

CONDUCTA ÉTICA EN EL PARO CARDIORRESPIRATORIO

ETHICAL CONDUCT IN THE CARDIORESPIRATORY ARREST

Dr. Oscar Vera Carrasco

Profesor Emérito de Pre y Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

INTRODUCCIÓN

El consenso internacional sobre **paro cardíaco**, conocido como «estilo Utstein», define el paro como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de conciencia, pulso detectable y respiración (o respiración agónica entrecortada). La **muerte súbita cardíaca** se define como la que ocurre de modo inesperado, dentro de la primera hora del comienzo de los síntomas, en pacientes cuya situación previa no hacía previsible un desenlace fatal. Muerte súbita y **paro cardiorrespiratorio** (PCR) suelen usarse como sinónimos. Ambos son conceptos de límites arbitrariamente establecidos en torno a un mismo fenómeno. El concepto de muerte súbita tiene un enfoque fundamentalmente epidemiológico, y el de PCR es de orientación clínica.

El cambio a la definición «estilo Utstein» se vincula con la organización de la atención al PCR y su objetivo es ofrecer una pauta al que atiende a la víctima para la puesta en marcha de una secuencia asistencial conocida como «cadena de supervivencia».

Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas, desde el punto de vista asistencial se tiende a considerar como una entidad única denominada PCR. La interrupción de una de las dos funciones vitales lleva rápida e indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta. El conjunto de medidas aplicadas para tratar el PCR ha sido denominado «resucitación». La **resucitación cardiopulmonar** (RCP) se define como el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el PCR, sustituyendo

primero, para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas con el fin de evitar la muerte por lesión irreversible de órganos vitales, especialmente del cerebro. Se distinguen dos niveles de RCP: básica y avanzada.

Aspectos éticos en el PCR

La bioética médica se ha definido como la aplicación de los principios éticos a la toma de decisiones asistenciales, con el objeto último de mejorar la calidad de esa asistencia.

La PCR es un problema de extrema gravedad que debe ser identificado y resuelto lo más rápidamente posible, no sólo por el pronóstico vital a corto plazo, sino también por las posibles secuelas, generalmente neurológicas, que acompañan a una reanimación tardía, defectuosa o inapropiada. Ante este devastador problema de salud, todos los esfuerzos deben volcarse en la identificación precoz de signos y síntomas que nos pueden poner sobre aviso que la PCR es inminente, para intentar evitarla, si es posible, o iniciar lo más rápida y adecuadamente la reanimación.

Una vez que ésta se produce, debemos identificar correcta y rápidamente aquellos pacientes que son candidatos a iniciar maniobras de RCP, y en los que no por cuestiones médicas o éticas. En cualquier caso, si existen dudas razonables, se debe iniciar la reanimación hasta obtener más datos objetivos, ya que el principio del beneficio de la duda debe favorecer siempre a la víctima.

En este sentido, es importante la realización de una buena historia clínica con todos los antecedentes personales de interés y el motivo de

ingreso y, además, anotar si el paciente no fuera reanimable (órdenes de “no-RCP”). Esto facilitaría enormemente la decisión de empezar o no la RCP, ayudaría a aclarar la causa de la PCR y a que el médico responsable de la reanimación se centrara exclusivamente en ella en ese momento.

Reanimación cardiopulmonar

Reanimación es definido por la Real Academia Española (RAE) como el “Conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar o mantener las constantes vitales del organismo”. Además, señala que “Reanimar es dar vigor, restablecer las fuerzas, hacer que recobre el conocimiento alguien que lo ha perdido”. En medicina, la palabra “reanimación” debe ser entendida como un conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar y mantener las funciones vitales del organismo.

En consecuencia, se entiende por reanimación cardiopulmonar o cardiorrespiratoria el “conjunto de medidas de soporte vital, básico y avanzado, que intentan restablecer la función cardiopulmonar una vez que en una persona se ha producido un paro cardiorrespiratorio”. Clínicamente el paro cardiorrespiratorio se define por tres hechos fundamentales: 1) Pérdida de conciencia; 2) Apnea; y 3) Ausencia de pulso central.

Es esencial señalar que el objetivo de la RCP no es la mera restauración de las funciones vitales, sino la *supervivencia con un mínimo de calidad de vida*. El reanimar a una persona con un paro cardiorrespiratorio reconoce el valor de la vida cuando se está frente a una situación vitalmente límite que se estima reversible. En estos casos, debe considerarse una obligación médica y ética intentar la reanimación. Sin embargo, la aplicación indiscriminada de tal tipo de maniobra implica, también, el riesgo de menoscabar la dignidad del morir y de dejar a los pacientes con graves secuelas neurológicas.

