

**CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿Según qué criterios debería considerarse éticamente justificable un traslado de regreso en EMS de larga duración y distancia?**

Casey Patrick, MD

**Resumen**

Evaluar y documentar adecuadamente la capacidad de toma de decisiones de un paciente es una responsabilidad y una competencia exigida a todo el personal de los servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés). Sin embargo, la formación que reciben los técnicos en emergencias médicas (EMT, por sus siglas en inglés) y los paramédicos sobre la negativa del paciente a ser trasladado en EMS suele limitarse a valorar su estado de alerta y orientación. Este comentario sostiene que dicho enfoque es demasiado limitado y expone la obligación del personal de atención prehospitalaria de examinar al paciente de manera exhaustiva, obtener un conjunto completo de signos vitales, explicar los riesgos y beneficios potenciales del traslado en EMS, determinar su capacidad y brindarle apoyo. Finalmente, se expone qué significa documentar de manera apropiada una interacción prehospitalaria con un paciente y expresar respeto por las decisiones de los pacientes con capacidad.

**Caso**

TJ es un paramédico que forma parte de un equipo de servicios médicos de emergencia (EMS) que atiende una comunidad rural. Acude a una llamada relacionada con un paciente, RB, de quien la persona que llamó sospecha que sufrió una sobredosis. El equipo de TJ llega y encuentra a RB inconsciente, con respiración superficial e irregular, pupilas puntiformes y un tono azulado en la piel. TJ sospecha toxicidad por opioides y administra naloxona. RB recupera la conciencia y rechaza con firmeza el traslado al hospital más cercano (a 50 miles de distancia), diciendo: “Si voy al hospital me van a acusar de posesión. Ya estoy bien, puedo manejarme solo”. RB es conocido por la comunidad local de EMS por haber rechazado anteriormente el traslado al hospital. En una ocasión previa, el mismo equipo de EMS tuvo que regresar a la casa de RB un par de horas después de la visita inicial porque su condición había empeorado. Aunque RB tiene la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma, TJ aún se pregunta cómo abordar de la mejor manera el rechazo actual de RB.

## Comentario

¿Cuál debería ser la naturaleza y el alcance del respeto que deben tener los trabajadores de EMS por la autonomía de un paciente cuyo riesgo de daño se agrava debido a la larga distancia del traslado? El respeto por la autonomía del paciente no es solo un principio, sino un aspecto fundamental de la responsabilidad de los médicos de EMS, independientemente de la distancia y duración del traslado o del viaje de regreso. Todo el personal de atención prehospitalaria debe recibir formación específica sobre cómo determinar y documentar la presencia —o ausencia— de capacidad para la toma de decisiones, ya que este tema forma parte del contenido básico nacional de EMS.<sup>1</sup> Los conceptos de competencia y capacidad suelen confundirse; el primero es una designación legal, mientras que el segundo se determina mediante una evaluación clínica. Hasta el 20 % de las llamadas de EMS terminan con una negativa al traslado,<sup>2</sup> lo que destaca la importancia de este tema. La formación inicial y continua sobre la negativa del paciente, la autonomía y la capacidad de decisión debe ser un eje proactivo en los programas educativos y de entrenamiento prehospitalario.

En mi experiencia como formador en EMS y director médico, “alerta y orientado en tres esferas” (despierto, alerta y orientado) puede ser, en ocasiones, una valoración suficiente de la capacidad para tomar decisiones. Sin embargo, el personal de EMS debería tener en cuenta cuatro áreas específicas para evaluar más completamente la capacidad de decisión de un paciente consciente.<sup>3,4</sup>

1. *Comprensión.* El paciente debe ser capaz de entender la información relevante. La comprensión puede evaluarse pidiéndole al paciente que exprese con sus propias palabras cuál es el problema y, tras recibir una explicación, el tratamiento recomendado (incluido el traslado), los beneficios de aceptarlo, los riesgos de rechazarlo y las alternativas disponibles.
2. *Valoración de la situación y sus consecuencias.* El paciente debe ser capaz de reconocer su estado y entender cómo su decisión de aceptar o rechazar la atención influirá en su condición.
3. *Razonamiento.* El paciente debe ser capaz de ofrecer razones para elegir una opción y comunicar por qué una opción determinada es mejor para él. Cabe señalar que este criterio se centra en la capacidad del paciente para razonar, no en si la elección final parece o no razonable desde una perspectiva clínica, ya que los pacientes tienen derecho a tomar decisiones que no se consideren óptimas desde el punto de vista médico.
4. *Comunicación de la decisión.* El paciente debe ser capaz de expresar su elección cuando se le presentan distintas opciones.

