

TOMA DE DECISIONES EN EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sáenz Gómez, J.1; Carmona Molina, M.P.2; De Castro García, S.3; Bravo Escudero, E.4

1. Enfermero S.P. 061 Jaén. Presidente CEA. EPES.
2. Médica S.P. 061 Jaén. EPES
3. Directora SP 061 Jaén. Vocal CEA. EPES.
4. Subdirector RRHH. Vocal CEA. EPES

RESUMEN

Paciente que acude a su centro de salud con dolor torácico, donde es diagnosticado de infarto agudo de miocardio (IAM). A la llegada del equipo de emergencias, para su tratamiento y traslado al centro hospitalario de referencia, el paciente, basándose en experiencias previas, se niega a que se le administre el tratamiento fibrinolítico. Los profesionales tienen que tomar una decisión al respecto valorando entre otros: indicación del tratamiento fibrinolítico, riesgos derivados de su no administración, rechazo del paciente, capacidad del paciente, opinión de la familia favorable a la administración del tratamiento sin informar al paciente así como el tiempo de ocupación de un recurso asistencial limitado, como es una UVI móvil. Finalmente se acuerda el traslado del paciente, sin administrarle el tratamiento fibrinolítico, estableciendo los cuidados necesarios para minimizar o prevenir los riesgos.

CASO CLÍNICO

Varón de 71 años aquejado de dolor torácico. Atendido inicialmente por equipo de APS en el Centro de Salud de Mancha Real (Jaén). Continúa la asistencia y traslada hasta el Hospital Medico Quirúrgico de Jaén el equipo de emergencias (EE) del 061.

- Antecedentes
- No tiene alergias.
- Patologías Previas:
- Diabetes Mellitus.
- IAM (2005)
- Medicación que toma el paciente:
- Pantoprazol 20mg.
- Humalog Mix 25.
- AAS 300mg.
- Alipza 1mg.
- Tilker 120mg.
- Nitroglicerina 1mg.

Enfermedad actual

Paciente que presenta dolor precordial desde las 00h. de la noche anterior, con cortejo vegetativo discreto sin nauseas ni vómitos. Durante la noche se ha tomado un comprimido de nitroglicerina sublingual, sin que remitiese el dolor. A primero hora de la mañana acude por sus medios al centro de salud, con dolor, cuantificado en escala numérica con una puntuación de 10 sobre un máximo de 10, frecuencia cardíaca de 90 lpm, tensión arterial de 140/80mmHg y presencia de signos de isquemia miocárdica en el electrocardiograma. Se le administra por vía oral 2 comprimidos de 0,8mg de nitroglicerina, 300mg de AAS y 300mg de Clopidogrel. Se canaliza vía venosa periférica y se administran 4mg de Cloruro Mórfico además de perfusión continua de nitroglicerina.

Se solicita la presencia de un EE 061 para tratamiento y traslado del paciente a un centro hospitalario.

El EE se traslada hasta el centro de salud de la localidad, a unos 20km del centro hospitalario de referencia.

- Exploración clínica, diagnóstico y tratamiento
- Vía Aérea/Ventilación
- Vía aérea permeable.
- Ventilación espontánea, eupneico, movilidad torácica normal.
- Auscultación respiratoria normal.
- Circulación
- Piel normal: temperatura, hidratación y coloración.
- No se aprecia ingurgitación yugular.
- Auscultación cardíaca normal, rítmico.
- Pulsos y relleno capilar normales.
- Neurológico

Paciente consciente y orientado. Sin inconsciencia previa. Sin amnesia del episodio.

- Pupilas normales en tamaña y reactividad.
- Sin signos de focalidad.

Tabla de constantes

Hora	TAS	TAD	FC	Ritmo	FR	SatO2	FiO2	Tº	AVDI	Dolor	Glasgow	Ramsey
09:00	131	75	70	RS	16	94	21	35,8	A	8 (N)	15 (4O,5V,6M)	2
09:32	133	67	99	RS	16	96	24		A	8 (N)	15 (4O,5V,6M)	2
09:58	138	64	66	RS	16	94	24		A	8 (N)		

RS=Sinusal | N=Escala numérica del dolor (0 a 10) | AVDI= Escala del Nivel de Conciencia (A=Alerta)

EKG

EKG realizado a las 09:09 h., Sinusal, frecuencia de 75 lpm, con dolor. Segmento PR normal (0,20-0,12). Complejo QRS de duración entre 0,10 y 0,12 ms. Onda T picuda y alta en V2, V3, V4, V5, V6. Segmento ST supradesnivelado en V1, V2, V3, V4, V5, V6.