Desde la aparición de las técnicas de resucitación cardiopulmonar, en la década de los 60s, su aplicación ha demostrado utilidad para salvar vidas. Estas técnicas han ido en paralelo al explosivo desarrollo de la medicina intensiva. La experiencia, sin embargo, nos ha llevado a concluir que estos procedimientos, habitualmente aplicados en situaciones extremas, tienen éxito

sólo en una minoría de casos. Los objetivos de la RCP son: preservar la vida, restablecer la salud, limitar las secuelas y discapacidades, respetar las decisiones individuales, derechos y privacidad.

La posibilidad de fracaso de la RCP y deceso del paciente sigue siendo el desenlace más habitual. Algunos pocos pacientes, de acuerdo a las circunstancias clínicas, pueden lograr una recuperación integral, sin experimentar gran deterioro. Sin embargo, un resultado inesperado de todas estas técnicas ha sido la generación de un nuevo tipo de paciente: aquellos que lograron sobrevivir con mayor o menor daño neurológico y con mayor o menor dependencia de terapias médicas intensivas y de la ayuda de otras personas.

En la actualidad existe la convicción generalizada de que estas técnicas no son susceptibles de ser aplicadas indiscriminadamente a toda persona que sufra el cese de su función cardíaca o respiratoria, pues en muchos casos el paro cardiorrespiratorio (PCR) sobreviene en el momento de la muerte natural y esperada de un paciente, que no tiene posibilidad de continuar viviendo, ya sea por un evento agudo irreparable (ej. accidente con pérdida de continuidad de cabeza y cuerpo, o daño cardíaco irreparable), por una enfermedad progresiva (ej. cáncer o demencia), por deterioro crónico de funciones hasta ya no ser compatibles con la vida (ej. insuficiencia crónica de algunos órganos), el agotamiento de las capacidades fisiológicas sin capacidad de mayor soporte por una enfermedad aguda (ej. falla orgánica múltiple). Todos estos ejemplos son claramente entendibles como casos en que la aplicación de maniobras de RCP, resulta una acción médica fútil.

El cese de la actividad cardíaca y respiratoria, es condición necesaria para el término de la vida (a menos que se logre revertir). En sentido inverso, el término de la vida implica siempre el cese de la actividad cardiorrespiratoria. Esta círculo, aparentemente tautológico, se presta nuevamente para generar confusión; por tanto para aclarar esta confusión es primordial tratar de distinguir cuando estamos frente a un evento potencialmente corregible, sea inesperado o no y cuando no lo estamos.

Principios bioéticos de la resucitación cardiopulmonar

Las decisiones en la RCP deben estar basadas en los principios básicos de la ética. Las situaciones de emergencia vital hacen más difícil la toma de decisiones. En los menores de edad son determinadas por sus padres y/o tutores considerando el mejor interés del menor. Existen situaciones en las que está claramente indicado el inicio de la RCP y otras en las que está justificado suspender las maniobras. Otros aspectos éticos incluyen: posibles donantes y el aprendizaje de maniobras. Su objetivo es la supervivencia y no la restauración de funciones vitales.

La decisión de iniciar, limitar o suspender procedimientos de sostén vital, plantea profundos problemas clínicos y éticos al médico, equipo de salud, paciente y su familia, por lo que es importante tomar en cuenta los siguientes datos clínicos relativamente relevantes: el pronóstico (neurológico) en RCP exitosa, los factores clínicos indicadores de un paro CR irreversible, la RCP exitosa y morbilidad, y la mortalidad posterior.

Bajo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y futilidad, que son inherentes a los seres humanos, se debe tener claro qué medidas se deben tomar según el nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar de cada paciente.

La importancia de estos aspectos nos hacen volver a los "Fines de La Medicina", pues es a la luz de estos, que podremos ir seleccionando objetivos, aclarando dudas y definiendo conductas para nuestros pacientes. Los fines de la medicina, hacia fines del siglo XX y de nuestro nuevo siglo, fueron claramente conceptualizados y expresados en el documento elaborado por el Hastings Center el año 1996.

