos	60	0	0	0	2	62
	Porcentaje	96.77	0	0	0	3.23	100
5	Nº de casos	2	0	0	0	0	2
	Porcentaje	100	0	0	0	0	100
6	Nº de casos	11	1	12	21	27	72
	Porcentaje	15.28	1.39	16.67	29.17	37.50	100
7	Nº de casos	19	0	8	21	34	82
	Porcentaje	23.17	0	9.76	25.61	41.46	100
8	Nº de casos	8	0	0	1	1	10
	Porcentaje	80	0	0	10	10	100
9	Nº de casos	6	0	0	0	2	8
	Porcentaje	75	0	0	0	25	100
10	Nº de casos	2	0	0	0	0	2
	Porcentaje	100	0	0	0	0	100
Total	Nº de casos	269	1	24	53	73	420
	Porcentaje	64.05	0.24	5.71	12.62	17.38	100

Tabla 44 bis. Test de Crosstab: Correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y el diagnóstico definitivo recodificado.

			El valor del documento(recodificado)			Total
			nulo	medio	alto	
El diagnóstico final	CE OIDO IZQUIERDO	Fr	79	0	4	83
	...	% en el diagnóstico final	95,2%	,0%	4,8%	100,0%
	ESPINA EN BASE DE LENGUA EN AREA ORL	Fr	19	0	0	19
	PERFORACIÓN	% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Fr	10	0	0	10

	TIMPÁNICA	% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	SENSACION DE CE OROFARINGEO	Fr	5	4	10	19
		% en el diagnóstico final	26,3%	21,1%	52,6%	100,0%
	INGESTA DE LEJIA O CAÚSTICOS	Fr	60	0	1	61
		% en el diagnóstico final	98,4%	,0%	1,6%	100,0%
	FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DESPLAZADA	Fr	30	6	24	60
		% en el diagnóstico final	50,0%	10,0%	40,0%	100,0%
	CONTUSIÓN DE PABELLÓN AURICULAR	Fr	21	8	55	84
		% en el diagnóstico final	25,0%	9,5%	65,5%	100,0%
	TRAUMATISMO CERVICAL	Fr	6	7	27	40
		% en el diagnóstico final	15,0%	17,5%	67,5%	100,0%
	FX DE PARED DE ÓRBITA Y ENFISEMA	Fr	27	0	4	31
		% en el diagnóstico final	87,1%	,0%	12,9%	100,0%
	DESGARRO DE FRENILLO, PALADAR	Fr	14	0	1	15
		% en el diagnóstico final	93,3%	,0%	6,7%	100,0%
Total		Fr	271	25	126	422
		% en el diagnóstico final	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%

P<0.001

VI. III. 3. 10. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO REQUERIDO

Dado el gran número de categorías la variable de tratamiento definitivo el Chi cuadrado no es aplicable por lo que esta dispersión se reagrupa en la Tabla 45-bis Existe asociación entre ambas variables, P<0.001

Tabla 45. Test de Chi Cuadrado entre la Calidad del Parte de Lesiones y el Tratamiento requerido

Tratamiento requerido		Valor del Documento			Total
		Nulo	Medio	Alto	
Ninguno	Nº de casos	110	16	76	202
	Porcentaje	54,46	7,92	37,04	100
Micro-pinza	Nº de casos	20	0	3	23
	Porcentaje	86,96	0	13,04	100
Pinza-fotóforo	Nº de casos	47	0	1	48
	Porcentaje	97,92	0	2,08	100
Espátula-Micro	Nº de casos	13	0	0	13
	Porcentaje	100	0	0	100
Reducción a. local fx	Nº de casos	3	5	22	30
	Porcentaje	10,00	16,67	73,33	100
Rinoscopia y espátula	Nº de casos	31	0	2	33
	Porcentaje	93,94	0	6,06	100

Reducción de fx en qx	Nº de casos	0	0	1	1
	Porcentaje	0	0	100	100
Extracción de hematoma	Nº de casos	3	0	1	4
	Porcentaje	75,00	0	25,00	100
Micro aspirador	Nº de casos	9	0	0	9
	Porcentaje	100	0	0	100
Lavado Ótico	Nº de casos	24	0	0	24
	Porcentaje	100	0	0	100
Esofagoscopia	Nº de casos	5	0	2	7
	Porcentaje	71,43	0	28,57	100
Taponamiento-sutura	Nº de casos	0	1	1	2
	Porcentaje	0	50	50	100
Sutura I-C	Nº de casos	1	3	16	20
	Porcentaje	5	15	80	100
Rinoscopia-Pinza a.l	Nº de casos	0	0	1	1
	Porcentaje	0	0	100	100
Mb Heimlich	Nº de casos	1	0	0	1
	Porcentaje	100	0	0	100
Endoscopia anestesia	Nº de casos	1	0	0	1
	Porcentaje	100	0	0	100
Fibrosocopia de canal	Nº de casos	2	0	0	2
	Porcentaje	100	0	0	100
Herida cervical	Nº de casos	1	0	0	1
	Porcentaje	100	0	0	100
Total	Nº de casos	271	25	126	422
	Porcentaje	64,22	5,92	29,86	100

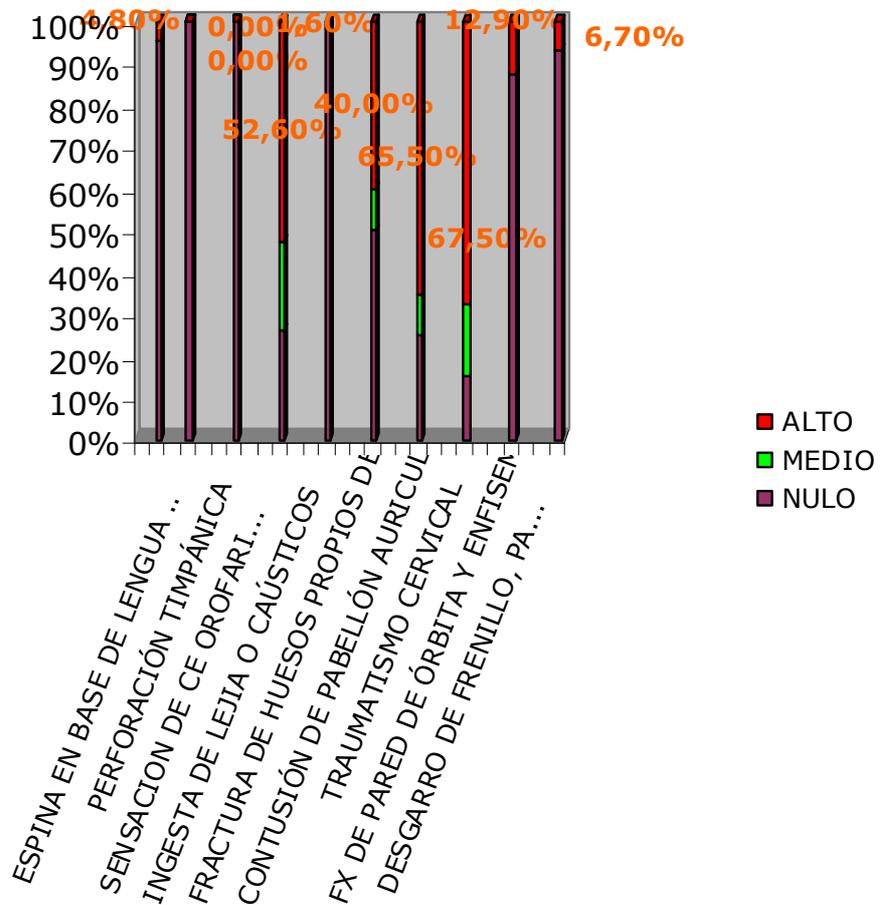


Figura 45. Correlación entre la calidad del Parte de lesiones y el Tratamiento requerido

Tabla 45. bis. Prueba de Crosstab entre la Calidad del Parte de Lesiones y el Tratamiento requerido

El modo de extracción del cuerpo extraño		Fr	El valor del documento(recodificado)			Total
			nulo	medio	alto	
NINGUNO		Fr	110	16	76	202
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	54,5%	7,9%	37,6%	100,0%
MICRO-PINZA		Fr	20	0	3	23
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	87,0%	,0%	13,0%	100,0%
PINZA-FOTOFORO		Fr	47	0	1	48
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	97,9%	,0%	2,1%	100,0%
REDUCION A. LOCAL-PRESION DIGITAL		Fr	13	0	1	14
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	92,9%	,0%	7,1%	100,0%
RINOSCOPIA-ESPATULA		Fr	3	5	22	30
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	10,0%	16,7%	73,3%	100,0%
REDUCION DE FX EN QUIRÓFANO		Fr	33	0	3	36
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	91,7%	,0%	8,3%	100,0%
ESOFAGOSCOPIA		Fr	14	0	1	15
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	93,3%	,0%	6,7%	100,0%
TAPONAMIENT SUTURA		Fr	25	4	17	46
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	54,3%	8,7%	37,0%	100,0%
MB HEIMLICH		Fr	4	0	1	5
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
HERIDA CERVICAL- LESIONES DE VASOS		Fr	2	0	1	3
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
Total		Fr	271	25	126	422
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%

P<0.001

VI. III. 3. 11. CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO

En la correlación entre la Calidad del Parte de lesiones y el Tratamiento domiciliario encontramos una significación de $p < 0.001$ ya que aparece Parte de lesiones con un nivel de cumplimentación “Alto” cuando el paciente va a domicilio con prescripción farmacológica o de medidas preventivas todo lo cual se debe volver a controlar para estar seguros de que no ha habido complicaciones el riesgo de que esto ocurra coincide con la seriedad de la lesión y por tanto con mejor cumplimentación del documento

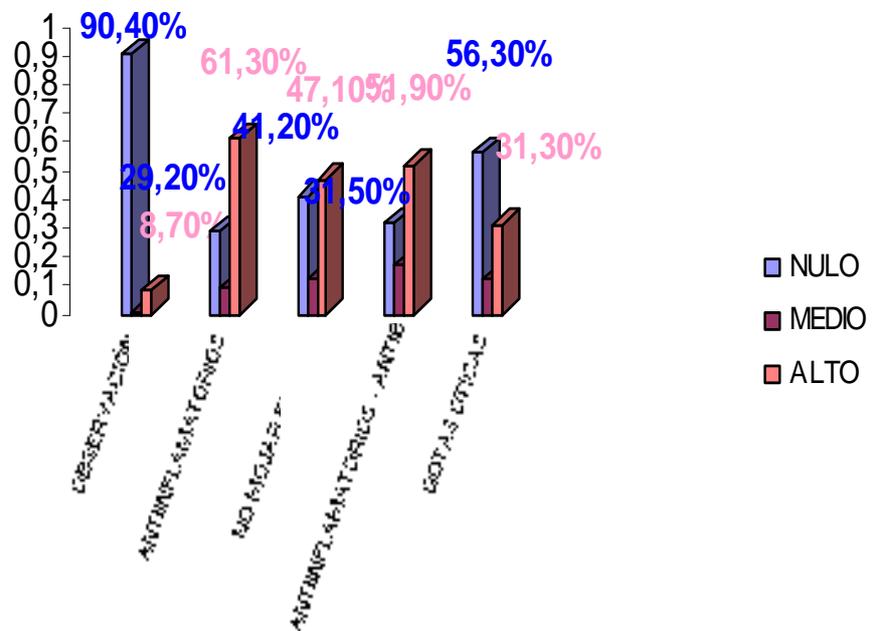


Figura 46. Correlación entre la calidad del Parte de Lesiones y el Tratamiento domiciliario

