

Publicado en: FMC. 2011;18(10):625-7

[Accesible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/fmc-formacion-medica-continuada-atencion-primaria-45/atencion-urgente-un-paciente-anciano-que-se-90059659-casos-etica->] Reproducido, para colgar en la web GIBUV, con autorización de la Editorial Elsevier.

Atención urgente a un paciente anciano que se encuentra inconsciente

Ana M Costa Alcaraz. Centro de Salud Nazaret. Agencia Valenciana de Salud.
Departamento de Medicina. Universitat de València. España

Recopilación de datos.

Se trata de una persona de 79 años que ha caído en la calle. Está inconsciente, y la llevan al servicio de urgencias de un hospital universitario. Esa mañana, como casi todas, hay colapso en las puertas de urgencias. El residente de primer año (R1) que la recibe, tras comprobar la normalidad de su glucemia digital y de su presión arterial (medida con esfigmomanómetro automático), decide no explorar en espera de que aparezca algún familiar y aporte información complementaria (no detectó la arritmia –fácilmente comprobable por toma de pulso–, tampoco solicitó análisis ni pruebas de imagen). El familiar se presenta 50 min después e informa sobre el buen estado de salud previo. Una vez obtenida esta información, tras realizar una exploración básica, el joven médico constata arritmia por lo que solicita un electrocardiograma, con lo que comprueba que la alteración del ritmo se debe a fibrilación auricular. Unos 90 min después del ingreso, con la sospecha diagnóstica de ictus isquémico, extiende la petición de tomografía computarizada de perfusión (TC). Cuando se practica e interpreta la prueba de imagen han transcurrido ya 120 min. Se observan zonas hipoperfundidas en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda. Una vez hecho el diagnóstico el R1 propone un tratamiento, en este caso fibrinólisis, y sólo entonces consulta a un tutor. El neurólogo considera que es un tratamiento excesivamente caro para aplicar a una persona de casi 80 años de edad. En ningún momento los médicos se plantean compartir la toma de decisión con el familiar, sin que esto se fundamente en causa de necesidad por atención urgente dado el considerable retraso con que se atendió esa urgencia vital (2 horas desde el ingreso en puertas hasta que, tras auscultar y tomar el pulso, se llegó a la sospecha diagnóstica del problema subyacente al estado de coma).

El ritmo con el que se desarrolló todo desde la llegada a puertas de urgencias demuestra que no se tuvo en cuenta el código ictus¹ (protocolo de necesaria aplicación para que el tratamiento a pacientes inconscientes por evento vascular cerebral alcance la máxima efectividad). ¿Por qué no se aplicó? Tal vez porque el equipo de trabajo desconociera las recomendaciones al respecto del Servicio Nacional de Salud, tal vez porque el joven residente no estuvo tutelado al inicio del proceso de atención y no conocía los protocolos de urgencias vitales o quizá, resulta inverosímil pero no se puede descartar, porque en ese centro sanitario se están aplicando estándares de atención diferentes según la edad del paciente.

Identificación de problemas morales

Negligencia. Derivada de una mala organización del sistema de atención en puertas del hospital, incapaz de discriminar entre procesos graves y menos graves. La principal razón de ser de los servicios de urgencias es atender urgencias vitales. Es decir, atender sin demora los procesos en que un retraso de minutos puede tener graves consecuencias para la salud del paciente. El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) obliga a evitar demoras injustificadas en la asistencia al paciente (Art. 5.4)². El protocolo publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 reconoce como "imprescindible que los hospitales que atiendan a pacientes con ictus dispongan de vías clínicas eficientes para identificar y valorar clínicamente de forma rápida a los pacientes con ictus potencial"³.

Ausencia de tutela al médico en formación que, por inexperiencia, podría encontrarse en situación de desamparo. Consiguientemente a la falta de tutela, incumplimiento del deber de no abandonar al paciente, al dejarlo en manos de un médico inexperto. Según el Código de Ética y Deontología, "los médicos en formación podrán realizar las tareas propias de su periodo formativo siempre que las mismas se hagan bajo supervisión del médico docente" (Art. 63.3). El artículo 106 del Código Penal castiga al que "pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse..."