Se definieron cuatro **objetivos fundamentales**, que son:

- a) Prevención de las enfermedades y lesiones, y promoción de la conservación de la salud.
- b) El alivio del dolor y el sufrimiento causado por males.
- c) La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.

- d) Evitar una muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Al menos los tres últimos objetivos tienen directa relación con el tema que desarrollamos, siendo el último punto el de mayor cercanía. En aquellos pacientes recuperables las maniobras de RCP, sin duda pueden evitar una muerte prematura; el potencial conflicto, está en también buscar una muerte tranquila, para aquellos que sufren de alguna condición letal.

Otros objetivos son:

- Preservar la vida
- Restablecer la salud
- Limitar las secuelas y discapacidades
- Respetar las decisiones individuales, derechos y privacidad

Las Guías de la American Heart Association publicadas en 2010 hacen mención a dos principios éticos elementales en la atención al paciente, autonomía y futilidad, en referencia a la capacidad del paciente de decidir sobre la terapéutica que desea o no recibir como parte de su atención de salud, así como la utilidad de determinada medida (Morrison, 2010). La decisión de iniciar, limitar o suspender procedimientos de sostén vital, plantea profundos problemas clínicos y éticos al médico, equipo de salud, paciente y su familia.

Aunque lo ideal es iniciar la RCP sólo en pacientes con posibilidades de ser reanimados sin secuelas, esto es impredecible cuando se decide iniciarla. Por tanto, en el medio extrahospitalario se tiende a la aplicación universal de las maniobras de SVB, salvo si existen signos evidentes de muerte establecida. La asistencia a una PCR en el medio hospitalario permite disponer en la mayor parte de los casos de información que facilita la toma de esta decisión. En términos generales, las maniobras deben iniciarse en todos los pacientes en los que existan posibilidades de recuperación para mantener posteriormente una vida en condiciones aceptables.

Como en cualquier otra situación de emergencia, se asume habitualmente que el paciente habría dado su consentimiento para ello (consentimiento presunto) si las circunstancias se lo permitieran, pero esto no debe suponer el inicio precipitado y

automático de las maniobras de RCP a todos los individuos que presentan una PCR, ya que dicha actitud conlleva en algunos casos una aplicación desproporcionada que da lugar a situaciones dramáticas y penosas para el individuo y su familia (coma vegetativo persistente sin posibilidades de recuperación neurológica) con prolongación inútil del sufrimiento y consumo ineficaz de recursos asistenciales (encarnizamiento terapéutico).

Cuándo iniciar la RCP

En la valoración de la utilidad de un tratamiento se debe distinguir entre “efecto” y “beneficio”. El efecto es definido como la mejoría limitada a un órgano o parte del individuo (ej., latido cardíaco) y el beneficio es entendido como la mejoría de la persona considerada globalmente (ej. latido cardíaco pero con muerte cerebral).

Indicaciones para iniciar la resucitación cardiopulmonar

No existe una indicación específica de en quién y cuándo iniciar maniobras de RCP, es decir está claro que se tratará de un paciente en paro respiratorio y circulatorio, pero el criterio fundamental será que pensemos que existe la alternativa de reversibilidad.

Según las Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Resucitación Cardiopulmonar se señala las siguientes indicaciones para iniciar la RCP (1999)

Clase I

1. Cuando la PCR se produce en individuos sanos o con enfermedad aguda o crónica que no suponga un pronóstico inmediato fatal, sin que conste oposición expresa a su práctica y si no han transcurrido más de diez minutos del establecimiento de la misma.

Clase II

2. Si en pacientes con las características del grupo I ya han transcurrido más de 10 min, está indicada la RCP si la PCR es por intoxicación barbitúrica o en situaciones de hipotermia o en ahogados, en especial si son niños o individuos jóvenes (por su mayor resistencia a la hipoxia).