Tabla 46. Prueba de Crosstab correlación entre la Calidad del Parte de Lesiones y el Tratamiento requerido

El tratamiento domiciliario	OBSERVACIÓN	Fr	El valor del documento(recodificado)			Total
			nulo	medio	alto	
			207	2	20	229
		% en el tratamiento domiciliario	90,4%	,9%	8,7%	100,0%
	ANTIINFLAMATORIOS	Fr	31	10	65	106
		% en el tratamiento domiciliario	29,2%	9,4%	61,3%	100,0%
	NO MOJAR EL OIDO	Fr	7	2	8	17
		% en el tratamiento domiciliario	41,2%	11,8%	47,1%	100,0%
	ANTIINFLAMATORIOS - ANTIBIOTICOS	Fr	17	9	28	54
		% en el tratamiento domiciliario	31,5%	16,7%	51,9%	100,0%
	GOTAS OTICAS	Fr	9	2	5	16
		% en el tratamiento domiciliario	56,3%	12,5%	31,3%	100,0%
Total		Fr	271	25	126	422
		% en el tratamiento domiciliario	64,2%	5,9%	29,9%	100,0%

P<0.001

VI. IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ya hemos comentado que conforme a la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente o en su caso, su representante legal, tiene derecho a recibir una información completa y adecuada sobre los hallazgos encontrados, el diagnóstico establecido y el tratamiento indicado para remediar las lesiones. Esto hay que realizarlo antes de proceder al tratamiento, con el fin de obtener el consentimiento preceptivo, antes de actuar. Cuando se trata de un procedimiento invasivo o con riesgos previsibles y de cierta entidad, la información se expondrá por escrito para que el paciente la conozca, la valore y pueda decidir sobre las alternativas que se le planteen, para después aceptar la actuación médica expresando

así su consentimiento a través de la firma del documento. Es también preciso explicar los riesgos para que el paciente los conozca y los asuma.

Se constituye así el llamado Consentimiento Informado, documento de carácter medicolegal que acredita el cumplimiento y el respeto del médico por el paciente, su autonomía y sus derechos fundamentales.

En la práctica, puede cumplirse formalmente entregando el documento al paciente o a su representante legal para la firma, pero sin la explicación adecuada y necesaria. En la práctica, aun se pueden encontrar casos en los que, a pesar de no existir urgencia, el médico puede proceder con calidad técnica, pero sin proporcionar al paciente la información necesaria, o entregarle el documento, quedando sin cumplir este requisito legal y deontológico.

Aunque ya la Ley General de Sanidad contenía esta exigencia, aún encontramos una deficiente formación médico-legal al respecto, sobre todo en especialidades que, siendo incluso quirúrgicas, no han incorporado este deber específicamente desarrollado en 2002 a través de la mencionada Ley 41/2002. La Otorrinolaringología es una especialidad de especial riesgo en este sentido, ya que sus intervenciones, pueden aparentar menor riesgo vital que cuando se interviene sobre órganos o aparatos vitales como el corazón o el cerebro.

Con el ánimo de constatar la situación en nuestra especialidad de Otorrinolaringología, hemos requerido estudiar en nuestro trabajo, de forma específica este documento, considerando en primer lugar, si forma parte de la documentación clínica obrante en la Historia Clínica del paciente. En segundo lugar hemos pasado a valorar su cumplimentación, tanto en lo formal como en el contenido médico-legal que sería adecuado a cada caso.

Los resultados los expondremos en los siguientes apartados.

VI. IV. 1. CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los resultados muestran, como se recoge en la Figura 47 que en el 94.76% de los casos no se realizó Consentimiento Informado.

Esta es una cifra que merece comentarse y criticarse seriamente tanto desde el punto de vista legal como deontológico.

Consideramos que esta es una de las conclusiones más llamativas de nuestro trabajo. Es preciso llevar al ánimo de los especialistas en Otorrinolaringología, que el Consentimiento Informado es actualmente un deber legal y, hacerlo de forma cuidadosa y personalizada es un deber deontológico. Como consecuencia, desde este trabajo haremos una llamada de atención a nuestros colegas sobre el riesgo legal que conlleva este incumplimiento. Al tiempo que recordaremos que el acto médico requiere comunicación y aceptación que debe quedar plasmada en el documento y en la propia historia clínica del paciente, como indica la citada Ley.

Uno de los problemas más destacados en el Servicio de Urgencias es que dada la rapidez asistencial y la gran magnitud de pacientes que acuden al mismo, el facultativo olvida en determinadas circunstancias la solicitud al paciente del Consentimiento Informado. Asimismo, hay muchas pruebas complementarias que se realizan de forma rutinaria sin la petición de consentimiento, siendo esto en ocasiones un grave error. La gráfica muestra que un 95% de los pacientes atendidos durante este periodo no presentan consentimiento informado, donde solo el porcentaje restante lo presenta.

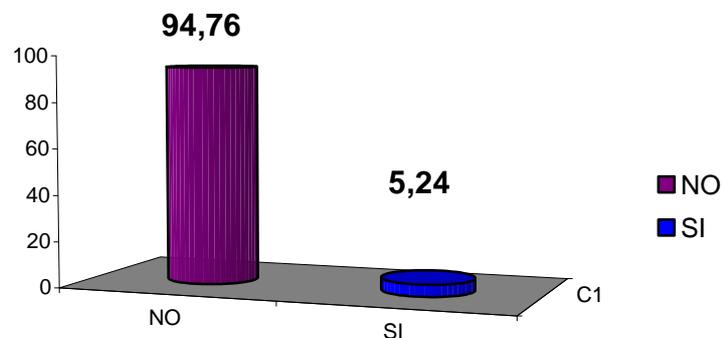


Figura 47 Cumplimentación del Consentimiento informado

VI. IV. 2. CONSENTIMIENTO Y SEXO DE LOS PACIENTES

La correlación entre la realización del Consentimiento Informado y el Sexo de los pacientes no es significativa ($p= 0.14071$).

Dado que ningún paciente en ninguna ocasión está exento de firmar el documento, este debería cumplimentarse siempre en todas aquellas situaciones en las que se requiera de una prueba invasiva o tratamiento quirúrgico.

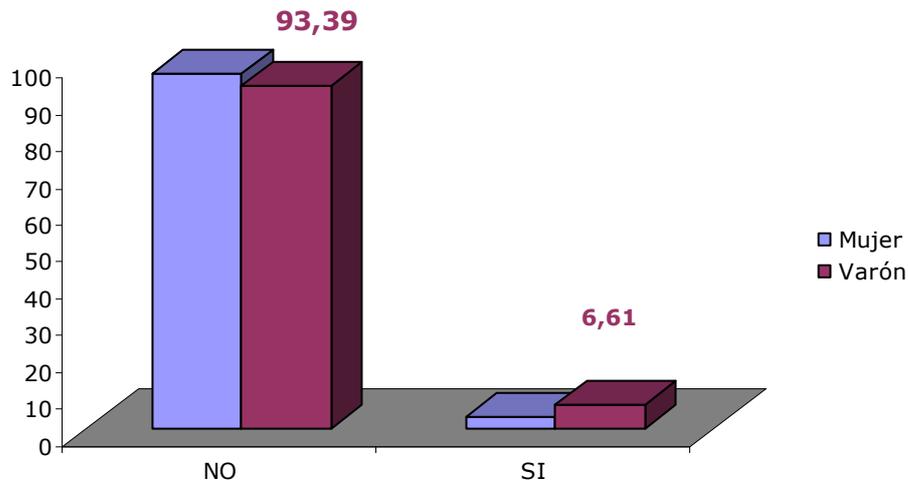


Figura 49 : Correlación entre el Consentimiento Informado y el Sexo de los pacientes

Tabla 49 : Prueba de Fisher correlación entre el Consentimiento y el Sexo del paciente

Sexo del paciente		Consentimiento		Total
		No	Si	
Mujer	Nº de casos	172	6	178
	Porcentaje	96.3	3.37	100
Varón	Nº de casos	226	16	242
	Porcentaje	93.39	6.61	100
Total	Nº de casos	398	22	420
	Porcentaje	94.76	5.24	100

$p= 0.14071$

VI. IV. 3. CONSENTIMIENTO Y EDAD DE LOS PACIENTES

La correlación entre la Edad de los pacientes y la realización del Consentimiento Informado muestra que no existe asociación entre estas variables. Es necesario resaltar que en los pacientes menores de edad serán los padres, sus responsables legales o el tutor los que autorice y firmen dicho documento.

Los facultativos tienen la obligación de informar mediante el Consentimiento Informado a sus pacientes con independencia de la edad de los mismos, siempre que se vaya a realizar una prueba invasiva o un acto quirúrgico. El menor debe participar en el proceso asistencial en la medida que su edad y grado de madurez lo permita.