Ageísmo. En el supuesto de que se hubiese retrasado la atención en razón de la edad. Hay quienes, siguiendo a Callahan, encuentran justificado limitar los recursos sanitarios cuando se trata de atender a población anciana⁴. Esta propuesta, surgida en el ámbito de la economía de la salud, resulta contraria al artículo 14 de la Constitución Española y es descabellada desde una perspectiva jurídica, ya que las personas que han cotizado y, por tanto, han contribuido a sostener el Servicio Nacional de Salud, generan derechos que no se limitan con la edad. Tampoco se puede sustentar desde la ética. En primer lugar, porque "la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y [...] ha de anteponerse a cualquier otra conveniencia" (Código de Ética y Deontología Médica. Art 5.3). Anteponer cualquier otra priorización es contrario a los fines de la medicina⁵ y rompería la confianza imprescindible para establecer una buena relación médico-paciente. Las decisiones médicas deberían estar centradas en el paciente y solo de forma secundaria atender a criterios estrictamente economicistas⁶. En segundo lugar, porque es discriminar por razón de edad (Código de Ética y Deontología Médica. Art. 5.2). Y tampoco se justifica desde el punto de vista clínico, ya que no son los años del paciente, sino la gravedad de las enfermedades concomitantes lo que principalmente determina el pronóstico. Por lo tanto, tomar la edad como criterio para limitar los recursos tampoco se puede defender desde una perspectiva científica⁷. De llevarse a la práctica, la limitación de recursos en función de la edad abrirá una puerta a la judicialización de la medicina.

Mala praxis. Derivada de la falta de formación de un médico joven e inexperto que toma decisiones sin tutela y desconoce los protocolos

recomendados. El Código de Ética y Deontología Médica obliga al médico a abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad (Art. 22.1). Las urgencias vitales constituyen una de las pocas excepciones a la toma de decisiones compartida con el paciente en primera instancia (aunque una vez estabilizada la situación, se debe invitar al paciente o su representante a participar en la toma de decisiones). En este caso, el médico perdió un tiempo precioso esperando al familiar antes de orientar el diagnóstico. Aplazando su intervención diagnóstica hasta la llegada del familiar, no actuó según la *lex artis ad hoc*. Y, posteriormente, impuso al paciente y al familiar un modelo de relación clínica paternalista, en el cual el médico no tiene en cuenta al interesado antes de tomar decisiones de tratamiento que conllevan importantes consecuencias⁸. El R1, tras consultar al neurólogo pero no al familiar, decidió que lo mejor para un paciente anciano era no aplicar fibrinólisis, aunque por edad y plazo de tiempo transcurrido desde el evento, la fibrinólisis entraba en protocolo^{1,3,7}.

Maleficencia. La no maleficencia se refiere tanto a no aplicar procedimientos (*primum non nocere*) como a la obligación de no privar al paciente de lo que se considera mejor, según las pruebas científicas existentes hasta el momento, así como a la obligación de respetar la autonomía invitando a compartir decisiones. Ante cualquier decisión que hubiese de tomar sin contar con el interesado, el médico debe elegir la que proporcione mayor beneficio. En el caso que nos ocupa, se renunció a un tratamiento con demostrada efectividad y no se consultó dicha decisión con la persona interesada o su representante. Ante el residente, el neurólogo justificó su recomendación tanto en la conveniencia de evitar procedimientos agresivos como en criterios economicistas. Tal vez no estaba actualizado en el tema⁷, o quizá consideró que no procedía prescribir algo tan caro a una persona anciana. Con su actuación, privó al paciente de un tratamiento potencialmente beneficioso y transmitió al médico en formación un modelo de toma de decisiones que no se ajusta a la ética médica (Código de Ética y Deontología Médica. Art. 5.2, 5.3).

Análisis de los cursos de acción posibles.

Dada la elevada presión asistencial y teniendo en cuenta la falta de información sobre antecedentes personales, que aportaría un criterio importante sobre posibilidades de recuperación de una persona anciana, el R1 decidió no realizar la exploración completa hasta determinar la posible causa de la pérdida de conciencia, en espera de que llegase un familiar. Pasó a visitar a otros pacientes, con el objetivo de ir despejando el servicio de urgencias. Posiblemente ignoraba que, en situaciones de inconsciencia, los retrasos de atención empeoran notablemente el pronóstico. No hubo un médico más experto que tutelase esta forma de actuar, ya que los demás médicos del equipo de guardia estaban atendiendo otras urgencias para agilizar al máximo la atención de los que llevaban horas esperando.

El médico encargado de tutelar al residente pequeño podría haber revisado el abordaje realizado en todos los casos, como este, que acuden a urgencias y son urgencias vitales. De esta forma, se habría realizado el diagnóstico sin demora mejorando notablemente las secuelas derivadas del ictus⁹.

Independientemente de la tutela, de haberse aplicado de forma automática un protocolo para urgencias vitales establecido por el jefe del servicio de urgencias, una vez realizada una exploración clínica que orientase sobre la probable etiología¹⁰, el R1 podría haber solicitado todas las pruebas complementarias necesarias para estudiar a un paciente inconsciente (electrocardiograma, pulsioximetría y, ante la sospecha de evento cerebrovascular, TC).

