

Ética en la atención de emergencia: en busca de una preparación ética deliberada

Ethics in emergency care: in search of a deliberate ethical preparation

M^a Isabel Casado

Sección de Investigación y Acreditaciones
SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

Rosa M^a Suárez (colaboradora)

Enfermera. Jefe de División de Calidad
SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

Resumen

Los Servicios de emergencias médicas prehospitalarios tienen como objetivo el preservar la vida y disminuir las secuelas de los pacientes allí donde ocurre la pérdida de salud, teniendo como componente esencial de su actividad el prestar esta ayuda lo más precozmente posible. Este requisito temporal de las actuaciones de emergencia condiciona no solo la toma de decisión técnica sino también la deliberación ética sobre los casos concretos que se atienden. Por tanto, los profesionales de la emergencia no solo deben estar formados y apoyados en procedimientos científico-técnicos y de ayuda psicológica de los pacientes, sino que deben contemplar un entrenamiento previo basado en la reflexión de los casos para poder decidir éticamente en el momento de la emergencia, teniendo en cuenta los principios éticos y las consecuencias de sus decisiones.

Palabras clave: Ética, Atención en emergencias, Toma de decisiones, **Deliberation.**

Abstract:

Pre-hospital Emergency Medical Services aim to preserve life and reduce sequelae in patients in the same place where health loss occurs, by taking the provision of such assistance as early as possible as an essential component of their activity. This temporary requirement for emergency situations conditions not only technical decisions, but also the ethical deliberation on the individual cases which are handled. Therefore, emergency professionals must not only be trained in and supported by scientific, technical and psychological support procedures for patients but must also have prior training based on reflecting on cases to decide ethically in the time of an emergency, taking ethical principles and the consequences of their decisions into account.

Key words: Ethics. Emergency care. Decision making. **Deliberation.**

Introducción. Marco de las emergencias

La asistencia sanitaria en las situaciones de emergencia que se presentan en el ámbito prehospitalario se ha convertido desde la década de los 80-90 en una realidad que va en aumento (Barroeta, Boada, 2011: 33). Y esto es así porque los servicios de emergencia que han surgido en España desde entonces, han ido respondiendo satisfactoriamente a la demanda ciudadana de cobertura sanitaria allí donde surge la situación de riesgo vital. Previamente a este nacimiento de los servicios de emergencia, el ciudadano se veía obligado ante la situación percibida de riesgo, a buscar ayuda especializada, desplazando por sus medios al herido o enfermo a los hospitales y centros de urgencias que consideraba próximos y adecuados (Narciso, 2011: 14). Tras unos años de educación sanitaria de la ciudadanía (que ha pasado a ser elemento de la cadena sanitaria) y la mejora en los tiempos de respuesta de los servicios de emergencia prehospitalarios, pocos son los pacientes o heridos que son trasladados por particulares u otros medios. En España desde 2006 ha quedado consolidada por Ley (Real Decreto 1030/2006, Anexo IV) esta prestación sanitaria de emergencia, que incluye situaciones de desastres, dentro de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Los servicios de emergencia prehospitalarios tienen como filosofía y razón de ser, la de aportar los cuidados de soporte vital que precisa el paciente de forma inmediata y en el mismo lugar donde surge la pérdida brusca de salud, como si de un cuarto de urgencias o box vital de un hospital se tratara, para así intentar preservar la vida o disminuir las secuelas. Realmente su actividad consiste en acercar los diagnósticos y tratamientos de emergencia, allí donde lo necesita el herido o enfermo. Para garantizar esto, los servicios de emergencias médicas se han basado en unos principios de accesibilidad (recursos disponibles desde cualquier lugar y momento), eficacia (asistencias con tiempos cortos de respuesta y asistencia al tratarse de patologías tiempo dependientes), calidad (actuaciones según estándares o recomendaciones clínicas validadas científicamente-protocolos) y continuidad (garantizar el cuidado del paciente de forma continuada entre eslabones asistenciales mediante el traslado al centro óptimo para sus tratamientos definitivos).

De este modo, los problemas éticos que antes solo afectaban a los profesionales de la salud, en los establecimientos sanitarios, ahora se han trasladado a los entornos sociales habituales donde el sanitario de emergencia actúa, convirtiéndose en un condicionante más, y a veces superior, de su actuación.

Esta forma de hacer medicina con pacientes en estado crítico, en situaciones de riesgo y en entornos alejados de la seguridad y control del establecimiento sanitario, condiciona de una forma importante el despliegue de capacidades y competencias que debe poner en juego un sanitario (médico o enfermera), y exige, por parte de ellos mismos y del sistema sanitario que los acoge, una preparación técnica y psicológica, apoyada en procedimientos asistenciales y entrenamiento, así como una reflexión ética integrada que permita una toma rápida de decisiones en el momento de la emergencia, basada en la deliberación previa de las posibles soluciones a tomar.

Los servicios de emergencias prehospitalarios tienen como razón de ser, la de aportar los cuidados de soporte vital que precisa el paciente de forma inmediata y en el mismo lugar donde surge la pérdida brusca de salud, para así intentar preservar la vida o disminuir las secuelas.

El reto ahora está en formar a los profesionales en estos aspectos éticos para evitar que actúen por intuición en el momento de la emergencia.

Condicionantes de las asistencias en contextos de emergencia

Los escenarios en los que se presta la asistencia de emergencia presentan las siguientes condicionantes:

- La **seguridad** es una de las premisas a cumplir en la aproximación y asistencia en los entornos de emergencias, tanto para los propios pacientes como para los intervinientes, de forma que en ningún caso se debería intervenir sin garantizar la estabilidad y seguridad del entorno. Esto exige, por parte de los intervinientes una capacidad de análisis de las escenas para buscar los elementos de riesgo, y la adopción de medidas para minimizarlos o eliminarlos. Para ello se cuenta con la colaboración con otros cuerpos de seguridad (policía) y emergencia (bomberos). En cualquier caso, los primeros momentos de una asistencia de emergencia siempre cuentan con un nivel de incertidumbre en el riesgo hasta que el escenario está analizado y controlado, que el interviniente tiene muchas veces que asumir.
- La **información** sobre lo ocurrido y sobre el propio paciente atendido, siempre es escasa a lo largo de toda la asistencia de emergencia y, concretamente en los primeros momentos, lo que supone actuar a ciegas ante muchos aspectos que podrían tener su peso en la resolución del caso de contar con ellos. La información que da el ciudadano-testigo no suele ser de calidad inicialmente, siendo necesario integrar los escasos datos con los que se cuenta para hacerse una composición de lugar que, posteriormente, se va perfilando. Con respecto a los antecedentes del paciente ocurre lo mismo, ya que el propio paciente y los familiares o conocidos que le acompañan, suelen estar especialmente impactados por lo que ocurre y no pueden aportar información de interés.