3. En los que no es posible determinar el momento de la PCR pero existen posibilidades de que haya pasado poco tiempo.

Clase III

4. Cuando la PCR es la consecuencia y expresión final de un proceso patológico terminal e irreversible, como son los procesos neoplásicos con metástasis sin opciones terapéuticas, deterioro metabólico de una sepsis no controlada, hepatopatías crónicas evolucionadas, situaciones de fracaso multiorgánico o casos similares.
5. Cuando existen criterios inequívocos de muerte irreversible, como son la presencia de rigidez, livideces o descomposición. Las pupilas dilatadas y la falta de reflejo pupilar sugieren muerte cerebral, pero pueden deberse a fármacos o a patología ocular previa.
6. Cuando se comprueba la existencia simultánea de lesiones traumáticas incompatibles con la vida, pérdida de masa encefálica o grandes amputaciones (hemisección).
7. Cuando la práctica de las maniobras de RCP exponga a graves riesgos o lesiones al personal que la debe llevar a cabo, por ejemplo, en el caso de electrocuciones si persiste contacto entre el paciente y la fuente eléctrica.
8. Cuando en situaciones de catástrofe la práctica de la RCP suponga demora para la asistencia a otros pacientes con mayores probabilidades de sobrevivir.
9. Cuando el paciente había expresado antes, de forma fehaciente y precisa, su negativa a que se le aplicaran medidas de resucitación (testamento vital), en caso de precisarlas. La información procedente de los familiares del paciente también debe considerarse válida.

Otras indicaciones de iniciar RCP

- Paro cardiorrespiratorio agudo e inesperado.
- Breve duración del paro cardiorrespiratorio.
- Si ha transcurrido mucho tiempo (> 20 min.) o si no se conoce, pero hay signos evidentes de muerte, no se debe iniciar la reanimación
- Potencial reversibilidad o recuperación de las funciones vitales.

- Enfermo no terminal
- La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para no dar RCP
- No existe una "orden de no reanimar"
- No hay peligro vital para el reanimador.
- Si no conocemos o existe una duda razonable sobre las características del paciente y/o del tiempo y circunstancias de la paro cardiorrespiratorio, se debe iniciar la RCP.

¿Quién (o quiénes) deben decidir?

La afirmación de que sólo al enfermo le corresponde tomar decisiones que afecta su propia vida, si bien es correcta en su esencia, se encuentra con significativas limitantes en la realidad. La orden, desde el punto de vista administrativo, recaerá sobre el médico. La cuestión es más bien definir cómo se llega a esta orden. En el fondo de esta génesis, se trata nada más y nada menos que de consentimiento informado.

Todas las decisiones médicas se asientan en dos factores, el primero de ellos es técnico, se refiere a la proposición médica de acuerdo a la *lex artis*, el segundo es la aceptación del enfermo. La aceptación es la expresión del ejercicio de autonomía que, para desplegarse necesita tres condiciones: la primera es que el Paciente sea Capaz (esto es que esté en condiciones intelectuales y emocionales de tomar una decisión), la segunda es que el paciente esté adecuada y correctamente informado (al tanto de la situación, las posibilidades terapéuticas, su pronóstico y su factibilidad) y por último que la decisión sea Libre (con ausencia de coerción).

Inmediatamente saltan las excepciones, siendo las más visibles la Incapacidad (paciente demente o cognitivamente perturbado, o en condición de catástrofe emocional) y la falta de información. Aún en los países con mayor tradición autonomista (como los anglosajones) la mayor parte de las decisiones de No-RCP, siguen siendo tomadas por el médico. Las órdenes así tomadas reciben el nombre de Órdenes Unilaterales.

Lo ideal es llegar a una opción en conjunto con el paciente y a veces con sus cercanos, con una aproximación deliberativa, para esto se ha sugerido:

- Evitar el optimismo exagerado.
- Ofrecer opciones que incluyan la limitación del tratamiento y discutir opciones en las que se justifiquen estas limitaciones.
- No ofrecer alternativas si no se acompaña con educación. Definir metas y explicar cómo las metas pueden modificar las opciones a elegir.
- Explicitar que tratamientos serán mantenidos, evitar la sensación de que se le dejó abandonado. Asegúrese de que las instrucciones sean claras.
- Cuando converse con los parientes o cercanos, enfóquese en lo que el paciente hubiese deseado, o en lo que parezca el mejor interés del paciente.
- Elabore un plan para comunicar las decisiones a otros miembros de la familia y otros cuidadores.

Quando no realizar la RCP

El médico no está obligado a realizar tratamientos inútiles aunque se lo solicite la familia del paciente cuando no se produzca ningún beneficio.