Toma de decisión y justificación

La mejor decisión ante un caso de urgencia vital en el cual la persona está inconsciente implica asegurar un soporte vital básico y, tras valorar la situación cardiorrespiratoria (coloración de piel y mucosas –hipoxia, hipercapnia–, presencia o ausencia de latidos, presión arterial y pulso manual –para detectar arritmias–, auscultación –para descartar soplos u asimetrías en la ventilación–), realizar una exploración neurológica (situación pupilar y respuesta motriz al dolor, presencia de rigidez de nuca –hemorragia cerebral, meningitis–, simetría en tono muscular), cuidando de mantener las constantes vitales y aplicar el tratamiento urgente recomendado según las pruebas científicas, condicionando posteriores decisiones terapéuticas a la información proporcionada por familiares.

La mejor actuación, cuando se trata de un hospital docente y es el R1 quien recibe las urgencias, pasa por proporcionar a los médicos en formación, nada más incorporarse al equipo de trabajo, protocolos de actuación en urgencias vitales y supervisar todas las decisiones que toman en estos casos durante su primer año de ejercicio profesional.

Para evitar actuaciones como la descrita y tomar medidas en caso de que sean recurrentes, habría que informar a la población sobre la existencia del Comité Deontológico del Colegio de Médicos (cuya función principal es velar por la excelencia en el ejercicio de la profesión), animándola a poner en conocimiento éste y otros tipos de problemas que puedan considerar no ajustados a la buena práctica (Código de Ética y Deontología Médica. Art. 44.6 y 44.7).

Por otra parte, en el caso de que cualquier médico tuviera noticia de problemas de la atención prestada por otro facultativo a uno de sus pacientes, con repercusiones importantes para la salud de este último, tendría la obligación de dar a conocer al colega las últimas recomendaciones científicas (Código de Ética y Deontología Médica. Art. 22.3 y 37.1) y proponerle tomar contacto con los responsables de la organización del servicio asistencial (gestión y docencia) para que revisen los circuitos, o tomar contacto él mismo (Código de Ética y Deontología Médica. Art. 45.2). Si hubiese recurrencia o si la gravedad del caso lo impusiera, el médico tendría la obligación de informar al Comité Deontológico del Colegio de Médicos (Código de Ética y Deontología Médica. Art. 22.3, 38.4 y 45.2).

De igual forma, tanto los responsables de docencia de residentes como las unidades docentes deberían supervisar periódicamente las condiciones en las que desarrollan su ejercicio profesional los que se supone son médicos en formación. Y adoptar las medidas adecuadas en caso de que hubiese hospitales o centros de salud docentes que no realizan la tutela de forma adecuada, o médicos en formación que desconocen protocolos y circuitos a pesar de haber sido informados de su existencia.

Ejecución y reevaluación

La paciente presentaba una fibrilación auricular paroxística que revirtió sin tratamiento a los 7 días del accidente vascular. No murió, pero al recuperar la conciencia presentaba hemiplejía derecha, afasia y anomia. Con el retraso en la decisión de tratamiento, el área cerebral afectada fue extensa y las secuelas importantes (pasó de tener una vida independiente a un grado de dependencia del 65%), por lo que precisó, durante un tiempo prolongado, de tratamiento en una unidad de daño cerebral sobrevenido. En el caso de que se hubiese llegado con rapidez a la sospecha diagnóstica y aplicado sin demora el código ictus, la paciente habría tenido muchas más probabilidades de recuperarse con una calidad de vida similar a la que presentaba anteriormente.

Bibliografía

1. Grupo de Ictus de la Sociedad Valenciana de Neurología. Protocolo de actuación en la fase aguda del ictus isquémico. Sociedad Valenciana de Neurología; 1999 [citado 20 abr 2011]. Disponible en: svneurologia.org/fc/protocolos.pdf
2. Código de deontología médica (OMC) [citado 20 nov 2011]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
3. Matías-Guiu Guía J, coordinador científico. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008, p. 57 [citado 20 abr 2011]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf
4. Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Madrid: Triacastela; 2004.
5. Siurana Aparisi JC. La Bioética y los fines de la Medicina [citado 20 abr 2011]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/bd/upload/bioeticayfines.pdf>
6. Gómez Pavón J. ¿Es ético limitar el acceso a determinados tratamientos por motivos de edad? Jano. 2003;1474:1424-31.
7. Mishra NK, Ahmed N, Andersen G, Egido JA, Lindsberg PJ, Ringleb PA, et al; VISTA collaborators; SITS collaborators. Thrombolysis in very elderly people: controlled comparison of SITS International Stroke Thrombolysis Registry and Virtual International Stroke Trials Archive. BMJ. 2010;341:c6046.
8. Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Almendro-Padilla C, García-Vicente S, Ordovás-Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. Rev Clin Esp. 2011;211(11):581-6
9. Sorribes Capdevila M, Alzamora Sas MT. Código ictus: "tiempo es cerebro". Jano. 2006;1619:41-3.
10. Ventosa Rial J. El paciente inconsciente. Fisterra: Guías Clínicas; 2000 [citado 20 abr 2011]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/coma.asp>