También deben considerarse influencias externas. El consumo de drogas o alcohol, por ejemplo, puede afectar la capacidad del paciente para tomar decisiones, pero su ingesta no implica necesariamente que el paciente carezca de capacidad. La intoxicación debe evaluarse cuidadosamente mediante un examen clínico que observe acciones como la marcha, el habla, la función cognitiva y la capacidad de interactuar con el entorno (p. ej., usar su teléfono).

El personal de atención prehospitalaria debe asegurarse de que el paciente pueda expresar su decisión en términos claros y comprensibles. Una frase habitual en EMS y hospitales es decirle al paciente que “podría morir” si rechaza la atención. Esta

afirmación es claramente cierta en algunos casos, pero resulta exagerada en muchos otros. Puede responder a un impulso de autoprotección legal por parte del médico de EMS; sin embargo, este enfoque basado en el peor escenario posible tiende a estar centrado en el profesional y no siempre conduce a que el paciente acepte el traslado ni a que se inicie el tratamiento adecuado, lo cual puede ser especialmente perjudicial si el paciente se encuentra en estado crítico.

Por último, se requiere una documentación concisa pero completa de la capacidad de toma de decisiones del paciente, aunque los protocolos prehospitalarios para registrar negativas que incluyan la evaluación de dicha capacidad no se apliquen de forma sistemática.<sup>5,6</sup> Además, no existen criterios “universalmente aceptados” para la evaluación prehospitalaria de la capacidad.<sup>7</sup> Es importante destacar que la ejecución imperfecta de estas evaluaciones no es exclusiva de los técnicos en emergencias médicas (EMT, por sus siglas en inglés) ni de los paramédicos.<sup>8</sup>

### **Negativa al traslado**

La tasa de negativa a recibir atención en entornos prehospitalarios es mucho más alta que la tasa de egresos hospitalarios por voluntad del paciente en contra de la recomendación médica.<sup>2,9</sup> Esta diferencia se debe, presumiblemente, a la participación de personas que llaman al sistema sin ser los propios pacientes, es decir, llamadores de segunda y tercera parte. A menudo, los pacientes son atendidos por EMS sin haber solicitado ayuda por sí mismos. Un ejemplo frecuente de negativa al traslado ocurre cuando transeúntes bien intencionados llaman al 9-1-1 al pasar por el lugar de una colisión vehicular. Por lo tanto, no todas las negativas al traslado en EMS representan situaciones de alto riesgo. De hecho, la mayoría conlleva un riesgo bajo.<sup>10</sup> Las negativas de alto riesgo son aquellas en las que el personal de EMS identifica signos de enfermedad que sugieren una probabilidad elevada de descompensación. Estos signos pueden ser objetivos, como signos vitales anormales, más que hallazgos subjetivos como diaforesis o palidez. Los protocolos de EMS deben delimitar tanto las negativas de alto riesgo como las “difíciles”, como aquellas en las que se cuestiona la capacidad del paciente para tomar decisiones. Si ambas condiciones coinciden, puede asumirse un aumento significativo del riesgo para el paciente. Los sistemas de EMS deberían contar con protocolos para escalar estas situaciones críticas a una consulta en línea con el director médico, ya que la participación del médico incrementa significativamente la conversión de negativa a traslado.<sup>11</sup>

En el caso de una **sobredosis por opioides** con administración posterior de naloxona, el respeto del personal de EMS por la decisión del paciente de rechazar el traslado debe estar respaldado por su experiencia y formación. Una negativa de alto riesgo, por ejemplo, podría implicar hipoxia y dificultad respiratoria secundaria a intoxicación y alteración del estado mental. Datos recientes indican un aumento del riesgo de sobredosis futura cuando un paciente rechaza el traslado en EMS tras recibir naloxona.<sup>12</sup> Sin embargo, la atención prehospitalaria para pacientes con consumo de opioides que rechazan el traslado ha evolucionado rápidamente e incluye programas de naloxona de “dejar atrás” y protocolos de inicio de buprenorfina.<sup>13,14,15</sup> Estas iniciativas amplían considerablemente las opciones de atención para el personal prehospitalario que atiende a personas con trastorno por uso de opioides, aunque puede que no estén disponibles en muchas zonas rurales, donde la gran distancia y la falta de transporte de regreso son solo dos de las múltiples barreras que pueden aumentar la resistencia al traslado por EMS. Si bien las atenciones repetidas pueden resultar frustrantes para los profesionales en todos los niveles y entornos médicos, es esencial mantener una actitud abierta en cada situación para garantizar una atención de calidad al paciente.