Diagnóstico

Tras valoración del paciente se confirma el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de pared anterolateral.

Tratamiento

- 70mg de enoxaparina subcutánea.
- 5mg de cloruro mórfico IV en bolo lento.
- Se continúa la perfusión de nitroglicerina (25mg en 250ml de SG5% a 20ml/h)
- Gafas nasales a 2 litros/min.
- Extracción de muestras para analítica sanguínea.

Se determina la indicación de tratamiento fibrinolítico extrahospitalario. Este tratamiento requiere la valoración de ciertos aspectos y antecedentes del paciente para la determinación de riesgos y ausencia de contraindicaciones. En este momento, el paciente rechaza la administración de tratamiento fibrinolítico así como cualquier otro tipo de tratamiento que requiera su firma previa y/o explicaciones extensas sobre beneficios/riesgos.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Situación Basal Previa.

Paciente autónomo para las actividades de la vida diaria, fumador de 4-5 cigarros al día, con un conocimiento sustancial de su tratamiento habitual y cumplidor del tratamiento prescrito, según refiere.

Valoración focalizada de necesidades

- Necesidad de Respirar: consciente, eupneico, sin disnea.
- Necesidad de Comunicación: consciente, orientado, sin limitaciones.
- Necesidad de Movilidad: sin limitación de movimientos, ni falta de fuerza, aunque se acuerda una limitación terapéutica de la movilidad, con la finalidad de evitar agravamiento de sintomatología.
- Necesidad de Seguridad: El paciente manifiesta inquietud sobre su estado y evolución, aunque con un afrontamiento adaptativo de la situación .Se determinan como elementos de riesgos, la perfusión de nitritos y morfina por vía intravenosa, además del dolor y la limitación de movilidad.
- Necesidad de Aprender: el paciente tiene un conocimiento sustancial sobre el episodio (tiene antecedentes previos de la misma patología).

- Necesidad de Valores y Creencias: El paciente manifiesta verbalmente que, quiere estar acompañado por su familia durante la asistencia, además, de forma reiterada y con argumentos mantenidos, expresa su rechazo a cualquier tipo de tratamiento que requiera su firma o una explicación amplia de los riesgos y beneficios de la administración de dicho tratamiento.

Su rechazo, se basa en experiencias previas negativas, por parte de su mujer, tras someterse a un tratamiento quimioterápico, para el que tuvo que dar su consentimiento informado por escrito, padeciendo unos efectos secundarios y/o adversos derivados de dicho tratamiento.

A partir de esta experiencia previa, el paciente argumenta que, no siente seguridad hacia un tratamiento que requiera su firma para la administración y/o explicaciones verbales extensas sobre riesgos y beneficios, pues ello *“es indicativo que no se tiene la plena certeza del beneficio que le pueda aportar y de los riesgos a que se le somete, entendiendo que ambas opciones, la firma o las explicaciones extensas, son una forma de eximente de la responsabilidad de los profesionales que lo administran sin plena seguridad en sus actos”*.

Problemas detectados

Suplencia Parcial en Movilidad y Seguridad, derivados de la patología aguda, dolor y administración de nitritos y opiáceos.

Intervenciones enfermeras

- Terapia intravenosa.
- Administración de medicación.
- Cuidados cardíacos.
- Manejo del dolor.
- Manejo ambiental: seguridad y confort.
- Monitorización signos vitales.
- Oxigenoterapia.
- Facilitar la presencia de la familia.
- Asesoramiento.
- Enseñanza procedimiento / tratamiento.
- Protección de los derechos del paciente.

OBSERVACIONES/EVOLUCIÓN DEL CASO

Una vez realizada la valoración por el equipo de emergencias e instaurados los cuidados y tratamientos indicados, la atención se centra en incidir nuevamente sobre la indicación del tratamiento fibrinolítico, explicando detenidamente riesgos y beneficios tanto de la administración como de no hacerlo en relación al cuadro de isquemia miocárdica que sufre el paciente. Ante la persistente negativa del paciente, se habla con la familia del mismo (esposa e hijos), los cuales indican que si el tratamiento es beneficioso y está indicado, se proceda a su administración sin tener en cuenta la opinión del paciente y sin informarlo.