La RCP se debe iniciar siempre excepto cuando exista alguna de estas circunstancias:

1. Que la PCR sea el episodio final de una enfermedad cardíaca o respiratoria crónica, un proceso maligno intratable, una enfermedad degenerativa en su fase final, un fracaso multiorgánico, etc. En todos estos casos la indicación de no reanimar es de carácter técnico y, por tanto, habitualmente la decisión corresponde al equipo asistencial.
2. Que el intervalo transcurrido desde el inicio del evento haga improbable el éxito de los intentos de RCP, en general, más de 10 minutos en un adulto, con la excepción de algunas situaciones como la hipotermia, la inmersión en agua, las intoxicaciones por depresores del sistema nervioso central, etc.
3. Que la situación se ha producido en el hospital y en la historia clínica existe una orden firmada por su médico de "no RCP".
4. Que el enfermo haya manifestado sus deseos de no ser reanimado en el caso de sufrir una PCR y haya efectuado una directiva avanzada,

testamento vital o instrucción previa, de acuerdo con la normativa legal vigente, rechazando la RCP y se comunica de forma explícita.

5. Que la realización de la RCP pueda perjudicar a otros afectados con más posibilidades de supervivencia, como en el caso de una catástrofe con múltiples víctimas.

Otros criterios para no iniciar RCP son:

- El paciente tiene signos irreversibles de muerte biológica.
- No se esperan beneficios fisiológicos porque los signos vitales se han deteriorado hasta el colapso a pesar del tratamiento máximo.
- Autonomía: decisión anticipada, testamento, instrucción previa.
- Inutilidad: etapa terminal o indiscutible
- Esfuerzo terapéutico máximo
- Justicia conmutativa: riesgos para para el resucitador (lugar, circunstancia, infectocontagiosidad); afectación de otras víctimas con mayores posibilidades de supervivencia.
- El paro es consecuencia final de una enfermedad irreversible de mal pronóstico.
- Cuando el inicio de maniobras de RCP a un paciente significa que se deje de dar asistencia a un paciente crítico recuperable.

Situaciones en las que se deben suspender las maniobras de resucitación

1. Cuando se comprueba la indicación errónea de RCP, por falso diagnóstico de PCR.
2. Cuando se comprueba la presencia de actividad cardíaca eléctrica intrínseca acompañada de presencia de pulso.
3. Cuando transcurren más de 15 minutos de RCP y persiste la ausencia de actividad eléctrica cardíaca (asistolia). Esto supone que no se debe abandonar la RCP mientras el paciente presente actividad eléctrica cardíaca, es decir, FV.
4. Cuando se produce fatiga extrema del reanimador, sin esperanza de ayuda o

colaboración inmediata.

5. Tras inicio de RCP se notifica que el paro es resultado de una enfermedad terminal.
6. El lugar del paro se encuentra muy lejos del centro de asistencia vital avanzada.
7. Intervalo entre el soporte vital básico y el avanzado es > 30 minutos.
8. Es un solo reanimador y está exhausto.
9. Asistolia refractaria por > 10 minutos.
- 10 Se logra Reanimación exitosa.

Cuando suspender las maniobras de la RCP

- Recuperación de la circulación espontánea, automatismo respiratorio o ventilación asistida
- Comprobar voluntad del afectado
- Comprobación documental (Expediente clínico) de ser secundario a enfermedad irreversible
- Más de 10 minutos de retraso en el inicio de la RCP (excepto ahogamiento, hipotermia o intoxicación por barbitúricos)
- En RCP avanzada, más de 20 minutos sin éxito.

La RCP se debe continuarse hasta que:

1. La víctima recupera la respiración y el latido cardíaco espontáneo.
2. Hayan transcurrido unos 20-30 minutos de maniobras de RCP infructuosas, salvo que haya alguna de las circunstancias descritas anteriormente (hipotermia, ahogamiento, etc.).
3. Agotamiento de un solo reanimador por lo prolongado de la RCP

No suspender la RCP

- Si existe fibrilación ventricular
- Si existe taquicardia ventricular sin pulso
- Si la causa desencadenante es susceptible de corregir (ej. neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco, descarga eléctrica)

Criterios para finalizar la RCP

- Cuando se comprueba que hay signos evidentes de muerte biológica.

- El reanimador esté exhausto o en grave peligro
- Otras personas con más posibilidades de recuperación requieran la RCP (en situaciones de accidentes o catástrofes en los que varias personas precisan asistencia, es necesario en primer lugar clasificar a los pacientes según sus necesidades de RCP y posibilidades de supervivencia, para decidir a quién se debe atender en primer lugar).
- Escrito de una "orden de no reanimar"
- Se haya realizado una RCP básica y avanzada efectiva durante al menos 30 min sin recuperación
- El tiempo de reanimación puede prolongarse en: pacientes que han sufrido paro cardiorrespiratorio por inmersión en agua helada, pacientes que sufren intoxicaciones y la reanimación haya sido efectiva, con recuperación de la circulación y respiración espontáneas.