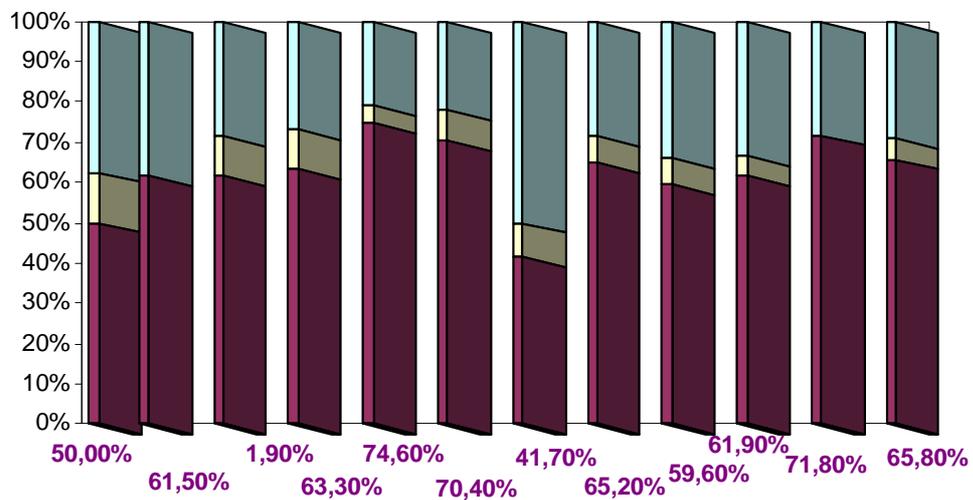


Figura 49. Correlación entre el Consentimiento Informado y la edad de los pacientes

Tabla 49. Prueba de Fisher correlación entre el Consentimiento y la edad del paciente

Edad		Consentimiento informado		Total
		No	Si	
0-5	Nº de casos	88	7	95
	Porcentaje	92.63	7.37	100
5-10	Nº de casos	39	3	42
	Porcentaje	92.86	7.14	100
10-15	Nº de casos	23	4	27
	Porcentaje	85.19	14.81	100
15-20	Nº de casos	23	2	25
	Porcentaje	92	8	100
20-30	Nº de casos	64	1	65
	Porcentaje	98.46	1.54	100
30-40	Nº de casos	54	2	56
	Porcentaje	96.43	3.57	100
40-50	Nº de casos	36	1	37
	Porcentaje	97.30	2.70	100

50-60	Nº de casos	24	1	25
	Porcentaje	96	4	100
Más de 60	Nº de casos	46	1	47
	Porcentaje	97.87	2.13	100
Total	Nº de casos	397	22	419
	Porcentaje	94.75	5.25	100

VI. IV. 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS PACIENTES.

No existe asociación entre provincia y el consentimiento informado, $P=0.058$, aunque esta cerca de la significación

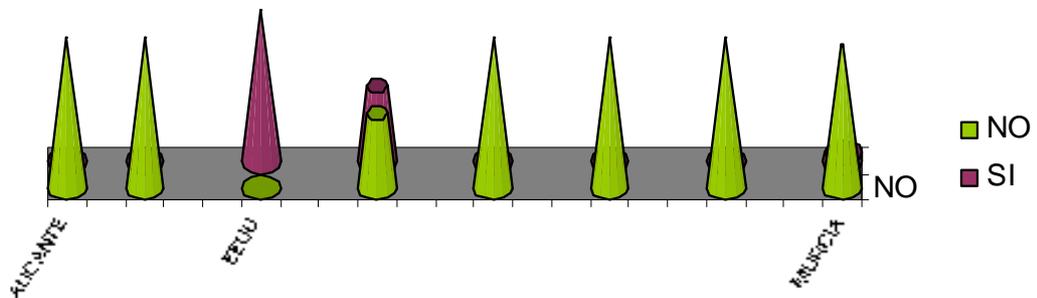


Figura 50. Correlación entre el Consentimiento Informado y la Procedencia geográfica

Tabla 50: Test de Crosstab correlación entre el Consentimiento Informado y la Procedencia geográfica de los pacientes

				El consentimiento informado		Total
				no	si	
Provincia	ALICANTE	Count		3	0	3
		% provincia within		100,0%	,0%	100,0%
	BARCELONA	Count		3	0	3
		% provincia within		100,0%	,0%	100,0%
	EEUU	Count		0	1	1
		% provincia within		,0%	100,0%	100,0%
	FRANCIA	Count		1	1	2
		% provincia within		50,0%	50,0%	100,0%
	GRANADA	Count		1	0	1
		% provincia within		100,0%	,0%	100,0%
	JAEN	Count		1	0	1
		% provincia within		100,0%	,0%	100,0%
	MADRID	Count		2	0	2
		% provincia within		100,0%	,0%	100,0%
	MURCIA	Count		386	20	406
		% provincia within		95,1%	4,9%	100,0%
Total		Count		397	22	419
		% provincia within		94,7%	5,3%	100,0%

P=0.058

IV. 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO E INCIDENCIA POR MESES.

No existe asociación entre mes y el consentimiento informado, P=0.432

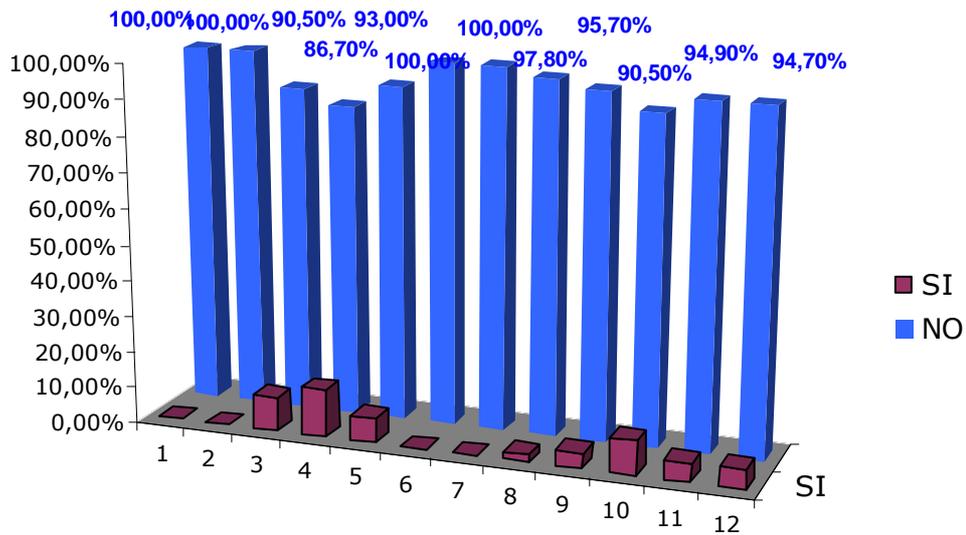


Figura 51. Correlación entre el Consentimiento Informado y la incidencia mensual

Tabla 51. Crosstab entre el Consentimiento Informado y la incidencia mensual

Mes		El consentimiento informado		Total
		no	si	
1	Count	24	0	24
	% within mes	100,0%	,0%	100,0%
2	Count	13	0	13
	% within mes	100,0%	,0%	100,0%
3	Count	19	2	21
	% within mes	90,5%	9,5%	100,0%
4	Count	26	4	30
	% within mes	86,7%	13,3%	100,0%
5	Count	66	5	71
	% within mes	93,0%	7,0%	100,0%
6	Count	27	0	27
	% within mes	100,0%	,0%	100,0%
7	Count	24	0	24
	% within mes	100,0%	,0%	100,0%
8	Count	44	1	45
	% within mes	97,8%	2,2%	100,0%
9	Count	44	2	46
	% within mes	95,7%	4,3%	100,0%
10	Count	38	4	42
	% within mes	90,5%	9,5%	100,0%
11	Count	37	2	39
	% within mes	94,9%	5,1%	100,0%
12	Count	36	2	38
	% within mes	94,7%	5,3%	100,0%
Total	Count	398	22	420
	% within mes	94,8%	5,2%	100,0%

, P=0.432.

VI. IV. 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANTECEDENTES PERSONALES

No existe correlación entre la existencia de Consentimiento Informado y los Antecedentes personales del paciente con una $P=0.172$.

Esto se debe al hecho de que sólo en el 5% de los pacientes existiera Consentimiento Informado, lo cual impide que cualquier resultado en el que se busque correlación con la existencia de Consentimiento, resulte positivo. Sin embargo, esto pone de manifiesto la necesidad de que los médicos especialistas adquieran la formación médico-legal necesaria y el hábito de cumplir con los requisitos legales del ejercicio del acto médico. En este apartado, la hipótesis esperada sería de correlación positiva, ya que si un paciente tiene unos antecedentes patológicos, ese dato supone más riesgo ante una intervención médica y, por tanto, la necesidad de informar y recabar el Consentimiento por escrito, al menos en los casos de tratamiento quirúrgico, traumatismos, etc.

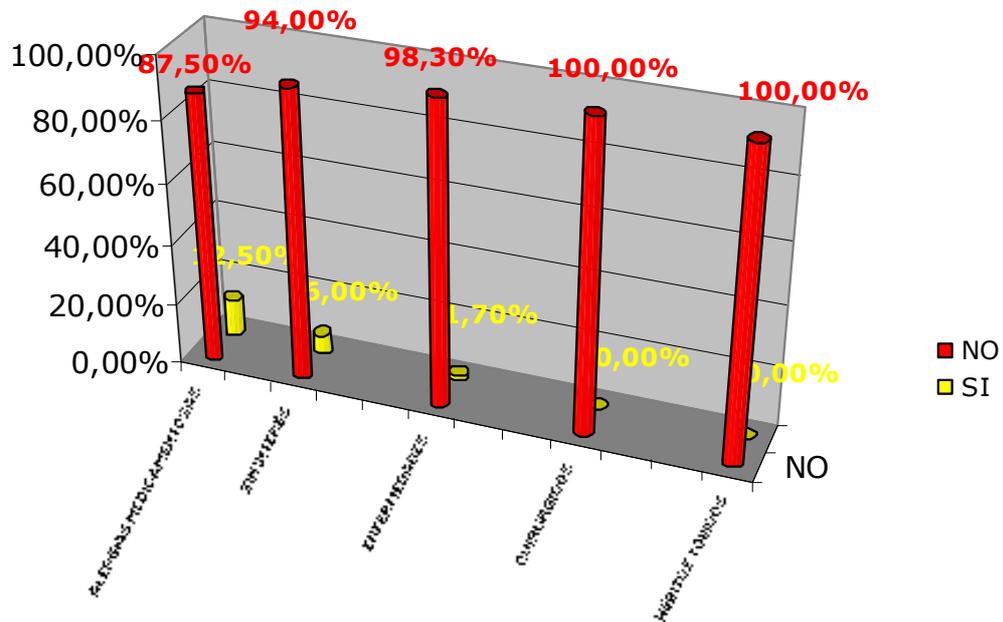


Figura 52. Correlación entre el Consentimiento Informado y los Antecedentes personales

Tabla 52. Crosstab entre el Consentimiento Informado y los Antecedentes personales

			El consentimiento informado		Total
			no	si	
Los antecedentes previos	ALERGIAS	Count	21	3	24
	MEDICAMENTOSAS	% within los antecedentes previos	87,5%	12,5%	100,0%
	SIN INTERÉS	Count	281	18	299
		% within los antecedentes previos	94,0%	6,0%	100,0%
	ENFERMEDADES	Count	59	1	60
		% within los antecedentes previos	98,3%	1,7%	100,0%
	QUIRÚRGICOS	Count	32	0	32
		% within los antecedentes previos	100,0%	,0%	100,0%
	HÁBITOS TÓXICOS	Count	5	0	5
		% within los antecedentes previos	100,0%	,0%	100,0%
Total	Count	398	22	420	
	% within los antecedentes previos	94,8%	5,2%	100,0%	

P=0.172.