La medicina de emergencias exige de sus profesionales una preparación técnica y psicológica, apoyada en procedimientos asistenciales y entrenamiento, así como una reflexión ética integrada, que permita una toma rápida de decisiones en el momento de la emergencia, basada en la deliberación previa.

Por tanto en emergencias hay que contar con que la información es escasa, puede estar sesgada, y estar afectada por el “efecto túnel” consistente en ver u oír solo una parte de la realidad al concentrar nuestro análisis sobre un único aspecto, obviando otros. El objetivo en emergencias es poder obtener la máxima información relevante al caso de cualquier fuente, partiendo de la escasez de ésta. En esta búsqueda de información, también se pretende, en la medida de lo posible, indagar sobre lo que quiere el paciente en función de sus valores buscando su consentimiento (juicio sustitutivo)

- **Necesidad de coordinación y colaboración** con otros intervinientes no sanitarios (bomberos, policía, personal de la red de transportes, vigilantes, etc.), con ciudadanos y dentro del propio equipo sanitario. También se mantiene esta necesidad a lo largo de todo el proceso hasta la transferencia en el hospital con el equipo receptor. Esto exige desarrollar competencias de trabajo en equipo y habilidades de comunicación como elementos esenciales en el manejo de las situaciones, así como asumir, por un

principio de confianza y obligación de secreto, que todo lo concerniente al paciente en lo relativo a su salud, intimidad, circunstancias de la atención, etc., va a ser tratado con confidencialidad por parte de todos ellos.

- **Necesidad de valoración y análisis simultáneo y rápido de la escena, y del paciente.** Las actuaciones de emergencia exigen de los profesionales una capacidad de análisis ágil que permita la toma de decisiones rápida frente a la seguridad del entorno, las necesidades de colaboración de otros intervinientes y, lo que es más importante, frente los requerimientos de tiempo que la patología del paciente presenta. Pero si bien es necesario que la actuación de emergencias fije su foco en ser rápida y eficaz para aliviar el dolor, el sufrimiento del paciente y evitar complicaciones, es también cierto que el profesional suele dejar de percibir otras necesidades de éste (incertidumbre, miedo, ansiedad, inseguridad, etc.) fundamentales para resolver la situación desde el punto de vista humano y ético, y que pueden llegar a condicionar el manejo de lo biológico.
- **Necesidad de actuar de forma rápida guiados por el “*tiempo del paciente*”,** es decir, teniendo en cuenta las necesidades de resolución rápida de la causa que ha supuesto el riesgo vital para el paciente (ej. atragantamiento, parada cardiorrespiratoria, shock hipovolémico, etc.). Este tipo de patologías llamadas “*tiempo dependientes*” reciben este nombre porque, el pronóstico vital y de morbilidad, está directamente relacionado con el tiempo de evolución, es decir, con el tiempo del inicio de la pérdida de salud hasta su resolución total o parcial. Para ello el equipo sanitario tiene que realizar medidas diagnósticas rápidas y tratamientos simultáneos sobre el paciente siguiendo un procedimiento establecido, para minimizar estos tiempos en los que se ponen en marcha respuestas fisiológicas secundarias responsables de la evolución del cuadro. Muchas de las intervenciones médicas desarrolladas en emergencias se entroncan en los llamados tratamientos de soporte vital que pretenden mantener y alargar la vida para ofrecer al paciente la oportunidad de otros tratamientos hospitalarios y, con ello, retrasar y evitar la muerte (The Hastings Center, 1987:140; Berlinger et al. 2013: 204). En este sentido es muy importante el contar con una procedimentación del manejo y respuesta ante situaciones predeterminadas (patologías tiempo dependientes), disminuyendo la incertidumbre de los profesionales y optimizando los tiempos de atención.

Cuando el número de víctimas es diferente a uno, el profesional, además, debe hacer una clasificación y priorización de pacientes intentando garantizar en cada uno de ellos, los tratamientos de soporte vital necesarios sin menoscabo de la salud de las otras víctimas.

- **Necesidad de atender a las víctimas y al entorno.** Las situaciones de emergencia no solo requieren la asistencia a las víctimas primarias sino que, en múltiples ocasiones suponen el manejo de una circunstancia conflictiva por la necesidad de atender también, a las víctimas secundarias (familiares, allegados, testigos, etc.). Esto supone contemplar, como actividad añadida, la clasificación y minimización del impacto emocional del entorno, contando con los recursos disponibles. Las emergencias son situaciones de aparición brusca que suponen un desequilibrio biológico en las víctimas directas, y psicológico y social, en la víctima y en el entorno.

El componente que más condiciona una actuación de emergencias es, sin duda, el tiempo, asimilando éste al valor más elevado que se protege con él, la vida del paciente y, en segundo lugar la salud.

supone contemplar, como actividad añadida, la clasificación y minimización del impacto emocional del entorno, contando con los recursos disponibles.

Son escenarios colectivos que condicionan un manejo grupal, dificultando la intervención individualizada y humanizada, pero en los que no se debe olvidar que el paciente o víctima es una persona como fundamento ético principal.