RCP en atención de urgencia

Paciente desconocido y que requiere atención urgente, la decisión siempre debe favorecer al inicio de las maniobras de reanimación. Existe la imposibilidad de juzgar la utilidad o inutilidad de tales maniobras en un paciente con diagnóstico desconocido o probable, teniendo un pronóstico incierto. No obstante lo anterior, siempre considerarlo potencialmente recuperable.

Órdenes "No RCP" y Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

El médico tiene la doble obligación de no aplicar medidas que considere fútiles (no indicadas) y de utilizar los recursos de la forma más eficiente y equitativa posibles. Por ello cuando no existen posibilidades razonables de recuperación, debe limitarse o suspenderse el tratamiento, ya que mantenerlos puede contribuir a retrasar la muerte en vez de a prolongar la vida, y ser entonces más bien una crueldad que atente contra la dignidad de la persona y vulnere los principios bioéticos fundamentales de no-maleficencia y beneficencia.

De otra parte, los recursos malgastados en estos pacientes podrían ser útiles para otros, con lo que se quebrantaría también el principio ético de justicia. En la decisión de LET interviene el

criterio médico, ya que se fundamenta en razones técnicas (pronóstico irreversible, ausencia de posibilidades terapéuticas) que entran dentro de su competencia profesional, pero también puede participar el enfermo (principio bioético de autonomía) si es competente, o hacerlo anteriormente (testamento vital, voluntades anticipadas) previendo una posible incompetencia derivada de la enfermedad o transferirlo a sus familiares, allegados o representantes (poderes otorgados a terceros).

Orden de no-reanimar (ONR) ¿QUIÉN (O QUIÉNES) DEBEN DECIDIR?

La afirmación de que sólo al enfermo le corresponde tomar decisiones que afecta su propia vida, si bien es correcta en su esencia, se encuentra con significativas limitantes en la realidad. La orden, desde el punto de vista administrativo, recaerá sobre el médico. La cuestión es más bien definir cómo se llega a esta orden. En el fondo de esta génesis, se trata nada más y nada menos que de consentimiento informado.

Todas las decisiones médicas se asientan en dos factores, el primero de ellos es técnico, se refiere a la proposición médica de acuerdo a la *lex artis*, el segundo es la aceptación del enfermo. La aceptación es la expresión del ejercicio de autonomía que, para desplegarse necesita tres condiciones: la primera es que el Paciente sea Capaz (esto es que esté en condiciones intelectuales y emocionales de tomar una decisión), la segunda es que el paciente esté adecuada y correctamente informado (al tanto de la situación, las posibilidades terapéuticas, su pronóstico y su factibilidad) y por último que la decisión sea Libre (con ausencia de coerción).

Inmediatamente saltan las excepciones, siendo las más visibles la Incapacidad (paciente demente o cognitivamente perturbado, o en condición de catástrofe emocional) y la falta de información. Aún en los países con mayor tradición autonomista (como los anglosajones) la mayor parte de las decisiones de No-RCP, siguen siendo tomadas por el médico. Las órdenes así tomadas reciben el nombre de Órdenes Unilaterales.

La orden de NO-RCP unilateral requiere algunas condiciones básicas desde luego se debe especificar en qué condiciones se aplicó esta

conducta y siempre debieran quedar registradas estas razones en la ficha clínica. Lo ideal es llegar a una opción en conjunto con el paciente y a veces con sus cercanos, con una aproximación deliberativa, para esto se ha sugerido:

- a) Evitar el optimismo exagerado.
- b) Ofrecer opciones que incluyan la limitación del tratamiento y discutir opciones en las que se justifiquen estas limitaciones.
- c) No ofrecer alternativas si no se acompaña con educación. Definir metas y explicar cómo las metas pueden modificar las opciones a elegir.
- d) Explicitar que tratamientos serán mantenidos, evitar la sensación de que se le dejó abandonado. Asegúrese de que las instrucciones sean claras.
- e) Cuando converse con los parientes o cercanos, enfóquese en lo que el paciente hubiese deseado, o en lo que parezca el mejor interés del paciente.
- f) Elabore un plan para comunicar las decisiones a otros miembros de la familia y otros cuidadores.
- g) Documentación expresa en el Expediente Clínico, con firma y testigos.
- h) Cuando no se altere la evolución natural hacia la fase final del padecimiento.
- i) Prolongación injustificada de la muerte (Agresión a la dignidad)

De lo expresado anteriormente se desprende que la clave está en una comunicación franca, veraz y empática.