La documentación adecuada de las interacciones prehospitalarias es el componente final del proceso de negativa al traslado. El registro de negativa de un paciente en EMS debe contener mucho más que una firma genérica. En nuestra enseñanza dentro del sistema de EMS del Montgomery County Hospital District, hemos implementado el acrónimo FEARS para guiar al personal de EMS durante este proceso: F = evaluación completa y signos vitales (full exam and vitals); E = explicación de los riesgos reales y específicos para el paciente por rechazar el traslado (explanation); A = solicitud de ayuda para lograr la conversión (p. ej., de familiares, autoridades o primeros respondedores) (asking); R = registro minucioso y preciso del evento (recording); y S = actitud de apoyo durante todo el proceso (supportive attitude). Toda negativa de traslado debería generar una dosis saludable de “FEARS”.

Sin embargo, a RB le preocupa que lo acusen al llegar al hospital, lo que sugiere que percibe la presencia policial como un obstáculo para acceder a la atención médica. No obstante, **las alianzas entre EMS y la policía** son esenciales en múltiples situaciones urgentes de atención al paciente, como eventos con múltiples víctimas y desastres. Los agentes de la policía pueden desempeñar un rol importante al persuadir a los pacientes de buscar la atención médica necesaria y el transporte policial de pacientes con traumatismo penetrante ha demostrado incluso resultados similares al traslado por EMS.<sup>16</sup> Al tomar decisiones sobre el traslado en estas situaciones, recomiendo que el personal prehospitalario se centre en la necesidad médica y la probabilidad de descompensación clínica, ya que ese es su ámbito de competencia. Se necesita más investigación y directrices para optimizar la respuesta conjunta de EMS y cuerpos policiales ante sobredosis por opiáceos, ya que tanto los paramédicos como los agentes de la policía valoran la colaboración, aunque enfrentan prioridades divergentes entre atención clínica y seguridad pública.<sup>17</sup>

### ¿Traslados de regreso?

¿Cuándo —si es que alguna vez ocurre— una negativa al traslado firmada es una justificación clínica, legal o ética suficiente para no realizar un traslado de regreso al paciente? Salvo en situaciones en las que esté en riesgo la seguridad del personal de atención prehospitalaria, una negativa firmada previa no influye en la obligación de responder a una llamada al 9-1-1 por una emergencia médica: el paciente tiene derecho a revocar su negativa al tratamiento en cualquier momento. Cuando hay preocupaciones relacionadas con la seguridad, lo habitual es que el personal de EMS permanezca en espera mientras se recibe la autorización de la policía. También pueden crearse notas de advertencia en el sistema de despacho que etiqueten direcciones específicas y alerten a los equipos de EMS sobre posibles dificultades o peligros en ciertos lugares. No obstante, estas notas deben ser monitoreadas cuidadosamente para evitar retrasos involuntarios en la atención.

En las comunidades rurales que cuentan con EMT y paramédicos voluntarios, es importante recordar que incluso los voluntarios deben estar debidamente licenciados. Cash et al. encontraron que el 13 % del personal de atención prehospitalaria reporta un cargo voluntario como su principal función dentro del EMS, siendo más frecuente que los voluntarios sean EMT.<sup>18</sup> Aunque el contenido educativo básico de EMS incluye la evaluación de la capacidad,<sup>1</sup> las **limitaciones presupuestarias** en los sistemas de EMS voluntarios pueden restringir las oportunidades de formación médica continua en esta área de alto riesgo. Además, en muchas comunidades rurales puede haber menos unidades de transporte disponibles, lo que reduce la capacidad del sistema para responder a llamadas frecuentes al 9-1-1 al aumentar los tiempos de traslado.<sup>19</sup> Independientemente de si el personal prehospitalario recibe salario o no, de su

ubicación o de posibles implicaciones legales, un enfoque prehospitalario centrado en el paciente —que contemple la evaluación de la capacidad por parte del personal de EMS, una explicación clara de los riesgos reales y la documentación adecuada— es clave para lograr una negativa válida al traslado en EMS.