- **Necesidad de recursos desproporcionados a la demanda.** Aunque las situaciones de emergencias habituales pueden suponer en los primeros momentos una sensación de desproporción entre recursos asistenciales y pacientes (ej. Incidentes de múltiples víctimas -IMV-), los servicios de emergencias médicas se preparan para dar una respuesta rápida a este desequilibrio y volver al estándar de asistencia (relación paciente/equipo asistencial adecuada). Sin embargo, es en las situaciones de catástrofe donde claramente hay que enfrentarse a esta desproporción mantenida en el tiempo ante la imposibilidad de disponer de recursos ilimitados, utilizando para ello procedimientos específicos y la preparación previa del sistema y los sanitarios.

Pero si tuviéramos que indicar cuál es el componente que más condiciona una actuación de emergencias, sin duda el tiempo es el más destacado. De nada sirve una actuación que siga todos los estándares de calidad de emergencias, si los recursos que los ponen en práctica no llegan a tiempo, o la evolución del paciente no es buena por el tiempo de demora en el lugar o hasta la llegada al centro óptimo y, por ello, la evolución del paciente no es la esperada. Es por tanto necesario hacer una priorización de tareas (técnicas y tratamientos) con el fin de dedicar el tiempo preciso en aquellas que son esenciales, y superponer o no realizar otras, convenientes pero no fundamentales, para así disminuir los tiempos hasta cirugía, transfusión o reperfusión vascular en el hospital. El tiempo se convierte en un condicionante técnico esencial en las asistencias.

Los problemas éticos que antes solo afectaban a los profesionales de la salud, en los establecimientos sanitarios, ahora se han trasladado a los entornos sociales habituales donde el sanitario de emergencias actúa, convirtiéndose en un condicionante más, y a veces superior, de su actuación.

Este componente temporal que tanto condiciona a la emergencia, también lo hace en la toma de decisiones éticas en estas situaciones, que tienen que ser adoptadas de una forma rápida aun contando con las limitaciones mencionadas anteriormente (falta de información, seguridad no garantizada, múltiples intervinientes, inmediatez de las técnicas a desarrollar, entornos colectivos, etc.)

Pero no todos los escenarios en los que trabajan los profesionales de emergencias son así. En otros la componente del tiempo no es tan esencial o determinante, al no existir riesgo vital (urgencias médicas no vitales, pacientes psiquiátricos sin riesgo, situaciones de violencia y maltrato, asistencias sociosanitarias, coberturas sanitarias de eventos de riesgo, etc.). En cualquier caso, el tiempo siempre condiciona la asistencia al limitarla, pues el objetivo es la canalización del problema a otros escalones asistenciales que le den respuesta y esto no debe dilatarse.

El concepto de Ética en emergencias

El concepto de ética hace referencia a la reflexión sobre la calidad de los actos personales y sociales del ser humano orientados hacia el bien general, y de las obligaciones morales del hombre para intentar conseguirlo (Diccionario RAE, 2014).

Cuando se circunscribe a la actividad profesional, la Ética se focaliza en describir y analizar de forma crítica los valores centrales de una profesión con responsabilidad hacia los demás en búsqueda de las buenas prácticas. En el caso de la ética médica, el beneficio buscado es el del paciente intentando preservar su dignidad, su salud y su vida, garantizando una atención médica de calidad en lo técnico y en lo humano. La ética se convierte en la conciencia de la práctica médica ante el semejante que sufre, y debe regir la conducta profesional del médico.

Los argumentos teóricos que se utilizan para explicar la corrección de la práctica médica desde la Ética son de tres tipos (Simón Lorda, 2005: 148-153): deontológicos (ética basada en el cumplimiento de principios o normas: de beneficencia, no maleficencia; de autonomía,

Este componente temporal que tanto condiciona a la emergencia, también lo hace en la toma de decisiones éticas en estas situaciones, que tienen que ser adoptadas de una forma rápida.

de justicia); teleológicos (ética basada en las consecuencias de los actos tras buscar una finalidad); o de la ética deliberativa de la responsabilidad (equilibrio entre principios y consecuencias, conseguido desde la deliberación o proceso de reflexión sobre alternativas, y teniendo en cuenta excepciones) (Gracia, 2001: 21-22). En general, la situación concreta y las circunstancias acompañantes

indicarán la primacía de uno u otro, exigiendo siempre el análisis prudente y de forma razonada, y teniendo en cuenta que entre ellos hay una jerarquía y prioridad en función del nivel público o individual de su alcance (Gracia, 2007). Como recuerdo se aporta el alcance de cada uno de los principios básicos:

- Principio de autonomía: basado en la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones sobre los actos médicos practicados sobre él. En este principio se contempla la práctica del consentimiento informado que permite autorizar el acto médico tras la información necesaria y ajustada a capacidades del paciente para su comprensión.
- Principio de beneficencia: basado en hacer el mayor bien al paciente de acuerdo con el conocimiento médico actualizado y procurando respetar sus valores y preferencias. Este principio junto con el de autonomía constituyen una ética de máximos (Gracia, 2007), o desde la visión del individuo, ya que ponen en juego el sistema de valores de cada persona y su concepto de bienestar, salud, etc.
- Principio de no maleficencia: basado en buscar no dañar a los pacientes o minimizar el daño de la actuación sanitaria por falta de conocimiento actualizado, impericia o negligencia, así como no abandonarlos en los momentos de necesidad
- Principio de justicia: basado en la distribución equitativa de los bienes y servicios sin distinciones, para proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades y conforme a un interés público. Con él garantizamos el trato de cada paciente como le corresponde y con la misma atención clínica a todos en un momento dado. Este principio junto con el de no maleficencia constituyen el marco ético básico o nivel público (Gracia, 2007) en el que se defienden los valores mínimos de la sociedad jurídicamente, y sobre el que actúan los profesionales sanitarios con equidad, buscando no dañar.