Se vuelve a hablar con el paciente, indicando las preferencias de la familia, sin modificar el paciente su voluntad inicial.

Ante esta situación, médica y enfermero valoran la situación y alternativas, decidiendo respetar la voluntad del paciente en lo que respecta al tratamiento fibrinolítico, procediendo a su traslado de forma inmediata hasta el hospital de referencia, en UVI móvil con los cuidados y monitorización necesarios para minimizar o prevenir los riesgos asociados a este tipo de patología.

Se prealerta al centro hospitalario, informando al médico intensivista del cuadro clínico del paciente y de la negativa de éste al tratamiento fibrinolítico.

Durante el traslado el paciente se mantiene estable, con dolor que no cede completamente, tratado con bolos de cloruro mórfico.

Se realiza transferencia en UCI.

TIEMPOS DE ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Solicitud del EE: 08:43

Activación del EE: 08:45

Llegada al lugar e inicio de la asistencia: 09:01

Salida con el paciente hacia hospital de destino: 09:29

Llegada con el paciente al hospital de destino: 10:05

CONSIDERACIONES SOBRE EL CASO

Reperusión Coronaria

Cualquier estrategia de reperusión debe vincularse a la realización de intervencionismo coronario. El patrón de referencia lo constituye la Angioplastia Coronaria Transcutanea Primaria (ACTP p) y si no es factible se debe facilitar una estrategia mixta con fibrinólisis precoz y ACTP de rescate (si fibrinólisis fallida) o ACTP programada en el intervalo entre las 6 y 24h posteriores al evento (estrategia fármaco-invasiva).

La Fibrinólisis prehospitalaria se debe plantear cuando no existe disponibilidad real para realizar una ACTP p en menos de 2 h desde el primer contacto médico (el intervalo debe ser < de 90 o incluso 60 minutos, en pacientes que consultan en las 2 primeras horas, con bajo riesgo de sangrado, infartos extensos).

Los protocolos y servicios establecidos entre los equipos de emergencias 061 y los servicios hospitalarios de la provincia de Jaén, no pueden asegurar la ACTP p como tratamiento de elección en los Síndromes Coronarios Agudos con Elevación del ST (SCAGEST), es por ello que la Fibrinólisis Prehospitalaria se convierte en el tratamiento de elección.

Toma de decisiones en Emergencias Extrahospitalarias

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) fue creada en 1994 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para prestar asistencia a las emergencias sanitarias en toda la Comunidad Autónoma andaluza.

Consciente de la dificultad de la toma de decisiones en situaciones de urgencias y emergencias en el medio extrahospitalario, durante los años 2011 y 2012, EPES programó e impartió un curso de "Formación Básica en Bioética", acreditado por la ACSA, y que dentro del programa de Formación Obligatoria, se impartió al 100% de la plantilla (médicos, enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias). Dicho curso incluyó entre sus contenidos un apartado sobre la deliberación y resolución de conflictos bioéticos en situaciones de urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Desde el Comité de Ética Asistencial, se han elaborado protocolos sobre la protección de la intimidad-confidencialidad de los pacientes atendidos, toma de decisiones al final de la vida, consentimiento informado y toma de decisiones por representación.

RESUMEN DE HECHOS

- El paciente rechaza un tratamiento indicado para su patología.
- El paciente es consciente de los riesgos a los que se expone con su rechazo.
- La indicación clínica es favorable a la administración de dicho tratamiento.
- El tratamiento fibrinolítico no está exento de riesgos y complicaciones, algunas de ellas graves.
- La ACTPp es un tratamiento indicado desde la atención extrahospitalaria (con derivación directa a la sala de hemodinámica del hospital) cuando existe contraindicación de la fibrinólisis, dado que no siempre está disponible para su realización de forma primaria*.
- El medio extrahospitalario presenta ciertas dificultades para la deliberación y toma de decisiones: intimidad, confidencialidad, tiempo,...
- Una UVI móvil es un recurso avanzado limitado, cuya disponibilidad no se debe comprometer innecesariamente por más tiempo del prudencial para una atención con garantías y de calidad.