## References

1. Delbridge TR, Dyer S, Goodloe JM, et al. The 2019 core content of emergency medical services medicine. *Prehosp Emerg Care*. 2020;24(1):32-45.
2. Harrison NE, Ehrman RR, Curtin A, et al. Factors associated with voluntary refusal of emergency medical system transport for emergency care in Detroit during the early phase of the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2120728.
3. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357(18):1834-1840.
4. Patient autonomy and destination factors in emergency medical services (EMS) and EMS-affiliated mobile integrated healthcare/community paramedicine programs. *Ann Emerg Med*. 2018;72(4):e57-e58.
5. Stuhlmeier DF, Cudnik MT, Sundheim SM, Threlkeld MS, Collins TE Jr. Adequacy of online medical command communication and emergency medical services documentation of informed refusals. *Acad Emerg Med*. 2005;12(10):970-977.
6. Weaver J, Brinsfield KH, Dalphond D. Prehospital refusal-of-transport policies: adequate legal protection? *Prehosp Emerg Care*. 2000;4(1):53-56.
7. O'Connor L, Porter L, Dugas J, et al. Measuring agreement among prehospital providers and physicians in patient capacity determination. *Acad Emerg Med*. 2020;27(7):580-587.
8. Evans K, Warner J, Jackson E. How much do emergency healthcare workers know about capacity and consent? *Emerg Med J*. 2007;24(6):391-393.
9. Lee CA, Cho JP, Choi SC, Kim HH, Park JO. Patients who leave the emergency department against medical advice. *Clin Exp Emerg Med*. 2016;3(2):88-94.
10. Yeung T, Shannon B, Perillo S, Nehme Z, Jennings P, Olausson A. Review article: outcomes of patients who are not transported following ambulance attendance: a systematic review and meta-analysis. *Emerg Med Australas*. 2019;31(3):321-331.
11. Burstein JL, Hollander JE, Delagi R, Gold M, Henry MC, Alicandro JM. Refusal of out-of-hospital medical care: effect of medical-control physician assertiveness on transport rate. *Acad Emerg Med*. 1998;5(1):4-8.
12. Zozula A, Neth MR, Hogan AN, Stolz U, McMullan J. Non-transport after prehospital naloxone administration is associated with higher risk of subsequent non-fatal overdose. *Prehosp Emerg Care*. 2022;26(2):272-279.
13. Naumann J, Benson J, Lamberson M, et al. At-risk patient documentation and naloxone dispersal for a rural statewide EMS "naloxone leave behind" program. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2024;5(3):e13186.
14. Carroll GG, Wasserman DD, Shah AA, et al. Buprenorphine field initiation of rescue treatment by emergency medical services (Bupe FIRST EMS): a case series. *Prehosp Emerg Care*. 2021;25(2):289-293.
15. Hern HG, Lara V, Goldstein D, et al. Prehospital buprenorphine treatment for opioid use disorder by paramedics: first year results of the EMS buprenorphine use pilot. *Prehosp Emerg Care*. 2023;27(3):334-342.
16. Winter E, Hynes AM, Shultz K, Holena DN, Malhotra NR, Cannon JW. Association of police transport with survival among patients with penetrating trauma in Philadelphia, Pennsylvania. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2034868.

17. Menendez K, Curie R, Bales T, Greenfield K, Moore KA. EMS paramedics and law enforcement officers' experiences with joint-response efforts on suspected opioid overdose calls: a qualitative study. *J Behav Health Serv Res*. 2024;51(4):482-498.
18. Cash RE, Rivard MK, Chrzan K, Mercer CB, Camargo CA Jr, Panchal AR. Comparison of volunteer and paid EMS professionals in the United States. *Prehosp Emerg Care*. 2021;25(2):205-212.
19. MacKinney AC, Mueller KJ, Coburn AF, Knudson A, Lundblad JP, McBride TD. Characteristics and challenges of rural ambulance agencies—a brief review and policy considerations. Rural Policy Research Institute; 2021. Accessed February 4, 2025. <https://rupri.org/wp-content/uploads/Characteristics-and-Challenges-of-Rural-Ambulance-Agencies-January-2021.pdf>

**Casey Patrick, MD** es médico de urgencias y de servicios médicos de emergencia (EMS) en el área metropolitana de Houston, Texas, y se desempeña como director médico del sistema de EMS del Montgomery County Hospital District desde 2016. Sus áreas de enfoque incluyen la mejora de la calidad clínica en EMS basada en datos y el diseño innovador de programas de formación para paramédicos.

#### Editor's Note

The case to which this commentary is a response was developed by the editorial staff.

#### Citation

*AMA J Ethics*. 2025;27(7):E491-496.

#### DOI

10.1001/amajethics.2025.491.

#### Acknowledgements

Thanks to Eric Jaeger, JD, NRP, for his assistance and encouragement in completing this manuscript.

#### Conflict of Interest Disclosure

Contributor disclosed no conflicts of interest relevant to the content.

*The people and events in this case are fictional. Resemblance to real events or to names of people, living or dead, is entirely coincidental. The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.*