Escenarios en emergencias con consideraciones éticas especiales

1) Situaciones de grave riesgo o catástrofe

La asistencia en emergencias puede poner al profesional sanitario en la disyuntiva de actuar conforme al deber profesional primordial de prestar ayuda de urgencia al enfermo o accidentado y no abandonarlo (principio de beneficencia) aún en situación de riesgo para el médico, y el imperativo técnico de no exponerse a sí mismo como recurso sanitario útil y escaso, cuando la seguridad no está garantizada. Este imperativo técnico de las emergencias viene dado por considerar que los sanitarios son necesarios para seguir actuando con otras víctimas (principio de utilidad en el principio de justicia), y que, de ser víctimas a su vez en el entorno de riesgo, aumentaría la dimensión del problema, y disminuiría la capacidad de resolución en el tiempo de esta situación (Moskop, 2007: 284). Por ello el personal sanitario debe conocer que asumir un riesgo individual afecta a la capacidad de respuesta y resolución colectiva de la situación de emergencia y catástrofe, yendo en contra del principio de justicia.

Valga el testimonio de un interviniente en situación de catástrofe para ilustrar este conflicto en el lugar de la asistencia:

...De repente comenzaron a sucederse, en varias ocasiones, las órdenes de abandonar los andenes porque había peligro de nueva explosión. El corazón me pedía quedarme con los heridos, pero sabía que tenía que ser racional, en eso estaba formada... “el rescatador muerto no vale para nada”. Sufrí instantes de lucha interna entre lo que solicitaba mi sentir médico y lo que reclamaba la razón. No en todas las ocasiones venció en mí el poder de la racionalidad....

El personal sanitario debe conocer que asumir un riesgo individual afecta a la capacidad de respuesta y de resolución colectiva de la situación de emergencia y catástrofe, yendo en contra del principio de justicia.

Para ello los sanitarios que intervienen en este tipo de situaciones en el ámbito prehospitalario tienen que estar formados y entrenados en el análisis y en la toma de decisiones técnicas acertadas sobre la conveniencia de no poner a riesgo su propia vida en entornos inestables, y en el principio de confianza en los intervinientes especializados en seguridad, todo ello en beneficio del bien común posterior, por mucho que su compromiso profesional les llame a asistir.

2) Clasificación de víctimas o Triage

En las situaciones de emergencia en las que existe una desproporción, mantenida en el tiempo, entre la oferta de recursos sanitarios y las necesidades de la situación, es preciso establecer un método de selección o clasificación de víctimas que permita un rendimiento mayor del sistema (más número de personas atendidas con posibilidades de sobrevivir según un criterio utilitario), distribuyendo las cargas y beneficios de forma equitativa y justa (justicia distributiva), y conforme a unos criterios de viabilidad de pacientes en el tiempo de asistencia. Este triaje o clasificación se basa en el hecho de que, ante la escasez de recursos, no todo el paciente o víctima que precisa un cuidado, tratamiento o manejo concreto, puede recibirlo, siendo necesario establecer un sistema de ayuda a la decisión en la asignación de recursos (Aacharya et al., 2011: 2-4). Esta actividad de selección exige, en los primeros momentos de la atención a una catástrofe, que prime la valoración del entorno y de los pacientes como grupo, frente a la asistencia a pacientes concretos. Es decir, en este tipo de situaciones, se

prioriza el interés de la salud pública o colectiva frente a la del individuo tratando de conseguir el máximo provecho del sistema, en términos de número de personas asistidas y considerando estos valores: la vida humana, la salud, el uso eficiente de los recursos y la equidad.

Es aquí donde surge el conflicto entre el principio de beneficencia (con el individuo) y el principio de justicia (colectivo). Dado que el principio de justicia se incluye en un nivel básico ético a garantizar, es éste el preferente en estas situaciones ya que se prima el beneficio colectivo frente al individual.

El principio de justicia distributiva en el triaje, considera estas categorías que tienen que equilibrarse en función de la situación encontrada: principio de igualdad o de no abandono o del rescatador (igual oportunidad de vida para todos); principio de utilidad (Hartman, 2003: 358-361; mayor beneficio para el mayor número de personas con uso eficiente de recursos) y principio de prioridad o de la diferencia (selección de pacientes en función de probabilidades de sobrevivir y ofrecer tratamiento prioritario a los más graves, o por el contrario a los más “salvables” según la circunstancia). El principio de utilidad es la justificación principal de los sistemas de triaje, pero en ocasiones no deja claro qué tipo de beneficio se persigue (mayor supervivencia o calidad de vida posterior, menor discapacidades, alivio de dolor, etc.) y en qué tiempo (Moskop, 2007: 282-283).

La clasificación o selección de pacientes (traje) supone la aplicación de un método riguroso y sistemático aplicado en varias fases de la atención (prehospitalaria y hospitalaria) a pacientes víctimas de una situación de catástrofe. Está basado en criterios de gravedad de lesiones, necesidad de tratamiento, posibilidad de supervivencia o pronóstico, de forma que permite establecer una priorización de rescate, medidas de resucitación, evacuación y traslado. Los criterios adoptados pueden ser variables en función de los recursos disponibles y de la posibilidad de resolución en el tiempo. Constituye un proceso dinámico y continuo ya que se va adaptando a la evolución de la circunstancia en la que ha ocurrido el desastre, al número de recursos disponibles y a la propia evolución de la patología de los pacientes. Por ello precisa de una reevaluación constante de la situación y de los pacientes, para establecer una

En situación de catástrofe y mediante el triaje, se prioriza el interés de la salud pública o colectiva frente a la del individuo considerando estos valores: la vida humana, la salud, el uso eficiente de los recursos y la equidad, para tratar de conseguir el máximo provecho del sistema.

nueva priorización ajustada a los factores anteriores. Como método sistemático tiene las siguientes características: es objetivo (por criterios), repetible, rápido (60 seg. a 2 min), medido en efectos y enriquecido por la experiencia (real o mediante simulacros) y debe ser realizado por profesionales formados (Iserson, 2003: 461-462). El triaje condiciona las medidas empleadas en el lugar con los pacientes en función de las posibilidades reales de resolución ajustadas a los recursos, de

forma que no todo lo que se puede hacer *in situ* con un paciente (imperativo técnico) se debe hacer *in situ*, considerando que existen otros pacientes a atender (imperativo ético). En este sentido, para aquellas víctimas categorizadas como “urgencias sobrepasadas” (lesiones muy graves que exigen muchos recursos y en tiempo prolongado) no será posible dedicar recursos o medidas necesarias con el fin de salvar a otras víctimas. Sin embargo, el médico debe tener compasión por esos pacientes, ayudarlos y respetar su dignidad, por ejemplo, aislándolos y dándoles calmantes apropiados (Asamblea General de la AMM, 2006).