** Se describe este hecho en base a lo establecido en el Grupo provincial del Proceso SCACEST de la provincia de Jaén, en el marco de la Comisión de Urgencias provincial.*

VALORES EN CONFLICTO

- Voluntad del paciente al rechazo del tratamiento fibrinolítico.
- Deseos de la familia de la administración del tratamiento fibrinolítico, sin el consentimiento del paciente.
- Indicación, desde el punto de vista de los profesionales, de la administración del tratamiento.
- Ocupación y/o demora de un recurso asistencial avanzado.

PROBLEMAS ÉTICOS DETECTADOS

- ¿Puede el personal de un EE actuar en contra de la voluntad de un paciente?
- ¿Puede administrarse un tratamiento con el beneplácito de la familia, sin informar al paciente sobre ello?
- ¿Se puede obviar la administración de un tratamiento indicado y cuyos efectos son beneficiosos para el paciente?

- ¿Se puede demorar una actuación/tratamiento en el contexto de una emergencia sanitaria, mientras se busca un acuerdo con el paciente?

CURSOS POSIBLES DE ACCIÓN

Cursos extremos de acción:

1. Administrar el tratamiento fibrinolítico obviando el rechazo del paciente al mismo y sin informarlo.
2. No administrar el tratamiento.

Curso de acción elegido:

No administrar el tratamiento fibrinolítico, respetando la voluntad del paciente, informando a éste de los riesgos/complicaciones derivados de tal decisión, trasladando al paciente al centro hospitalario de referencia, con la menor demora posible, prealertando a dicho centro de la llegada del paciente así como las circunstancias del conflicto y decisión tomada, además de establecer todos los cuidados, monitorización y tratamientos disponibles para minimizar y/o prevenir las posibles complicaciones.

JUSTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA

La toma de decisiones en el ámbito clínico siempre va acompañada de cierto grado de incertidumbre, siendo esta mayor en el ámbito de las emergencias extrahospitalarias, en las que a la gravedad de las patologías que presentan los pacientes tratados, se une un ambiente hostil, en muchas ocasiones carente de intimidad y un medio adecuado/formal para la atención, pruebas analíticas y complementarias limitadas, además de tratarse por regla general de patologías tiempo dependiente, es decir, la demora en la atención sanitaria suele aumentar la morbimortalidad.

En este caso, los profesionales del equipo de emergencias, médica y enfermero, se enfrentaban ante el dilema de respetar la voluntad de rechazar el tratamiento fibrinolítico, expresada por el paciente, o la administración de un tratamiento claramente indicado para la patología que presentaba el paciente, ocultándole la verdad al paciente, obviando sus deseos y asumiendo que dicho tratamiento, puede conllevar riesgos o efectos secundarios, algunos de ellos graves.

Para la toma de decisión final, se tuvo en cuenta:

- Opinión del paciente.
- Capacidad del paciente.
- Criterios profesionales de indicación del tratamiento.
- Opinión y deseos de los familiares.
- Alternativas reales al tratamiento fibrinolítico.
- Riesgos/Complicaciones derivadas de no administrar el tratamiento fibrinolítico.
- Tiempo de ocupación de la UVI móvil.

Ante un paciente consciente, orientado, con una decisión argumentada y mantenida a pesar de las aclaraciones y recomendaciones de los profesionales

sanitarios, se desestimó la opción de administrar dicho tratamiento de forma no consentida o no informada al paciente, aún en contra de la opinión de familiares.

Valorar la capacidad de un paciente para la toma de decisiones, siempre es un hándicap para los profesionales y máxime cuando han de hacerlo en un medio inadecuado y en un breve espacio de tiempo. Existen criterios, como los de Appelbaum y Grisso los cuales pueden poner a los profesionales en alerta sobre la capacidad del paciente para la toma de decisiones. En España son ampliamente conocidos los criterios al respecto los enunciados por Pablo Simón:

- El paciente muestra un cambio brusco en su estado mental.
- Cuando rechaza un tratamiento que es claramente indicado y no argumenta los motivos con claridad o se basa en supuestos irracionales.
- Cuando acepta procedimientos molestos sin ponderar riesgos ni beneficios.
- Cuando tiene un trastorno neurológico o psiquiátrico de base, que puede producirle estados transitorios de incapacidad. .