VI. IV. 3. 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ETIOLOGÍA MÉDICOLEGAL DE LA LESIÓN

A pesar de la variedad de los mecanismos observados en las lesiones atendidas en Urgencias, y de la naturaleza de las lesiones, existe la obligatoriedad siempre que se vaya a realizar un acto invasivo o quirúrgico de informar al paciente con claridad y que éste firme el documento, quedando esta responsabilidad en manos de familiares o tutor cuando el paciente se encuentre grave o sea un menor. Nuestros datos apuntan a que no existe asociación entre la etiología médicolegal de la lesión y la firma del Consentimiento Informado, ya que como hemos dicho son muy pocos los casos en los que se realiza este documento.

En este apartado sucede como en el anterior de antecedentes personales. Es decir lo esperado es que ante lesiones violentas se pidiera el Consentimiento ya que es mayor el riesgo de consecuencias médicolegales. El hecho de no encontrar correlación se debe al bajo número de Consentimientos Informados cumplimentados (5%).p=14111596

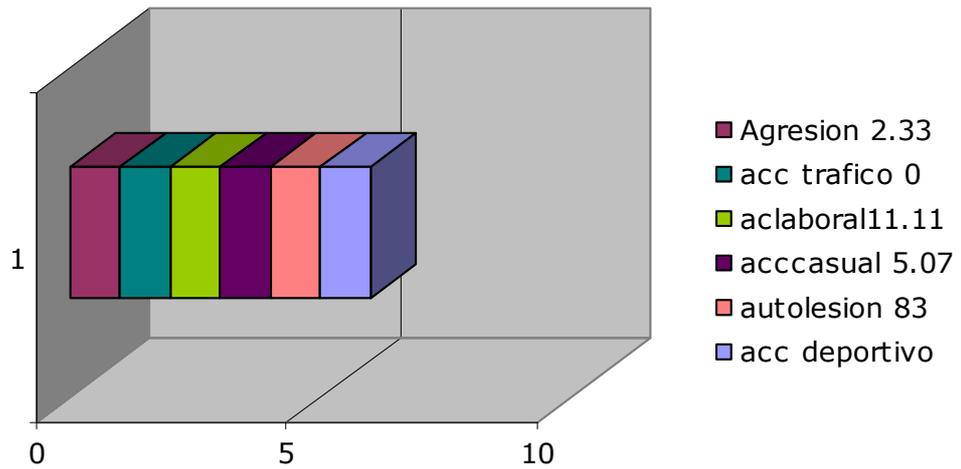


Figura 53: Correlación entre el Consentimiento Informado y la etiología médico-legal

Tabla 53. Test Chi cuadrado que correlaciona el Consentimiento Informado y etiología médicolegal de la lesión

Categoría		Consentimiento informado		Total
		No	Si	
Acc. Casual	Nº de casos	318	17	335
	Porcentaje	94.93	5.07	100
Acc. Deportivo	Nº de casos	8	2	10
	Porcentaje	80	20	100
Acc. Laboral	Nº de casos	8	1	9
	Porcentaje	88.89	11.11	100
Acc. Tráfico	Nº de casos	17	0	17
	Porcentaje	100	0	100
Agresión	Nº de casos	42	1	43
	Porcentaje	97.67	2.33	100
Autolesión	Nº de casos	5	1	6
	Porcentaje	83.33	16.67	100
Total	Nº de casos	398	22	420
	Porcentaje	94.76	5.24	100

p=14111596

VI. IV. 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y NATURALEZA DE LA LESIÓN

No existe asociación entre la lesión sufrida o motivo de la urgencia y el Consentimiento Informado, debido a que el consentimiento se da en aquellos casos en los que se realizará alguna intervención invasiva con independencia del motivo por el cual el lesionado acude a la urgencia.

Todos aquellos cuerpos extraños que no se puedan extraer de forma no invasiva requerirán un acto quirúrgico independientemente de su naturaleza para lo cual habrá que solicitar al paciente el Consentimiento Informado. Por esta razón nuestros datos muestran que no existe asociación entre la presencia o no de un cuerpo extraño y el consentimiento informado, del mismo modo, cuando no esté presente el cuerpo extraño no se requerirá este documento ya que no se va a realizar ninguna técnica invasiva. Todos aquellos cuerpos extraños que no se puedan extraer de forma no invasiva requerirán un acto quirúrgico independientemente de su naturaleza para lo cual habrá que solicitar al paciente el consentimiento informado. Por esta razón nuestros datos muestran que no existe asociación entre la presencia o no de un cuerpo extraño y el consentimiento informado, del mismo modo, cuando no esté presente el cuerpo extraño no se requerirá este documento ya que no se va a realizar ninguna técnica invasiva.

VI. IV. 3. 8. 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: CUERPOS EXTRAÑOS

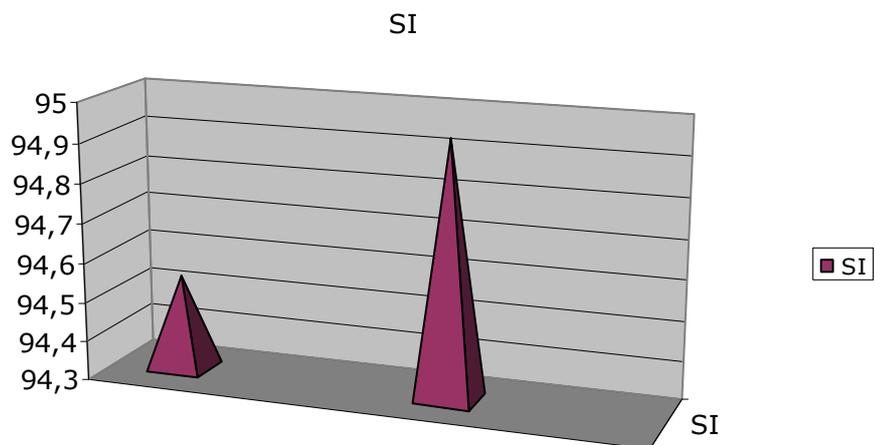


Figura 54: correlación entre el Consentimiento informado y la presencia de CE

Tabla 54. Chi cuadrado correlación entre consentimiento informado y presencia de CE

Cuerpo extraño	Consentimiento informado			Total
		NO	SI	
NO	Nº de casos	173	10	183
	Porcentaje	94,54	5,46	100
SI	Nº de casos	225	12	237
	Porcentaje	94,94	5,06	100
Total	Nº de casos	398	12	420
	Porcentaje	94,76	5,24	100

P= 8548

VI. IV. 3. 8. 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOCALIZACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS

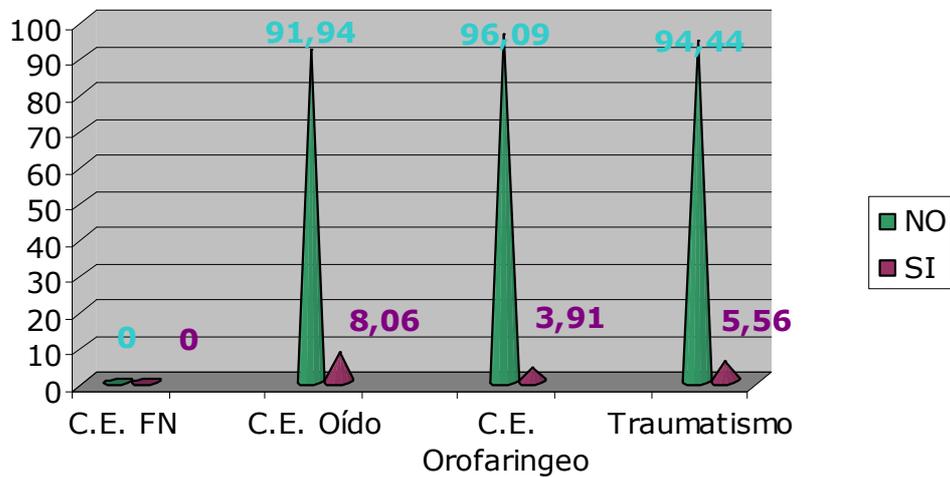


Figura 55: Corelación entre el Consentimiento Informado y la localización anatómica de los CE

Tabla 55. Chi cuadrado correlacionando el Consentimiento informado y la localización anatómica de los CE

Localización del C.E.	Consentimiento informado			Total
		NO	SI	
C.E. FN	Nº de casos	48	2	50
	Porcentaje	96,00	4,00	100
C.E. Oído	Nº de casos	57	5	62
	Porcentaje	91,94	8,06	100
C.E. Orofaringeo	Nº de casos	123	5	128
	Porcentaje	96,09	3,91	100
Traumatismo	Nº de casos	170	10	180
	Porcentaje	94,44	5,56	100
Total	Nº de casos	398	22	420
	Porcentaje	94,76	5,24	100

VI. IV. 3. 8. 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TIPOS DE CUERPOS

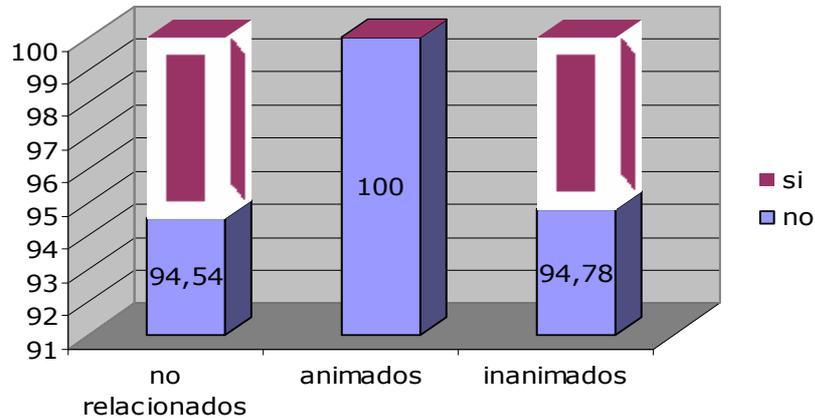


Figura 56. Correlación entre el Consentimiento Informado y Tipos de CE

Tabla 56. Chi cuadrado que correlaciona el Consentimiento informado y los Tipos de CE

TIPOS DE C.E.		Consentimiento		Total
		NO	SI	
No relacionados	Nº de casos	173	10	183
	Porcentaje	94,54	5,46	100
Animados	Nº de casos	7	0	7
	Porcentaje	100	0	100
Inanimados	Nº de casos	218	12	230
	Porcentaje	94,78	5,22	100
Total	Nº de casos	398	22	420
	Porcentaje	94,76	5,24	100

P=0.816

VI. IV. 3. 8. 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y NATURALEZA DE LA LESIÓN: TRAUMATISMOS

VI. IV. 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Existe asociación entre las pruebas complementarias y el consentimiento informado, siendo $P=0$. Dada que esta es la asociación más clara no se ajustará para la variable consentimiento un modelo de regresión multivariante porque depende claramente de esta variable en el sentido en que se ve en la Tabla 57. De esta gráfica se deduce que todos los Consentimientos Informados que se realizan se hacen en pacientes a los que se va a someter a un procedimiento quirúrgico y necesitan estudio preoperatorio. Sin embargo, no se hace en el 100% de ellos, ya que en el 37.9% no existe Consentimiento Informado. Así mismo, existen algunas pruebas complementarias que requerirían dicho documento dada la invasión de las mismas y sin embargo no se rellena.