Con respecto al principio de autonomía materializado en el consentimiento informado, aunque tiene que ser considerado incluso en situaciones de catástrofe, no tiene cabida durante el

triaje dada la imposibilidad de obtenerlo por falta de tiempo, condiciones inadecuadas para poder valorar la competencia de los pacientes y, sobre todo porque queda sometido a los principios de nivel colectivo (justicia y no maleficencia) para proteger un valor superior como es la vida, individual y colectiva, en lo que se denomina estado de necesidad. El principio de no maleficencia se ve representado en el triaje por el hecho de realizar una buena clasificación de pacientes que no suponga considerar una víctima como inviable o muerto cuando aún podría tener posibilidades de sobrevivida. En lo relativo al principio de beneficencia en situaciones de catástrofe, hay que considerar que el hecho de buscar el beneficio de todas las víctimas con estrategias de triaje no ajustadas a las posibilidades reales de resolución, conllevaría el sobretriaje y, con ello, a un incremento de la necesidad de recursos y peores resultados globales en términos de vida. (Amstrong et al., 2008: 4-5)

La intimidad de los pacientes en situaciones de emergencias debe ser preservada activamente por parte de los sanitarios y resto de intervinientes, tanto en lo concerniente al respeto a su cuerpo, como a las informaciones sanitarias o no que sean conocidas.

3) Situaciones derivadas del tipo de relación que se establece con el paciente

Dado que en las situaciones de emergencia no es posible contar con la relación de confianza y entendimiento, base de toda relación médico-paciente establecida en otros escenarios, es más necesario extremar los cuidados en el trato y consideración hacia la víctima, toda vez que ésta se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad. El paciente se ve sorprendido por una circunstancia sobrevenida de pérdida de salud en la que, en principio, no puede elegir a los profesionales que le atienden, y tiene pocas opciones terapéuticas o de manejo a escoger. Por ello se ve "obligado" a confiar en los médicos y el resto del personal sanitario que le asiste, depositando en ellos sus expectativas. En este sentido el sanitario tiene, si cabe, más exigencia en mantener una actitud adecuada, de respeto hacia el paciente de forma integral (psicofísico y de convicciones, creencias, opciones y deseos, etc.), trato personalizado, comprensión, solidaridad y empatía, preservándole del entorno nocivo, ya que la confianza es la condición de la eficacia en la asistencia médica, también, en emergencias. Por su lado, el paciente espera y confía en la calidad científico-técnica y humana de las personas que le atienden, manifestada ésta última en: trato correcto, información delicada comprensible y adecuada, garantía de confidencialidad, respeto a la dignidad de su persona, atención diligente, lealtad al paciente (en el sentido de no abandono – ej. suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento), garantía de medios técnicos necesarios, y en el ofrecimiento de participación del paciente en la toma de decisiones sin imponer alternativas de tratamiento. (OMC, 2011: Cap. III).

▪ Intimidad y confidencialidad:

La intimidad es el ámbito en el que el ser humano gestiona libre y privadamente su mundo de valores y todo lo que tiene que ver con ellos. El derecho a la intimidad protege la intromisión no deseada de otras personas en ese espacio sin consentimiento expreso del interesado. (Hellín Sanz T, 2009: 110-113)

La intimidad de los pacientes en situaciones de emergencias debe ser preservada activamente por parte de los sanitarios y resto de intervinientes, tanto en lo concerniente al respeto a su cuerpo, como a las informaciones sanitarias o no que sean conocidas en el seno de la asistencia de emergencias (respeto a la autonomía). Los escenarios de atención en emergencias (accidentes en vía pública, locales públicos, etc.) ponen al paciente en situación de vulnerabilidad frecuentemente

(inconsciencia, indisposición, incapacidad, muerte, etc.), por su autonomía mermada, y ausencia de espacios de privacidad en las asistencias. Algunos servicios de emergencias médicas prehospitalarias intentan garantizar esta intimidad física en el lugar de la intervención, contando con tiendas de instalación rápida.

Con respecto a la confidencialidad en la información obtenida en la asistencia, que afecta tanto a aquella de carácter sanitario como aquella de otro tipo que se conozca durante la intervención, se debe preservar la intimidad en su manejo. Esta obligación de respeto con la intimidad del paciente (secreto profesional), atañe a todas las personas, colaboradores sanitarios o no (bomberos, policías, vigilantes, etc.), que asisten al paciente. Esta información no puede ser entregada (informe sanitario) o comunicada a otra persona si no se cuenta con la autorización del paciente. Son excepciones a esta confidencialidad, las situaciones en las que se intenta evitar un daño a terceros, al mismo paciente, al bien común o por imperativo legal: razones de interés general (salud pública, enfermedades de declaración obligatoria, etc.),

Existen tres excepciones a la obligación de informar al paciente, aunque si a sus familiares o personas vinculadas: estado de necesidad terapéutica, urgencia vital y renuncia a recibir información.

comunicaciones judiciales (a fiscal, juez, Defensor del Pueblo en casos de malos tratos, agresión sexual, conocimiento de delito) e investigación judicial a través de los Cuerpos de Seguridad (asistencia a víctimas de delitos, faltas, etc.). Este

último supuesto es bastante frecuente en emergencias (agresiones, consumos de drogas y alcohol en accidentes y agresiones, etc.).

▪ **Información sobre su situación**

Aun contando con un entorno que puede distraer la atención del paciente, éste tiene derecho a conocer información sobre su estado de salud y las alternativas de diagnóstico y tratamiento (beneficios y riesgos), de una forma directa, veraz y comprensible, prudente y afectiva, para facilitar su libertad en la toma de decisiones. El sanitario debe constatar que el paciente entiende lo que se le ha comunicado antes de tomar decisiones, o bien cuando se aparta de su supervisión (ej. recomendaciones al alta). También hay que informar de forma clara y honrada de las complicaciones surgidas, los posibles errores y sus consecuencias. (Garrido, 2009: 79-80)

Con respecto a la información sobre la salud del paciente, ésta puede ser transmitida a sus familiares o a acompañantes siempre y cuando se cuente con la autorización de aquel, o con la del representante legal si la persona está incapacitada, o en situaciones de urgencia vital.