En este caso, además de valorar el nivel de conciencia, orientación y afrontamiento del paciente, cuestionarse si el rechazo al tratamiento fibrinolítico constituye una base para plantearse una incapacidad de toma de decisiones, es tarea árdua y difícil. Sin embargo con los datos y argumentos expresados por el paciente, en diferentes momentos de la existencia y aun en contra de la expresión y voluntad de su familia, los profesionales del equipo de emergencias, los consideraron como suficientes para no cuestionar la capacidad del paciente.

Por otro lado y siendo el paciente el titular al derecho a la información y tras facilitarle toda la información relativa a su proceso, así como al tratamiento, de forma clara y comprensible, incluyendo los riesgos y beneficios de la misma, los profesionales debieron sopesar, para la toma de decisión si este se podía considerar como uno de los supuestos exepuados por la Ley para actuar sin el consentimiento informado, concretamente la presencia de riesgo inmediato grave para la integridad física sin embargo, la posibilidad de efectos secundarios/complicaciones derivados de dicho tratamiento, la estabilidad clínica del paciente dentro de la gravedad y el tiempo de traslado (20min aproximadamente) hasta el centro hospitalario de referencia, supuso la base argumental de los profesionales para la decisión finalmente tomada.

No había cabida para el consentimiento por representación, pues no se cumplan ninguno de los supuestos establecidos en la Ley para otorgarlo, aunque la opinión de los familiares fue tenida en cuenta, atendiendo al derecho y deseos manifestados por el paciente de facilitar la presencia familiar durante su proceso de atención.

El tiempo de ocupación de un recurso avanzado como puede ser una UVI móvil, siempre es un elemento a tener en cuenta, de cara a otras situaciones de emergencias reales o potenciales que pudieran acontecer al mismo tiempo. Es por ello, que el personal tuvo este factor presente, optimizando todas y cada una de sus actuaciones en aras de poder dedicar un tiempo prudencial y suficiente para facilitar toda la información necesaria para la toma de decisiones sin prolongar excesivamente la no disponibilidad de dicho recurso. En relación al tiempo de la asistencia, una vez tomada la decisión se procedió al traslado inmediato al centro hospitalario de referencia, a fin de minimizar los riesgos y/o complicaciones de una patología, cuya evolución es tiempo-dependiente.

Una vez aceptada la voluntad del paciente, la decisión del equipo de emergencias estuvo destinada a la continuidad asistencial. El rechazo de un tratamiento concreto, no debe suponer el final de la asistencia, sino como en este caso, la continuidad asistencial, instaurando o manteniendo los cuidados y medidas encaminados al beneficio del paciente, minimizando o preveiendo las posibles complicaciones derivadas del cuadro agudo, así como a la mejora del confort y seguridad, como en este caso, con la administración de analgésicos para el alivio y/o control del dolor referido. La prealerta y comunicación precoz con el centro hospitalario de destino, supone otro elemento de seguridad que ayuda a facilitar la continuidad asistencial así como disminuir tiempos de espera innecesarios.

La presencia de conflictos en el medio extrahospitalario en ocasiones, debido a los recursos, situación y/o actores participantes, pueden conllevar a situaciones de difícil resolución, siendo una actitud prudente el postergar dicha decisión, en este caso con el traslado al hospital, donde en un ambiente diferente, con la participación de otros profesionales y otras opiniones e información, los hechos y valores implicados, pueden resultar en una decisión final diferente.

INGRESO HOSPITALARIO Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

El paciente ingresó directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde continuó con la negativa a tratamientos para los que tuviera que dar un consentimiento por escrito y/o tras recibir explicaciones extensas sobre riesgos y/o beneficios.

Su estado general empeoró rápidamente a raíz de lo cual el paciente accedió a la realización de un ACTP.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. B.O.E. num. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132.
- Orden de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los centros del sistema sanitario público de Andalucía, en relación al procedimiento de consentimiento informado. B.O.J.A. num. 152 de 6 de agosto de 2009, páginas 77 a 84.
- Rosell Ortiz F. et All. Procesos Cardiológicos 3ª ed. EPES 2013. ISBN: 978- 84- 693- 1478- 4.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23
- Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento Informado. Med Clin (Barc) 2001; 117: 99-106
- Simón-Lorda P, Rodríguez JJ, Martínez A, López RS, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin. 2001;117:419---26.
- Bernat-Adell M.D., Ballester-Arnal R.,y Abizanda-Campos R. ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva Med Intensiva. 2012;36(6):416---422
- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988; 319: 1635-1638