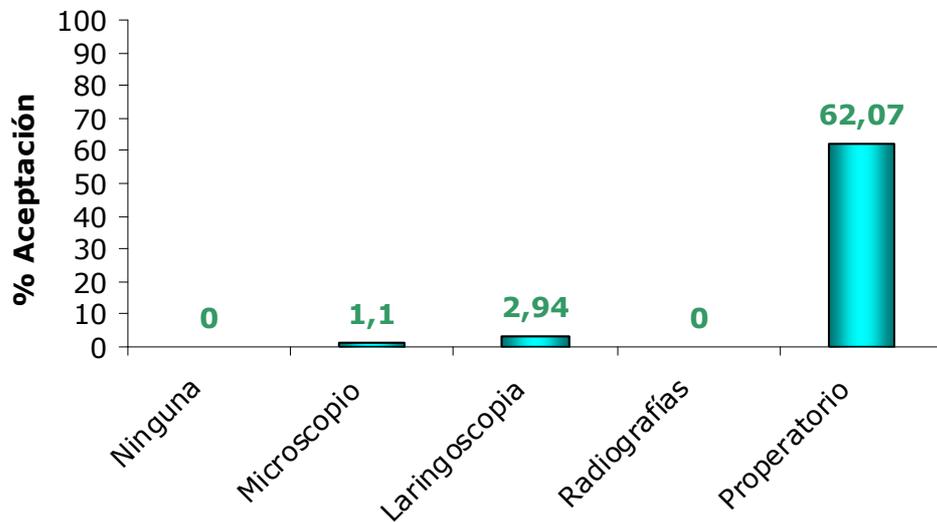


Figura 58: Correlación entre el Consentimiento y las Pruebas Complementarias

Tabla 58. Chi cuadrado correlación entre el Consentimiento y las Pruebas Complementarias

Pruebas Complementarias		Consentimiento		Total
		NO	SI	
Ninguna	Nº de casos	77	0	183
	Porcentaje	100	0	100
Microscopio	Nº de casos	90	1	91
	Porcentaje	98,90	1,10	100
Laringoscopia indirecta	Nº de casos	99	3	102
	Porcentaje	97,06	2,94	100
Radiografías	Nº de casos	121	0	420
	Porcentaje	100	0	100
Preoperatorio	Nº de casos	11	18	29
	Porcentaje	37,93	62,07	100
Total	Nº de casos	398	22	420
	Porcentaje	94,96	5,24	100

$P=0$

VI. IV. 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Dado el gran número de categorías de la variable de diagnóstico el test chi-cuadrado no es aplicable.

Tabla 59.-Test de Chi cuadrado correlación del Consentimiento y el Diagnóstico Definitivo

Diagnóstico		Consentimiento		Total
		No	Si	
1	Nº de casos	112	10	122
	Porcentaje	91.80	8.20	100
2	Nº de casos	41	0	41
	Porcentaje	100	0	100
3	Nº de casos	18	1	19
	Porcentaje	94.74	5.26	100
4	Nº de casos	61	1	62
	Porcentaje	98.39	1.61	100
5	Nº de casos	2	0	2
	Porcentaje	100	0	100
6	Nº de casos	66	6	72
	Porcentaje	91.67	8.33	100
7	Nº de casos	79	3	82
	Porcentaje	96.34	3.66	100
8	Nº de casos	9	1	10
	Porcentaje	90	10	100
9	Nº de casos	8	0	8
	Porcentaje	100	0	100
10	Nº de casos	2	0	2
	Porcentaje	100	0	100
Total	Nº de casos	398	22	420
	Porcentaje	94.76	5.24	100

Como ya habíamos dicho hubo que realizar una recodificación de las variables del diagnóstico para poder aplicar los tests estadísticos, encontrando así, asociación entre ambas variables.

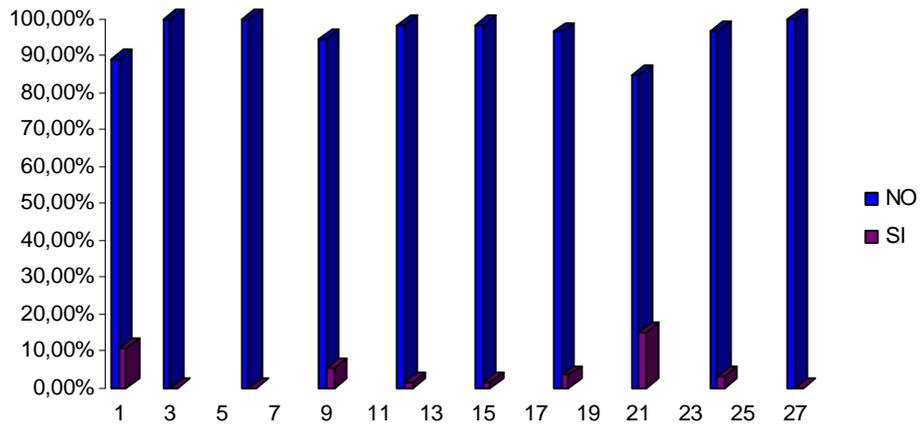


Figura 58: Correlación entre el Consentimiento Informado y el Diagnóstico definitivo

Tabla 59 bis Crosstab correlación entre el Consentimiento informado y el Diagnóstico definitivo.

		El consentimiento informado		Total	
		no	si		
El diagnóstico o final	CE OIDO IZQUIERDO ...	Fr	74	9	83
		% en el diagnóstico final	89,2%	10,8%	100,0%
	ESPINA EN BASE DE LENGUA EN AREA ORL	Fr	19	0	19
		% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	100,0%
	PERFORACIÓN TIMPÁNICA	Fr	10	0	10
		% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	100,0%
	SENSACION DE CE OROFARINGEO	Fr	18	1	19
		% en el diagnóstico final	94,7%	5,3%	100,0%
	INGESTA DE LEJIA O CAÚSTICOS	Fr	60	1	61
		% en el diagnóstico final	98,4%	1,6%	100,0%
	FRACTURA DE HUESOS PROPIOS DESPLAZADA	Fr	59	1	60
		% en el diagnóstico final	98,3%	1,7%	100,0%
CONTUSIÓN DE PABELLÓN AURICULAR	Fr	80	3	83	
	% en el diagnóstico final	96,4%	3,6%	100,0%	
TRAUMATISMO CERVICAL	Fr	34	6	40	
	% en el diagnóstico final	85,0%	15,0%	100,0%	
FX DE PARED DE ÓRBITA Y ENFISEMA	Fr	29	1	30	
	% en el diagnóstico final	96,7%	3,3%	100,0%	
DESGARRO DE FRENILLO, PALADAR	Fr	15	0	15	
	% en el diagnóstico final	100,0%	,0%	100,0%	
Total	Fr	398	22	420	
	% en el diagnóstico final	94,8%	5,2%	100,0%	

, P=0.033

VI. IV. 11. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO REQUERIDO

Tabla 60 : Prueba Crosstab correlación entre el Consentimiento Informado y el tratamiento requerido

El modo de extracción del cuerpo extraño		Fr	El consentimiento informado		Total
			no	si	
El modo de extracción del cuerpo extraño	NINGUNO	Fr	198	3	201
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	98,5%	1,5%	100,0%
	MICRO-PINZA	Fr	20	3	23
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	87,0%	13,0%	100,0%
	PINZA-FOTOFORO	Fr	48	0	48
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	100,0%	,0%	100,0%
	REDUCION A. LOCAL-PRESION DIGITAL	Fr	12	2	14
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	85,7%	14,3%	100,0%
	RINOSCOPIA-ESPATULA	Fr	27	3	30
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	90,0%	10,0%	100,0%
	REDUCION DE FX EN QUIRÓFANO	Fr	35	1	36
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	97,2%	2,8%	100,0%
	ESOFAGOSCOPIA	Fr	11	4	15
		% en el modo de extracción del cuerpo extraño	73,3%	26,7%	100,0%
TAPONAMIENT SUTURA	Fr	42	3	45	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	93,3%	6,7%	100,0%	
MB HEIMLICH	Fr	5	0	5	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	100,0%	,0%	100,0%	
HERIDA CERVICAL- LESIONES DE VASOS	Fr	0	3	3	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	,0%	100,0%	100,0%	
Total	Fr	398	22	420	
	% en el modo de extracción del cuerpo extraño	94,8%	5,2%	100,0%	

P<0.001

VI. IV. 12 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Existe asociación entre ambas variables

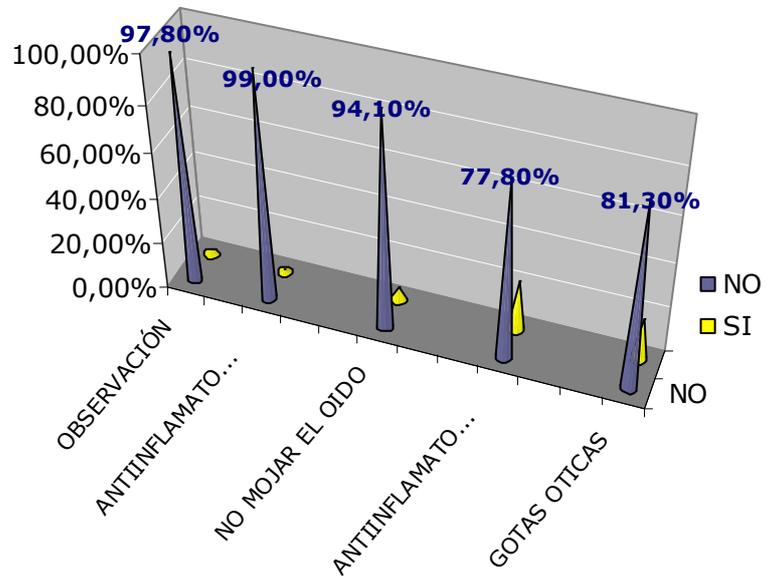


Figura 61: Correlación entre en Consentimiento Informado y Tratamiento domiciliario

Tabla 61. Prueba Crosstab correlación entre el Consentimiento Informado y el Tratamiento domiciliario

			El consentimiento informado		Total
			no	si	
Tratamiento domiciliario	OBSERVACIÓN	Fr	223	5	228
		% en el tratamiento domiciliario	97,8%	2,2%	100,0%
	ANTIINFLAMATORIOS	Fr	104	1	105
		% en el tratamiento domiciliario	99,0%	1,0%	100,0%
	NO MOJAR EL OIDO	Fr	16	1	17
		% en el tratamiento domiciliario	94,1%	5,9%	100,0%
	ANTIINFLAMATORIOS - ANTIBIOTICOS	Fr	42	12	54
		% en el tratamiento domiciliario	77,8%	22,2%	100,0%
	GOTAS OTICAS	Fr	13	3	16
		% en el tratamiento domiciliario	81,3%	18,8%	100,0%
Total		Fr	398	22	420
		% en el tratamiento domiciliario	94,8%	5,2%	100,0%

P<0.0

VII. Modelos de regresión logística

Modelo para el parte de lesiones.