Cuando nos enfrentamos a un paro cardiorrespiratorio existe la posibilidad de efectuar maniobras de reanimación, pero también la de abstenerse y, en este caso, adoptar o dar la instrucción de no-reanimar.

En opinión de la American Heart Association la evaluación científica ha demostrado que no hay criterios claros para predecir con seguridad la **futilidad** de una reanimación cardiorrespiratoria. Por ello, recomienda que todo paciente en paro cardíaco reciba reanimación, a menos que:

- 1) El paciente tenga una instrucción válida de no ser reanimado;
- 2) El paciente presente signos de muerte irreversible como el rigor mortis, decapitación o livideces en sitios de declive;
- 3) No se pueda esperar un beneficio fisiológico, dado que las funciones vitales se han deteriorado a pesar de un tratamiento máximo para condiciones como el shock séptico o cardiogénico progresivos;
- 4) También es apropiado abstenerse de intentos de reanimación en la sala de partos cuando se trata de un recién nacido con gestación menor de 23 semanas o un peso al nacer menor de 400 g, o que tiene una anencefalia, así como también en casos confirmados de trisomía 13 o 18.

Algunas de estas proposiciones no son legalmente vinculantes y están sujetas a discusión. Por ejemplo, no hay acuerdo sobre qué es una «instrucción válida» y ciertos criterios que se refieren a los recién nacidos están en permanente evaluación dadas las posibilidades que puede brindar la tecnología actual.

Limitación de tratamientos de soporte vital

Los objetivos de la buena praxis médica se resumen en la prevención de la enfermedad y de las lesiones, la promoción y mantenimiento de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias, la asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados, procurar evitar la muerte prematura y velar por una muerte digna. En este sentido la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades coronarias (SEMICYUC) propuso un código ético para cumplir con los objetivos, expresados en sus estatutos, de una forma razonable.

Vamos a repasar brevemente ahora lo cuatro principios fundamentales de la Bioética:

1. **Principio de Autonomía:** es tener la libertad de elegir; basado en la capacidad de los seres humanos para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, y por tanto sobre la vida y la muerte. Para ello se necesita que la persona sea capaz o competente como ya se ha

comentado en el tema anterior.

2. **Principio de No maleficencia:** (primum non nocere): principio ético que se refiere a no hacer daño, abstenerse intencionadamente de hacer algo que sabemos que puede causar daño. Hace referencia a la seguridad clínica (ver tema 33) o a la ausencia de riesgo ligada a la atención sanitaria. Es el principio en el que debe fundamentarse siempre el médico a la hora de tomar decisiones y también por supuesto en las decisiones de LTSV. Los procedimientos o tratamientos contraindicados no serán utilizados por el médico, ni aún a petición del paciente.
3. **Principio de beneficencia:** que quiere decir hacer el bien al paciente. Máximo beneficio con el mínimo riesgo.
4. **Principio de Justicia:** principio de equidad para todos los ciudadanos, para establecer la distribución de recursos. El médico debe tener una metodología de trabajo que le ayude a aplicar su doctrina asistencial de manera eficaz (que sus decisiones científicas tengan una base científica objetivable), efectiva (por lo cual se le exige que obtenga los mejores resultados posibles con los recursos de los que disponga), y eficiente (se le demanda que obtenga dichos resultados con el coste apropiado). Nunca la limitación de los recursos debe justificarse por sí sólo la LTSV.

La aplicación de la LET lleva implícito la interrupción u omisión de las medidas terapéuticas activas y el uso de todas aquellas dirigidas a paliar la incomodidad y los síntomas que originan el dolor o el sufrimiento, aunque estas últimas tengan efectos colaterales indeseables. En la práctica clínica, especialmente en la UCI, los enfermos pueden enmarcarse en alguno de estos grupos:

1. Soporte total

El paciente recibe todas las medidas necesarias, sin excepción.

2. Soporte total, salvo RCP (“órdenes de no RCP”)

Pacientes con daño cerebral, enfermedades irreversibles cardiopulmonares, fracaso multiorgánico, periodo final de una enfermedad

incurable (por ejemplo, cáncer metastásico). En estos enfermos se aplican las medidas del grupo anterior, pero si en el curso de su evolución sufren una PCR no se recurre a la RCP y se les permite morir en paz.