Existen tres excepciones a la obligación de informar al paciente aunque sí a sus familiares o personas vinculadas: estado de necesidad terapéutica (el conocimiento de su situación puede perjudicar su salud gravemente y existe necesidad de tratamiento); urgencia vital y renuncia a recibir información. De todas estas circunstancias tiene que quedar constancia también de forma escrita en el informe asistencial, así como de toda la asistencia recibida.

▪ **Derecho a decidir libremente y consentimiento informado**

El principio de autonomía (manifestación de la libertad humana) garantiza el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones sobre los actos médicos practicados sobre él tras recibir información de su situación y las alternativas de diagnóstico y

tratamiento, y sobre la base de su capacidad de autogobierno sin poner a riesgo su persona. En este sentido, toda actuación médica debe ser consentida por el paciente tras la información facilitada. En el ámbito de la emergencia muchas de las técnicas e intervenciones realizadas deberían estar consentidas dejando constancia escrita, dada la naturaleza intervencionista o de riesgo de éstas. Pero el hecho de que estas prácticas sean consideradas medidas de soporte vital en situaciones en las que ya existe grave riesgo para la integridad físico-psíquica del paciente, o bien por el riesgo grave de salud pública (estado de necesidad terapéutica), exime de esta exigencia, hecho que también hay que hacer constar en el informe. En estos casos, junto con la atención a incapacitados o menores sin presencia de familiares o representantes legales en los que hay que tratar sin demora una situación de riesgo, el criterio a utilizar es el de mejor interés o mayor beneficio (la vida o la salud) por lo que el principio de autonomía quedaría supeditado al de beneficencia y no maleficencia.

En el resto de los casos, es conveniente informar a los familiares de ello aunque la actuación sanitaria estaría amparada por el estado de necesidad.

Las situaciones de emergencia ponen a los pacientes y su entorno en condiciones de vulnerabilidad dado que su capacidad de análisis de lo ocurrido queda mermada o modificada de forma importante por el miedo, la angustia, el dolor, etc. Es en estas circunstancias donde los profesionales deben facilitar una información de forma calmada pero sin demora, veraz pero ajustada al estado de necesidad (tal y como se explicó más arriba) con el fin de que puedan decidir libremente y lo más adecuadamente posible a sus intereses de salud.

El paciente, por tanto, puede negarse a recibir un tratamiento, a la realización de técnicas que alarguen su vida inútilmente, etc. haciéndolo constar de forma manifiesta, previamente a la situación de emergencia y si se dan ciertas circunstancias (Ley 41/2002) (ej. voluntades anticipadas o instrucciones previas en caso de parada cardiorrespiratoria o enfermedad grave que condiciona una serie de cuidados para mantener la vida), así como en el momento de la atención. Con respecto al primer supuesto, raramente es posible contar en la medicina prehospitalaria de emergencia con los documentos de voluntades anticipadas, y ni siquiera tener acceso a la consulta directa del registro, por lo que frecuentemente se utilizan técnicas no deseadas en pacientes inconscientes que cuentan con un documento de voluntades anticipadas, sin tener constancia de ello los sanitarios. En cualquier caso el médico de emergencias, de saberlo, debe hacer constar en el informe tanto el hecho de la existencia de voluntades anticipadas, como la negativa al tratamiento en otras circunstancias. En nuestro caso no es infrecuente que los pacientes no deseen recibir asistencia, una técnica concreta (ej. vía periférica) o un traslado al hospital. En todos los casos se debe dejar constancia en el informe y, en la medida de lo posible, ofrecer alternativas aceptables para el paciente, que nos permitan garantizar el valor a proteger (la vida, la función, el bienestar, etc.), aunque no se recurra al tratamiento o manejo habitual (vía intranasal en lugar de periférica, etc.). En los pacientes incapacitados o menores, la decisión sobre las alternativas de salud a elegir corresponde al representante legal mediante el consentimiento por representación. En el caso de pacientes psiquiátricos en circunstancia de descompensación aguda y con riesgo para su integridad física, se

En situaciones de emergencia vital, el criterio a utilizar es el de mejor interés o mayor beneficio (la vida o la salud) por lo que el principio de autonomía quedaría supeditado al de beneficencia y no maleficencia.

actuaría por el estado de necesidad terapéutica y se procedería a la indicación de traslado forzoso para valoración psiquiátrica que indicará o no el ingreso.

Entrando en detalle en el tema de menores, este criterio es válido si el paciente es menor de 12 años. Entre 12 a 16 años hay que valorar por parte del médico la madurez del adolescente para tomar una decisión con pleno conocimiento de sus consecuencias. Si no es así serán sus padres o representante legal los que decidan. Con más de 16 años y sin dudas sobre su madurez, la decisión corresponde al paciente

4) Problemas relacionados con la calidad de la atención en emergencia

Todo paciente tiene derecho a recibir, por parte de los profesionales, una asistencia sanitaria de calidad científico-técnica basada en el conocimiento científico más actualizado y en la destreza técnica, así como de calidad humana (Moya et al., 2009: 243-244).

La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias determina que para el correcto ejercicio profesional es preciso considerar las guías de actuación médica que deben hacer mención a esa doble vertiente humana y científica del acto médico, así como de la diligencia y prudencia en la prestación del servicio teniendo en cuenta las circunstancias del caso concreto. El médico debe basar su decisión en una base teórica firme combinada con una visión práctica y realista de la situación del paciente en una base de caso por caso (Naess AC, 2001: 72-74).