Variables	Cat. Ref.	Cat.Riesg.	Modelo bivariante			Modelo ajustado		
			\hat{O}	\hat{O}_{inf}	\hat{O}_{sup}	\hat{O}	\hat{O}_{inf}	\hat{O}_{sup}
sexo	mujer	varón	1.51	1.00	2.28			
edad	0-4a	5-9a	1.25	0.52	2.98	0.54	0.13	2.19
		10-14a	5.00	2.01	12.43	4.45	0.93	21.18
		15-19a	5.09	2.00	12.98	3.86	0.63	23.50
		20-29a	4.39	2.18	8.83	0.82	0.23	2.92
		30-39a	2.05	0.97	4.34	0.47	0.13	1.70
		40-49a	1.10	0.44	2.80	0.27	0.06	1.26
		50-59a	3.14	1.23	8.01	10.87	1.86	63.64
		>=70a	2.71	1.26	5.86	1.55	0.38	6.30
categoría	acc.casual	acc.deport.	4.68	0.92	23.74	0.68	0.13	3.61
		acc.lab.	2.34	0.28	19.78	3.13	0.30	32.91
		acc.traf.	0.45	0.06	3.43	17.09	1.30	225.03
		agresión	3.74	0.41	33.82	2.09	0.70	6.19
		autolesión	6.27	1.13	34.87	10.42	0.62	175.22
motivo	Ce fn	Ce o	0.38	0.07	2.18			
		Ce orof	0.37	0.09	1.54			
		traumat.	40.25	13.66	118.58			
cuerpos extraños	no	si	0.01	0.01	0.03	0.03	0.01	0.10
pruebas compl.	ninguna	microscopio	2.86	1.24	6.59	0.67	0.20	2.24
		laringosc. Ind.	0.23	0.06	0.88	0.08	0.01	0.49
		radiog.	46.22	19.48	109.65	3.56	1.00	12.65
		preoperat.	3.40	1.19	9.71	0.67	0.14	3.28

En el análisis multivariante se detecta que la variable que más se asocia con la presentación de partes de lesiones es la categoría, concretamente los accidentes de tráfico tienen 17,09 veces más probabilidad de tener u parte de lesiones que los accidentes casuales. Tras ello las pruebas complementarias y dentro de ellas las categorías, de la laringoscopia indirecta que tiene 0.08 veces menos probabilidad de llevar una parte de lesiones y los que

llevan radiografías que tienen 3.56 veces más probabilidad de tener parte de lesiones. Por último cuando se tienen cuerpos extraños la probabilidad de llevar un parte de lesiones es 0.03 veces menor que cuando no se tiene.

Modelo para el valor del documento (nulo+medio contra alto).

Variables	Cat. Ref.	Cat.Riesg.	Modelo bivariante			Modelo ajustado		
			\hat{O}	\hat{O}_{inf}	\hat{O}_{sup}	\hat{O}	\hat{O}_{inf}	\hat{O}_{sup}
Parte de Lesiones	No	si	1334.24	178.77	9958.06	1334.24	178.77	9958.06
Sexo	Mujer	varón	1.54	1.00	2.37			
Edad	0-4a	5-9a	1.43	0.57	3.58			
		10-14a	4.32	1.69	11.04			
		15-19a	4.98	1.91	13.00			
		20-29a	4.35	2.08	9.09			
		30-39a	2.16	0.97	4.81			
		40-49a	1.49	0.57	3.88			
		50-59a	3.04	1.13	8.13			
		>=70a	2.53	1.11	5.77			
Categoría	Acc.casual	acc.deport.	4.03	1.13	14.32			
		acc.lab.	8.06	1.96	33.06			
		acc.traf.	30.22	6.75	135.38			
		agresión	9.30	4.60	18.80			
		autolesión	4.03	0.80	20.41			
Motivo	Cefn	ceo	0.39	0.07	2.23			
		ceorof	0.38	0.09	1.58			
		traumat.	20.97	7.23	60.83			
Cuerpos extraños	no	si	0.02	0.01	0.05			
Pruebas compl.	Ninguna	microscopio	1.89	0.80	4.49			
		laringosc. Ind.	0.23	0.06	0.89			
		radiog.	21.56	9.66	48.15			
		preoperat.	2.00	0.64	6.23			

Cuando se controla por todas las variables, la única variable de la que depende el valor del documento es el haber hecho un parte de lesiones , ya que en ese caso la probabilidad de que el valor del documento sea alto es 1334 veces mayor que cuando no se ha hecho un parte de lesiones.

VIII. CONCLUSIONES

A lo largo del año 2007 se atendieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia 422 pacientes con patología Otorrinolaringológica de etiología y mecanismo violentos. Además de las variables epidemiológicas de la muestra hemos valorado la cumplimentación del Parte de Lesiones y la obtención del Consentimiento Informado, como indicadores de la adecuada actuación médico-legal.

PARTE DE LESIONES Y VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

Primera. De los 422 lesionados se emitió Parte de Lesiones en 150 casos. De ellos 96 (69.01%) fueron varones, y 54 (39.67%) fueron mujeres. Es significativo con $p= 0.0486$

Segunda. Respecto a los grupos de edad, NO SE HIZO Parte de Lesiones en: Entre los 0 y 5 años en 76 casos (80%); entre 5 y 10 años en 32 casos (76,19%). En los grupos de edad comprendidos entre los 10 y 15; 15-20 y 20-30, el porcentaje estuvo en el 47.4%, 44.44% y 47.7% respectivamente; para pasar al 66.1% en el grupo de los 30-40 y seguir subiendo al 78.4% en el grupo de los 40-50. La falta de Parte de Lesiones se estabiliza en el 56% y 59.6% en los grupos de 50-60 años y los mayores de 61. Las diferencias son significativas con una $P = 0.00003648$.

Tercera. La realización de Parte de Lesiones es significativa con la **existencia de antecedentes personales** en los lesionados con $p= 0.026$, indicando que si el paciente presenta riesgos añadidos a la lesión que se atiende, como medida de seguridad se realiza el Parte.

Igual sucede cuando correlacionamos la realización de Parte de Lesiones y la **necesidad de solicitar pruebas complementarias**, (en el 85.95% de los pacientes con estudio radiológico, en el 31.03% con necesidad de preoperatorio y en el 27.5% con necesidad de uso de microscopio), lo cual habla de mayor gravedad de la lesión. La $p = 0$.

También es significativa con $p<0.001$ la asociación entre realización de Parte de Lesiones y la **necesidad de tratamiento domiciliario**, tras el Alta.

Cuarta. En los casos de demanda de asistencia por “presencia de cuerpo extraño”, SÍ SE HIZO el Parte de lesiones en el 76.5% de los casos, cuando tras la exploración NO se encontró el cuerpo extraño, lo que es significativo con una $P = 0$.

Cuando se encontró el cuerpo extraño y se extrajo, NO SE REALIZÓ Parte de Lesiones en el 95.78% de los casos, correspondiendo a la localización de fosa nasal los casos en los que se cumplimentó el documento, por la necesidad de tratamiento quirúrgico. Esto lo interpretamos como una actitud defensiva, frente a consecuencias legales.

Quinta. En el caso de asistencia por traumatismos, SÍ SE REALIZÓ Parte de Lesiones en el 77.78% de los casos, y de ellos, en el 85.0% de los “traumatismos cervicales”, frente a la baja cumplimentación en los cuerpos extraños.

Sexta. En los diagnósticos de “perforación timpánica”, “fractura desplazada de huesos propios” y en el de “contusión de pabellón auricular” SÍ se realizó Parte de Lesiones, lo cual se explica porque son casos que necesitaron quirófano en su mayoría, o tratamientos que, en definitiva, entrañaban algún riesgo, por ser resultado de agresiones.

Séptima. Es significativa con $P= 1.198e-19$ (inferior a 0.05) la realización del Parte de Lesiones en los accidentes de tráfico, trabajo o deportivos, frente a la No realización en los accidentes fortuitos.

CALIDAD DEL PARTE DE LESIONES

Primera. Es significativa la Calidad del Parte de Lesiones y la edad de los pacientes, siendo mejor cumplimentado el documento en los pacientes de edades comprendidas entre los 10 y los 20 años. La $p = 0.00224737$. Esto en realidad coincide, con el hecho de que es en estos grupos de edad en los que se hace el documento, y cuando este se hace, se suele cumplimentar de forma adecuada. En las edades entre 0-5 años el valor “Nulo” del documento alcanza el 80,21 % y el valor “Alto” es de tan solo el 15,63%.

Segunda. Existe asociación significativa entre la presencia de Cuerpos extraños y la Calidad del documento con una $p<0.001$; debiéndose este hallazgo al hecho de que un Parte de Lesiones de calidad “Media” y “Alta” está asociado al hecho de una exploración negativa y sin hallazgo del Cuerpo extraño que el paciente refiere tener; mientras que el hallazgo y la extracción sin problema del Cuerpo extraño suele concluir sin realización de Parte y, por tanto, con un valor de “Nulo”.

Tercera. En los casos de accidentes casuales (o fortuitos), frente a los deportivos, laborales, de tráfico, agresiones y autolesiones manifiestan diferencias significativas, con $p = 1.324e-18$

(inferior al 0.05), respecto al valor “Nulo”, “Medio” y “Alto” del documento. En los accidentes casuales NO se realiza Parte de Lesiones, apareciendo, entonces el valor “Nulo”, en el 75’96% de los casos.

Cuarta. También existe asociación significativa entre la Calidad del Parte de Lesiones y la **necesidad de pruebas complementarias**, con $p= 0$. Igual sucede respecto a los procedimientos empleados, ya que la calidad es mala cuando no se ha necesitado ninguno, y microscopio y laringoscopia directa e indirecta. Por el contrario sí se realiza Parte en los casos en los que se hicieron radiografías para el diagnóstico (73,77%) y preoperatorio, y su valor en la mayoría de los casos fue “Alto” lo que indica que cuando fue necesario actuar en quirófano para el tratamiento o cuando fueron necesarias radiografías para precisar el diagnóstico se hace el Parte y se hace bien.