3. No medidas extraordinarias y retirada de las existentes

En general, en esta categoría se incluyen pacientes con fracaso de diversos órganos y función cerebral mínima, en los que ni siquiera existen esperanzas remotas de recobrar una función cerebral aceptable desde el punto de vista humano. En este contexto, se mantienen las medidas destinadas a proporcionar el máximo bienestar al paciente como analgesia y sedación si se estima necesario, higiene corporal, hidratación, cuidado de la piel y mucosas, evitar la hipoglucemia. No se instauran o retiran aquellas otras consideradas extraordinarias o desproporcionadas, sean invasivas o no, como: ingreso en la UCI, RCP, control de arritmias, intubación traqueal y ventilación mecánica, monitorización invasiva, órganos artificiales, trasplantes, sangre y hemoderivados, fármacos vasoactivos, nutrición parenteral, etc.

4. Retirada de todas las medidas.

Cuando se cumplen los criterios de muerte encefálica, salvo en el caso de donación de órganos, en que se aplica el protocolo de mantenimiento del donante.

El derecho a una muerte digna teniendo en cuenta los principios fundamentales de la bioética, junto con el progreso en técnicas que sustituyen la función de uno o varios órganos para prolongar la vida, han hecho que los profesionales de la salud se hayan planteado dudas éticas razonables y que hayan aparecido múltiples estudios en relación a la limitación del esfuerzo terapéutico o la limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV).

Desde el punto de vista ético, la decisión de retirar el soporte vital no es en esencia diferente de la decisión de no iniciarlo y así se ha reconocido en múltiples trabajos, aunque es claro que la apreciación individual del profesional no sea la misma.

Finalmente, cabe señalar que **TODA PERSONA**

TIENE DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD (Ortotanasia).

La **ortotanasia** (muerte digna) se refiere a la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal. Derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida. Ante enfermedades

incurables y terminales se debe actuar con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que la muerte llegue. La ortotanasia se distingue de la eutanasia en que la primera nunca pretende deliberadamente el adelanto de la muerte del paciente. La ortotanasia es la actitud defendida por la mayoría de las religiones.

REFERENCIAS

1. Coma-Canella I, García-Castrillo Riesgo L, Ruano Marco M, Loma-Osorio Montes A, Malpartida de Torres F, Rodríguez García JR. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52 (8): 589-603
2. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. XXI Edición, Madrid. 1992. [Links]
3. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 669-679
4. Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, Böttiger BW, Bossaert L, et al. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010; 122(16 Suppl 2):S 250.
5. Zipes DP, Wellens HJJ. Sudden cardiac death. *Circulation* 1998; 98: 2.334-2.351.
6. Holmberg S, Engstrom L. Ethics and practicalities of resuscitation. *Resuscitation* 1992; 24: 239-244.
7. Lim C, Alexander MP, LaFleche G, Schnver DM, Verfaellie M. The neurologic and cognitive sequelae of cardiac arrest. *Neurology* 2004; 63: 1774-8. [Links]
8. Grupo de Trabajo del European Resuscitation Council. Recomendaciones para el soporte vital cardíaco avanzado en el adulto (versión abreviada). *Med Intensiva* 1995; 19: 134-140.
9. Gorordo Delsol LG, Weingerz Mehl S†. Clasificación del nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar: Aspectos médicos y bioéticos. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2013; 27(3):179-182
10. Herrera-Carranza M, López-Camacho F. Plan hospitalario de reanimación cardiopulmonar y soporte vital. 2ª Edición. Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud, 2007
11. Nolan J, Baskett P, editores. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. *Resuscitation* 2005; 67:S1-S181.
12. Herrera Carranza M, López Canacho F. Por encima de la tecnología: Humanizar la medicina intensiva. En: Gómez Rubí JA. Abizanda Campos R. Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Barcelona, Edikamed, 1998; 213-27.
13. Rubio M, Perales N, Briones D, García-Alcántara A. Las nuevas recomendaciones en resucitación cardiopulmonar. ERC-2005. Madrid, Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), 2006.
14. Baskett P.J. European Resuscitation Council. The Ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2005; 67 Suppl 1: 171-80
15. Cereceda GL. Orden de no reanimar, consideraciones sobre éste problema. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2011; 22(3) 369-376