El paciente confía en esa capacidad científico-técnica del sanitario que le atiende (competencia profesional), en su calidad humana, y espera que sepa dirigirse con prudencia, agilidad, eficacia y eficiencia para la resolución de su problema de salud, absteniéndose de realizar actuaciones que sobrepasen su capacidad. En emergencias, esa expectativa es semejante, pero dada la situación más sensible del paciente en situación de vulnerabilidad, podría tener más impacto en el momento y posterior.

Para garantizar esta obligación del profesional, este derecho del paciente y el buen hacer, la Medicina de Emergencia ha desarrollado procedimientos de actuación y asistencia de las principales patologías o situaciones tiempo-dependientes, con los siguientes objetivos: unificar la práctica asistencial conforme a la evidencia científico-clínica más actualizada, evitar demoras e improvisaciones, minimizar los errores (seguridad de paciente), optimizar el proceso asistencial y ayudar a los profesionales en la toma de decisiones. Con todo ello se garantiza el mejor beneficio del paciente.

De esta manera los procedimientos asistenciales contemplan, además de las pautas diagnósticas y terapéuticas a seguir en cada caso concreto, aspectos como:

- el traslado al Centro óptimo o útil en función de la patología;
- las medidas excepcionales para casos especiales con unos criterios muy concretos (ej. cesárea *postmortem*, toracotomía de emergencias o ECMO en parada cardiorrespiratoria –*técnica de soporte basada en circulación extracorpórea hasta resolución de la causa de parada*);
- los criterios de no traslado (evitando la medicina de emergencias satisfactiva, o defensiva);

- los criterios de traslado por razón social (ej. traslado en riesgo social por maltrato infantil para realización de pruebas o seguimiento);
- las medidas preventivas (ej. detección de riesgo suicida, cardiopatías genéticas, etc.);
- los aspectos éticos concretados en instrucciones (ej. consideraciones en situación de huelga de hambre, interrupción de maniobras de reanimación, traslados forzosos en pacientes psiquiátricos, criterios de triaje, actuación en caso de maltrato, etc.).

Es interesante exponer aquí el especial interés que supone para la garantía de calidad de la asistencia futura en emergencias, el poder disponer en las organizaciones sanitarias, de un sistema de aprendizaje a través de la notificación de errores, por parte de los profesionales, dentro de un programa de seguridad del paciente. Estos programas de seguridad tiene por objetivo detectar los errores del sistema para evitarlos en el futuro (principio de no maleficencia), garantizar la no omisión en la práctica clínica ya consolidada (principio de beneficencia), destinar recursos para la prevención de éstos (principio de justicia) e informar a los pacientes de estos errores (principio de autonomía).

▪ **Atención al final de la vida**

La medicina de emergencia no difiere de otras áreas de la medicina en sus objetivos: intentar la curación o mejora de los pacientes que atiende integrando su actividad en una cadena de asistencia continuada en distintos escalones de atención (prehospitalaria-hospitalaria-atención primaria). Sabiendo el objetivo perseguido de curación o mejora de la situación de salud del paciente que se atiende, cuando éste no es posible (ej. gravedad de las lesiones que hacen el proceso irreversible, imposibilidad técnica de rescate, moribundos en situación de catástrofe, etc.), el objetivo cambia para conseguir el bienestar del paciente en los últimos momentos de su existencia, aunque de ello pueda derivarse un acortamiento de su vida (OMC, 2011). Se pasa del modelo curativo al sintomático. Esto es lo que supone la utilización de analgesia y sedación en casos de pacientes con lesiones irreversibles o en estado de gravedad extrema: aliviar el dolor y el sufrimiento, físico y psíquico. El profesional tiene que valorar de forma rápida las posibilidades de reversibilidad de las funciones vitales del paciente con lo que ofrece la medicina actual y la posibilidad de sobrevivir en condiciones aceptables. En este sentido, la medicina de emergencia se asemeja a lo que la medicina paliativa lleva a cabo con la sedación paliativa o terminal, un acto médico de calidad y humanitario al disminuir de forma deliberada el nivel de conciencia con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible por los síntomas presentes (OMC, SECPAL, 2001) (ej. dolor o disnea en el gran quemado) y la situación irresoluble (ej. rescate imposible de la víctima). La diferencia podría estar en la toma de decisiones rápida que hay que hacer en emergencias sobre la administración de sedación y analgesia para el bienestar del paciente, a sabiendas de que esto le condicionará la muerte y la imposibilidad de despedirse de sus familiares de forma consciente. Por otro lado, y utilizando los principios de beneficencia y de no maleficencia, ningún paciente debe morir sin garantizarle el bienestar y confort en esa situación que le sorprende bruscamente y que le llevará a la muerte. Pero el equilibrio entre riesgos y beneficios es difícil.

▪ **Limitación del esfuerzo terapéutico**

La obligación de mantener la vida como interés primordial del paciente en emergencias lleva con frecuencia a no considerar el perjuicio que se provoca en pacientes con mal pronóstico o mala calidad de vida previa (Herreros et al., 2012: 135). Las medidas terapéuticas que desde el principio no pueden conseguir el objetivo (futilidad terapéutica) deberían ser abandonadas en la emergencia, así como las medidas extraordinarias y desproporcionadas para conseguir un fin imposible. El problema es definir o establecer cuáles son estas medidas y las situaciones que las contraindican éticamente hablando, ya que la emergencia tiene que ajustarse al caso concreto (individuo y situación) para considerarlas. No es lo mismo realizar una intubación en emergencia a una persona anciana con insuficiencia respiratoria grave refractaria a tratamiento convencional pero con buena calidad de vida previa, pronóstico funcional adecuado y estado de salud bueno, que hacerlo en una persona de la misma edad con lo contrario. Se sabe que el pronóstico final de ambos probablemente será diferente pero al no ser un tratamiento contraindicado (no maleficencia), y no contar con información previa sobre el paciente que nos sitúe en su calidad de vida previa, pronóstico funcional y sus deseos con respecto a su bienestar en esta situación, la actitud en emergencias será básicamente igual. El concepto de bienestar, lo que es mejor para un paciente concreto, depende no sólo de los “hechos médicos”, sino también y sobre todo de los propios fines y valores del paciente (Barbero et al., 2001: 587), que en emergencias son difícilmente conocidos. En estos casos que son la mayoría, se suele usar el criterio de mejor interés, es decir, lo que la comunidad racional (científica y sociedad general) entendería que es el mejor interés global para él, tanto para emplear las medidas de soporte vital necesarias como para permitirle morir dignamente.