Quinta. En la correlación entre la Calidad del Parte de lesiones y el **tratamiento domiciliario** encontramos una significación de $p < 0.001$ ya que aparece Parte de Lesiones con un nivel de cumplimentación “Alto” cuando el paciente va a domicilio con prescripción farmacológica o de medidas preventivas todo lo cual se debe volver a controlar para estar seguros de que no ha habido complicaciones el riesgo de que esto ocurra coincide con la seriedad de la lesión y por tanto con mejor cumplimentación del documento.

Este apartado puede resumirse en una Única Conclusión: En los casos en los que hay asociación significativa entre la realización del Parte de Lesiones y otras variables, TAMBIÉN hay asociación significativa entre la Calidad del Parte de Lesiones y estas variables, ya que la disyuntiva es: O NO SE HACE EL PARTE DE LESIONES, O CUANDO SE HACE, ESTE SE CUMPLIMENTA ADECUADAMENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La principal conclusión de este apartado es que en el 94.76% de los casos NO SE REALIZÓ CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este hecho nos conduce a no encontrar ninguna correlación significativa entre el Consentimiento Informado y las variables estudiadas en nuestro trabajo.

PROPUESTA

Los resultados de nuestro trabajo nos llevan a considerar conveniente trasladarlos a la Sociedad Española de ORL a fin de favorecer la formación de los especialistas en Otorrinolaringología en los aspectos médico-legales de las lesiones a fin de que eviten problemas relacionados con posibles reclamaciones. Es también importante el aspecto de la colaboración con la Administración de Justicia que puede ser necesaria para esclarecer lesiones motivo de delito o causantes de daños indemnizables.

IX. ABREVIATURAS

ACC Accidente

CAE Conducto auditivo externo

CI Consentimiento informado

CE Cuerpo extraño

FND Fosa nasal derecha

FNI Fosa nasal izquierda

FX Fractura

HP Huesos Propios

MB Maniobra

OD Oído derecho

OI Oído izquierdo

OO Orofaringe

ORL Otorrinolaringología

PL Parte de Lesiones

QX Quirófano

RX Radiografía

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas, N. Las heridas. Estudio médicolegal. López Editores. Buenos Aires, 1926
2. Mueller, B Gerichtliche Medizin. Springer Berlín, 1953
3. Ponsold, A. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 2ª ed. Georg Thieme, Stuttgart, 1957
4. Simonin, C. Medicina legal Judicial. JIMS, Barcelona, 1962.
5. Camps, F.E. Gradwohl's Legal Medicine, 3ª ed. J. Wright. Bristol, 1976
6. Bonnet, E.F. P. Medicina Legal, 2ª ed. López Libreros Editores. Buenos Aires, 1980
7. Font Riera, G. Cráneo y caída casual: Perfiles. Rev. Esp. Med. Legal XIX (72-73), 221-226), 1992),
8. Camps Surroca M.Principales aspectos médico-legales en Medicina de Urgencia .Orfila 7.1995. 261-275
9. Knight, B. Simpson, K., Forensic Medicine, 11ª ed. E. Arnold.Oxford University Press. London, 1997.
10. Burke, AP. Sudden death after a cold drink: case report. Am. J. Forensic Med. Pathol., 20, 37-39, 1999).
11. Vargas Alvarado, E. Medicina Legal, 2ª ed. Editorial Trillas, México D.F. 2000
12. Gisbert Calabuig J.A., Medicina Legal y Toxicología, ed. E. Villanueva. 6ª edición, Masson. Barcelona 2004.
13. Cuello Calón,E. :Derecho Penal, 17ªed. Bosch, Barcelona 1975
14. Boletín Oficial del Estado: Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre de Código Penal, 12 edición. Ed Tecnos. Madrid 2006
15. Boletín Oficial del Estado: Ley orgánica 14/99, de 9 de junio, de actualización del Código Penal.
16. Orós Muruzábal, M. Castellano Arroyo, M. Subirana Doménech M. y Martínez Alcaraz, H. Algunos aspectos de la peritación médico-forense en los casos de lesiones, especial referencia a los conceptos de primera asistencia facultativa, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. Revista de Derecho y Proceso Penal, 13 , pp 143-147. Ed. Aranzadi. Madrid 2005
17. Fiscalía General del Estado: Circular 2/90 sobre la aplicación de la reforma de la ley orgánica 3/89, de 21 de junio, de actualización del Código penal. Suplemento al Boletín del Ministerio de Justicia, nº 1586-1587. Ministerio de Justicia. Madrid, 1990.

18. Vázquez López, J.E: El tratamiento Médico. Distinción entre el delito y la falta de lesiones en atención a dicho concepto. Cuadernos de Medicina Forense, nº 5, 1996.
19. Organización mundial de la salud: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento (Descripciones clínicas y pautas para el comportamiento). Meritor, Madrid. 1992.
20. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1995.
21. Castellano Arroyo, M. Las lesiones en el Código Penal. En Gisbert Calabuig, Medicina Legal y Toxicología, ed. E. Villanueva, 6ª ed. Masson. Barcelona, 2004, cap 23, PP 309-321.
22. Fernández Cabeza, J. Consideraciones médico-legales sobre las lesiones en general. Rev.Med. Leg. (Madrid), 14, 150-151, 1959.
23. Arroyo Urieta, G. y Caba Valenciano, C. La reforma de las lesiones de 1989. Rev. Esp. De medicina legal, 62-63 y 64-65, 1990.
24. Royo- Villanova ,R: Lesiones por arma blanca .Manual de Medicina Práctica.Salvat Editores, Barcelona 1942.
25. Tedeschi, C.G., :Forensic Medicine. A study in trauma and environmental hazards. W. B Saunders Philadelphia, 1997.
26. Garrido Marín,E.Lores Obradors L. Davant Llauradó . E y Desola Alá. J. Enfermedades por agentes físicos. En : Farreras- Rozman Medicina Interna.15ªed. 2004. Editorial Elsevier.S.A. Madrid. Pp 2639-2647
27. Verdugo Gómez de La Torre, I.: El bien jurídico en las lesiones. En El Delito de Lesiones. Ediciones de la Universidad de Salamanca, 1982
28. BOND, M.R.: Valoración del dolor. En Dolor. Naturaleza, análisis y tratamiento. Churchill Livingston, New Cork, 1984.
29. Orden del Ministerio de Trabajo, 5 de Abril de 1974 por la que se actualiza el baremo de lesiones, mutilaciones y deformaciones de carácter definitivo y no invalidante previsto en el artículo 148 de la Ley de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, número 93, 18 de Abril de 1974, pp 7915-7918
30. Código Civil: Biblioteca de Legislación, Civitas, Madrid 2004.
31. Real Decreto legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro de la circulación de vehículos a motor.
32. Real Decreto 1299/2006 del 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
33. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

34. Síndrome vertiginoso periférico. Factores condicionantes de I.T. en enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales. En Manual de gestión de la Incapacidad Temporal 3ª edición Edita Instituto Nacional De La Salud. Madrid 2001.pp 176-179
35. Castellano Arroyo M. Molina A. La I.T y su control médico. Aspectos médico-legales. La Mutua. Revista Técnica de Salud Laboral y Prevención . n° 10 pp 9-35. (2004).
36. María Teresa Criado del Río. Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico.Colex. 1999. Madrid. Capítulo IV 797-890
37. Manuel García-Blázquez Pérez y Cristina Mara García-Blazquez Pérez. Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal.15ª ed.Comares. 2007. Capítulo III. 53-63.
38. Castellano Arroyo M. Villanueva de la Torre H. Medicina Legal y Forense. : Enrizas Vallejo P. García Valverde MD. Derecho y Medicina Editorial Aranzadi S.A Navarra 2008 pp 981-991
39. Arroyo Urieta, G y Piga Rivero, A. Las lesiones en Medicina Legal. Rev. Esp. Med. Leg., 66-67 y 68-69, 1991
40. Cardona A, Marhuenda, D., Jiménez, S y Rodés, F. Consideraciones médico-legales de la regulación actual del delito de lesiones. Rev. Esp. Med. Leg., 66-67 y 68-69, 1991.
41. Castellano Arroyo, M; Aso Escario, J y Martínez Jarreta, B.: Ficha unificada para la recogida de datos de interés médico-legal en las agresiones. Rev. Esp. De medicina Legal, 1998, XXII (83): 38-46
42. Salvat, J. ; Martín J.; Vicente F; Muñiz R y Muñoz R: Malos tratos por acción y por omisión. Ciencia Forense, 3 41, 58, 2001
43. M. Casado. Manual de Documentos Médico-legales. Junta de Extremadura. Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Ed. Grupo ROS. ISBN 13: 978-84-93581 1-41. 2008.
44. Fuertes Rocañín.JC, Cabrera Fornneiro.J. Medicina y derecho. “Una necesaria y fructífera relación”Luzán . Madrid 2000. 43-50.
45. Herrera Rodríguez A. De Lorenzo R. Manual de documentos sobre consentimiento informado en cirugía ortopédica y traumatología. 1ª ed. Editores Medicos S A. Madrid 2002. Capítulo I El médico y el consentimiento informado . Herrera Rodríguez Martínez Martín AA pag 18-20.
46. Armengol-Miró, J.R. De Lorenzo, R.:Morales Gordo,M. Medicina y Derecho. El Consentimiento informado .En: Noticias Medicas. Madrid: Editores Medicos, S. A. XLI 16-31 Marzo 2007-05-10. n° 30900. Pags 15-35

47. Cumplido, M José. El Consentimiento Informado. Aspectos jurídicos y legales. En : el Consentimiento Informado. Aspectos Jurídicos y legales vinculados a la formación académica del Médico en la Universidad Nacional de Córdoba. Republica Argentina. Murcia: Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.: 2003. Introducción. pp 1-72)
48. Gisbert Calabuig, J.A. Villanueva Cañadas, E. El Consentimiento Informado .En: Medicina Legal y Toxicología. 6ª ed. Barcelona: Editorial Masson, S.A. 2004 pp 85-92
49. Kusc, S: et all. “ Improving comprensión of informed consent”. Patient Educ. Couns. 60.(3) 2006: 294-300
50. Sánchez- Caro, J. Abellán, F. El Consentimiento Informado. En: Derechos y Deberes de los pacientes. Granada: Editorial Comares, S.L.:2003. pp 5-51
51. Jorge Barreiro A. Derecho ala Información y el Consentimiento Informado.: En Los Derechos de los usuarios de los Servicios Sanitarios 1ª es. Edita Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1996 pp 145-176.
52. Derecho sanitario al uso del Pediatra. El Consentimiento informado en Pediatría. E. Villanueva Cañadas y Mª Castellano Arroyo (2001) Ed. Ergon S.A. Madrid.
53. De Lorenzo y Montero R. De Lorenzo Aparici O. Aspectos legales del acto médico en otorrinolaringología y patología cérvico facial. 1ª ed. Editores médico. S.A Madrid 2006. Capitulo IV. Información y/o Consentimiento adaptado a la práctica clínica en otorrinolaringología y cirugía Cerviño facial. pp 121-129
54. Tiago Rs, Salgado DC, Correa JP, Pio MR, Lambert EE. Foreign body in ear, nose and oropharynx: experience from a tertiary hospital. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006 Mar-Apr, 72(2):1777-81
55. Merino Gálvez .E Cuerpos extraños en el área ORL.: Rodríguez Domínguez.F.J y Rodríguez Herrero .D.: En Manual de otorrinolaringología práctica para médicos de atención primaria 1ª ed 2009 Editorial Formación Alcalá Jaén pp 766-770)
56. Garcia-Tapia Urrutia. R. parálisis laringea, disfagia, cuerpos extraños En Cobeta .Otorrinolaringología y patología Cérvico-Facial. 2003 Editorial STM Editores
57. Gil – Caicedo LM. Otología. 2ª ed. Panamericana. Madrid 2004. Capitulo Patología del oído externo . pp 147-148
58. J.L. Quesada Martínez. Cuerpo extraño. En Protocolos en ORL. Guillermo Til Pérez y cols. 1ª Ed. Trama Equipo Editorial S.L.L. Barcelona, 2007. Capítulo 91. pp 200-201.
59. P. Quesada, J. Ibarrondo y B. Ramis. Lesiones traumáticas de la cavidad oral y faringe. En Manual de Otorrinolaringología. R. Ramírez Camacho y cols. McGraw-Hill – Interamericana de España S.A.U. 1º Ed. Madrid, 1998 pp 279-280

60. Juan José Martínez Crespo, Pilar Martínez García, Marina Martínez de Guzmán. Cuerpos extraños esofágicos en Actualización en Urgencias Otorrinolaringológicas. 1ª Ed. Formación Alcalá. Jaén, 2003, Tema 31, pp 314-319 disnea
61. Álvarez-Buylla Blanco M, Martínez Moran A, Álvarez Paredes I, Martínez Vidal J. Broncoscopio en población infantil tras aspiración de cuerpo extraño. Acta de Otorrinolaringológica Española Abril 2008. vol 59 nº 4 183-166
62. J.R. Gras Albert y J. Mauri Barberá. Cuerpos Extraños laringotraqueobronquiales en la infancia. En Tratamiento de las vías respiratorias. Jaime Marco Algarra.1ª Ed Masson S.A. 2005 Barcelona pp 87-95(63)
63. Héctor Fraga García. Los traumatismos. Complicaciones y secuelas. Guía práctica para juristas.1ª ed. .Aranzadi. Pamplona. Capitulo IV 2007,pp 377-383
64. Hwang K, You SH, Kim SG, Lee SI. Analysis of nasal bone fractures; a six-year study of 503 patients. J Craniofac Surg.2006 Mar;17(2):261-264 nasofaciales
65. Mondín V, Rinaldo A, Ferlito A. Management of nasal bone fractures. Am J Otolaryngol. 2005 May-Jun; 26(3):181-5.
66. García Alcántara Fernando. Patología traumática y funcional elemental de nariz y senos paranasales.CEJ Centro de Estudios Jurídicos.Curso de valoración médico forense de nariz, ojos y boca.2004. Ministerio de Justicia . pp 4383-4413
67. Wild DC et all. Reduction of nasal fractures under local anaesthesia: an acceptable practice?. Surgeon. indd february 2003.pp 45-47
68. Wild DC, El Alami MA, Conboy PJ. Reduction of nasal fractures under local anestheisia: an acceptable practice?Surgeon. 2003 Feb; 1(1):45-7.
69. Cervera Escario. J. y col. Post-traumatic haematoma and abscess in the nasal septa of children. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008 Mar; 59 (3): 139-41
70. J.M. Alcalde Navarrete. Traumatismos del cuello.: en Tratado de Otorrinolaringología Pediátrica. Manuel Tomás Barberá, Manuel Bernal Sprekelsen. 1ª Ed. Gráficas Alzadora S.A. Girona, 2000 pp. 618-619
71. Medalla Muñoz J, Cuquerella Fuentes,A, Jiménez Jiménez A.J. Mort per asfixia, per l'oclusió de l'orofaringe per cossos estranys en un malalt psiquiàtric crònic. Quartes Jornades catalanes d'actualitzación en Medicina Forense. 1997. pp 307-315
72. Amadasum JE. An observational study of the managemnet of traumatic tympanic membrane perforations. J Laryngolo Otol.2002
73. Mirza S, Richardson H. Otic arotrauma from air travel. J Laryngol Otol.2005 May; 119(5):3336-70.
74. Garrido Marín,E.Lores Obradors L. Davant Llauradó . E y Desola Alá. J. Trastornos deribados de factores ambientales. En : Farreras- Rozman Medicina Interna.15ªed. 2004. Editorial Elsevier.S.A. Madrid. pp 2636-2637

75. Ramírez Camacho R. Manual de otorrinolaringología. 1ªed .McGRAW-HILL-INTERAMERICANA . Madrid. Capítulo 8 Traumatismos:fracturas y traumatismos disbáricos. Hinojara. López Ramos D. pp 95
76. KVITKO Luis Alberto. Valoración del daño corporal. Signos, reflejos, movilidad articular, test y fenómenos de importancia en la peritación médico-legal. La Rocca.Buenos Aires.Capitulo II 2005, pp 100-108.
77. Fayad JN,House JW. Traumatic posterior tympanic membrane perforation. Ear Nose Throat J. 2005 Jul;84(7):396
78. Surgical treatment of hematoma of the Auricle: “Cauliflower Ear”. En Johnm.M.Loré & Medina . In An Atlas of HEAD & Neck Surgery 4ªed ELSEVIER SAUNDERS.Philadelphia 2005 pp 580-581.
79. Gil-Carcedo L.M. VALLEJO Valdezate LA. El Oído externo .Ergon SA Madrid 2001. Capítulo 14.Lesiones del pabellón auricular por congelación. Gómez González JL. Santacruz Ruiz S pp 275-279.
80. Borobia Fernández C. Sistema auditivo.:En Valoración de Daños de Personas. Editorial La Ley –Actualidad S.A. 1996. pp 205-207
81. Claudio Hernández Cueto. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionado.2ª ed. Masson. 2001.Capítulo 8 pp 204-206
82. Ramírez Romero, P. Ingestión de cáustico.Capítulo 19: en Manual de Urgencias de Otorrinolaringología. Julio García-Polo Alguacil, Manuel Tomás Barberán. 1ª Edición Edika-Med S.A. Barcelona.1992 pp 107-110
83. Suzano Louzeiro Tiago R et all. Foreign body in ear, nose and oropharynx: experiencia from a tertiary hospital. Rev Brass Otorrinolaryngol 2006;72(2);177-181
84. Serrat More D .Garcia CallejaL.L. y Castellano Arroyo M. Estudio descriptivo de los Partes de Lesiones emitidos por el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario.Orfila 4.1990. IV Jornadas anuales de la Sociedad Española Medicina legal y Forense.Cádiz 19-21 abril pp 53-64
85. Marhuenda D. Cardona.A. Amorós J. Martí J y Jiménez S. Análisis Médico – Legal del Delito de Lesiones en el Partido Judicial de Alcoy. Orfila4. 1990. IV Jornadas Anuales Sociedad Española Medicina Legal y Forense . Cádiz 19-21. 37-47
86. Peridis. S, et all. Foreing bodies of the ear and nose in children and its correlation with right or left handed children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009 Feb; 73 (2):205-8
87. Kumar Sashi. Management of foreign bodies in the ear, nose, and throta. Emergency Medicine Australasia 2004 16, pp 17-20
88. Hijazo R y col. Estudio epidemiológico de las Urgencias en un Hospital de tercer nivel. Acta Otorrinolaringológica Española 2009 60(1) : 32 -37

89. A.S. El-Hawarani, F.R.C. et al "Diagnostic and therapeutic use of flexible nasendoscope in the management of an impacted upper oesophageal food bolus" *The Journal of Laryngology & Otology*. 2004, Vol 118 pp 882-884.
90. G.R.DUNN, P. WARDROP.S. Management of suspected foreign body aspiration in children. *Clin. Otolaryngol*. 2002. 27. pp 384-386.
91. A.D. Karatzanis, A.Vardouniotis. "The risk of foreign body aspiration in children can be reduced with proper education of the general population. *International Journal Pediatric Otorrhinolaryngology*. 2007 71 pp 331-335
92. R.VINEY and A. REID "We present a novel approach for a common ENT emergency. Under nasendoscopic guidance, a fishbone lodged in the pharynx can be removed with a suction catheter passed nasally" *J.R. Coll. Surg. Edinb APRIL 2002* 47 pp 515.
93. By G. Casadio D. Chendi et al. " Fishbone Ingestion: Two Cases of Late Presentation as Pediatric Emergencies" *Journal of Pediatric Surgery* 2003 Vol 38 pp 1399-1400
94. Akazawa Yoshihiro et al The management of possible fishbone ingestion. *Auris Nasus Larynx*. 2004. 31. pp 413-416
96. De Amesti, C. y col. Cuerpo extraño laringofaríngeo. *Acta Otorrinolaring Esp* 45, 1 (65-67, 1994)
97. C.D Amesti,V. Martinez. Cuerpo extraño laringoesofágico. *Acta Otorrinolaring Esp* 1994,45 pp 65-67
98. El-Hawrani AS, Mc Cluney NA et al. Diagnostic and therapeutic use for flexible nasendoscope in the management of an impacted upper oesophageal food bolus. *J Laryngol Otol* 2004 118 pp 882-884
99. Peridis S, Athanasopoulos I et al. Foreign bodies of the ear and nose in children its correlation with right of left handed children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009 73(2) pp 205-208.
100. Ichlida M, Komuro Y . Reposition technique for nasal fracture using the little finger. *J Craniofac Surg*. 2008 19 pp 1512-1517
101. Cervera Escario J, Calderon Nájera R y cols. Post-traumatic haematoma and abscess in the nasal septal of children . *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008 59 pp 139-144
102. Amadason, J.O. An Observational study of the management of traumatic tympanic membrane perforations. *The Journal of Laryngology & Otology*. March 2002. Vol. 116. pp 181-184