▪ **Situaciones de maltrato y violencia**

Durante los últimos años estamos asistiendo a un aumento inusitado de víctimas de actos violentos intencionados. La violencia se ha convertido en un verdadero problema de Salud Pública, siendo una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años. Se sabe también que la mayoría de los actos violentos son de carácter interpersonal y se cometen en el ámbito familiar y privado, por lo que quedan sin registrar (Violencia y la Salud, OMS, 2002).

Los profesionales de emergencias en el medio prehospitalario se enfrentan a diario a un número creciente de estos casos que tienen, además de implicaciones sanitarias, connotaciones legales, sociales y del ámbito de la bioética. A menudo se trata de situaciones cuyo fatal desenlace desvela un largo periodo de malos tratos que podrían haber sido detectados y atendidos, e incluso prevenidos, con antelación (Díaz Huertas, 1999). En términos legales, los Códigos Civil (LO 1/1996) y Penal (Ley 4/2015) de nuestra legislación recogen varias normas y artículos que obligan a cualquier ciudadano, y en especial a “aquellos que por su profesión o función detecten situaciones de riesgo” a notificar y denunciar ante las autoridades competentes. También los Códigos de Deontología y Ética Médica y de Enfermería recogen estas situaciones (Artículo 30.2: “El médico que conociere que cualquier persona y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente”).

El sanitario de emergencias puede ser un detector muy precoz de situaciones de alto riesgo, ya que su presencia inesperada en entornos privados y públicos puede

suponer la única oportunidad para que una víctima de maltrato acceda al sistema de protección al que tiene derecho. El desarrollo de procedimientos específicos facilita enormemente la actuación sanitaria en estos casos tan delicados. Estos procedimientos suponen una guía para el profesional, y además posibilitan la coordinación entre los organismos implicados (Corral T, 2015)

Reflexión

Todos estos aspectos éticos a los que se enfrentan los profesionales en los escenarios de emergencias no deberían ser resueltos desde la improvisación o intuición amparada en la experiencia previa, sino a partir de una actividad reflexiva colectiva posterior, y probablemente en el marco de la formación, que permita la deliberación sobre la mejor solución a cada caso concreto.

Bibliografía

- Aacharya, R; Gastmans, C. y Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine*, 11, pp. 1-16.
- Armstrong, J. H; Hammond, J; Hirshberg, A. y Frykberg ER. (2008). Is overtriage associated with increased mortality? The evidence says "yes". *Disaster Med Public Health Prep*, 2(1), pp. 4-5
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2006). *Declaración de la AMM sobre la Ética Médica en Casos de Catástrofes*. Sudáfrica: Pilanesberg.
- Barbero Gutiérrez, J; Romeo Casabona, C; Gijón, P. y Júdez, J. (2001). Bioética para clínicos. Limitación de esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)*, 117, pp. 586-594.
- Barroeta, J. y Boada, N. (Coord.). (2011). *Evolución histórica de los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España* (pp.33-37). Madrid: Mensor.
- Comité de Maltrato Infantil. Sociedad Chilena De Pediatría. (2007). El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer? *Rev Chil Pediatr*, 78, Supl 1, pp 85-95.
- Corral Torres, E. (Coord.). (2015). *Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil* [monografía en Internet]. Ayuntamiento de Madrid.. Disponible en <http://www.madrid.es/samur>
- Díaz-Huertas, J.A; Esteban Gómez, J; Romeu Soriano, F.J; Puyo Marín, C. et al. (1999). *Maltrato Infantil: detección, notificación y registro de casos. Observatorio de la infancia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Madrid: Ed. Consejería Sanidad y Servicios Sociales, pp. 49-72 y 167-72.
- Expósito, F. (2011). Violencia de Género. *Mente y Cerebro*, 48, pp. 20-25.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*, 117, pp. 18-23.
- Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela,.
- Hartman, R.G. (2003). Tripartite triage concerns: issues for law and ethics. *Crit Care Med*, 31 (suppl.), pp. S358-S361.

- Hellín Sanz, T. (2009). *Deontología médica en el Siglo XX. Confidencialidad e intimidad*. ICOMEM. Madrid: Ed. San Carlos.
- Herreros, B; Palacios, G; y Pacho, E. (2012). Actualización clínica. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 212(3), pp.134-140.
- Iserson, K.V. y Pesik, N. (2003). Ethical resource distribution after biological, chemical or radiological terrorism. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 12, pp. 455-465.
- Krug, E. G. et al., (eds.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
- Ley Orgánica de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Moskop, J. C. y Iserson, K.V. (2007). Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. *Ann Emerg Med*, 49, pp. 282-287.
- Moya Bernal, A; Barbero Gutiérrez, J. et al. (2005). *Malos tratos a personas mayores. Guía de Actuación*. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores MYG. IMSERSO
- Moya, V; De Santiago, M. y Lizárraga, E. (2009). *Deontología médica en el Siglo XX. Calidad de la Atención médica. Atención Médica de calidad en su doble vertiente, humana y científica*. ICOMEM. Madrid: Ed. San Carlos.
- Naess, A. C; Foerde, R. y Steen, P. A. (2001). Patient autonomy in emergency medicine. *Med Health Care Philos*, 4(1), pp. 71-7.
- OMC y SECPAL (Sociedad Española de Medicina Paliativa). (2002). *Declaración sobre la atención médica al final de la vida*. Madrid: Diario Médico.
- OMC (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: autor
- Perales, N. (2011). Prólogo. En: Barroeta, J. y Boada, N. (Coord.). *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España* (pp.14-17). Madrid: Mensor
- REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española, 23.^a ed*. Madrid: Espasa.
- Simón Lorda, P. (2005). Ética y seguridad de los pacientes. *Humanitas Humanidades Médicas*, 8, pp. 145-160.