



ACTUALIZACIONES

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA

Ac. Dr. Oscar Vera Carrasco

INTRODUCCIÓN

La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que deben guiar la conducta profesional del médico. Su conocimiento debe ser básico para todos los profesionales que ejercen la medicina. El Código Deontológico es el documento que recoge un conjunto amplio de criterios apoyados en la deontología, que incluye normas y principios que formulan y a su vez resumen quienes realizan correctamente una actividad profesional¹

El consenso internacional sobre **paro cardíaco**, conocido como «Estilo Utstein», define éste 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 es 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.

La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) moderna se articuló en la 5ª y 6ª décadas del siglo pasado como un conjunto de procedimientos para revertir la PC que ocurría a pacientes en el quirófano, desde cuyo escenario se diseminó para practicarse a cualquier paciente y en cualquier lugar.² Desde entonces³, con el desarrollo constante de la resucitación han ido surgiendo en paralelo un gran número de problemas éticos

Las decisiones en la **Reanimación**

Cardiopulmonar (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.

Datos clínicos relativamente relevantes

Pronóstico (neurológico) en RCP exitosa

Factores clínicos indicadores de un paro CR irreversible

RCP exitosa y, morbilidad y mortalidad posterior

Principios éticos

El desarrollo tecnológico acontecido en el siglo pasado, que ha originado un desarrollo parejo de la medicina, ha originado la necesidad de una

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

reorientación de los objetivos y fines de la misma. Esto se puso en evidencia tras la publicación, en el año 1996, del documento del Hastings Center “los fines de la medicina”, que constituyó un intento de desmitificar la medicina, para que su ejercicio constituya, efectivamente, un progreso para la humanidad. Los fines de la medicina, a finales del siglo XX y comienzos del XXI, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. En este artículo los fines se podían concretar en cuatro objetivos fundamentales ⁴:

- a) Prevención de las enfermedades y lesiones, y promoción y mantenimiento de la salud.
- b) Alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.
- c) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- d) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Al menos los tres últimos tienen relación directa con la RCP, siendo el cuarto el que está más relacionado, ya que en los pacientes recuperables estas maniobras, pueden evitar una muerte prematura, y después la no utilización de la misma puede facilitar la búsqueda de una muerte tranquila y no prolongar una vida que solo puede ser una fuente de agonía y sufrimiento.

La ética médica moderna surge de la convergencia de diversas fuentes, de la propia tradición médica, del ámbito de la tradición jurídica y de la política. De ellas derivan los principios ampliamente aceptados que guían la actuación de los profesionales sanitarios: de la tradición médica los principios de Beneficencia y de No Maleficencia, del ámbito jurídico el principio de Autonomía y de la tradición política, el principio de Justicia. La Dignidad y la Honestidad se añaden con frecuencia a los principios básicos de la ética clínica. Los pacientes siempre tienen el derecho de ser tratados con

dignidad y la información debe ser honesta sin evitar hechos importantes.

No es inusual que los distintos niveles socioculturales, conocimientos médicos, influencia de los medios, creencias filosóficas o religiosas, expectativas, apoyo o dependencia de la familia, en fin, el sufrimiento físico o espiritual causen conflictos entre médicos, enfermeras, pacientes y sus parientes cercanos. Son estos los factores que en gran parte generan los problemas.

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

- o La Bioética médica se ha definido como la **aplicación de los principios éticos en la toma de decisiones asistenciales**, con el objeto último de mejorar la calidad de esa asistencia.

BIOÉTICA = CALIDAD ASISTENCIAL



RESPECTO
RESPONSABLE

HUMANIZAR LA CIENCIA



Los principios de la ética son los siguientes: la Beneficencia, la No maleficencia, la Autonomía y la Justicia.

- **Beneficencia:** buscar el mayor beneficio para el paciente; habitualmente tiene que ver con la decisión de iniciar la RCP, pero en ocasiones puede significar rechazar las maniobras.
- **No maleficencia o futilidad: No hacer más daño:** No iniciar o prolongar la RCP en casos inútiles. Una reanimación es fútil (inútil) si no se aporta ningún beneficio, en términos de prolongar la vida con una calidad de vida aceptable.

De forma general, los médicos no están obligados a realizar un tratamiento si existe un amplio consenso científico y social respecto a que el tratamiento. No es efectivo (es inútil) A pesar de que los pacientes o representantes lo soliciten.

Beneficiencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia



- **Autonomía:** Es el derecho del paciente a aceptar o rehusar cualquier tratamiento. Requiere que el paciente este adecuadamente informado, que sea competente (entiende, asimila, puede repite la información, delibera y justifica se decisión) y libre de cualquier presión externa. El mismo suele quedar plasmado en un documento de instrucciones previas.
- **Justicia:** La reanimación con los recursos disponibles (casi siempre limitados), deberá estar disponible para cualquier paciente, de acuerdo a los criterios de justicia e igualdad. Entre otros principios esta la Dignidad y honetidad. Los pacientes tiene siempre el derecho a ser tratadosncon dignidad. Y la informacion suministrada al paciente y a los familiares debe ser honesta sin suprimir informacion relevante.

Principio de la futilidad en la RCP

La RCP No es apropiada si no se espera que el paciente sobreviva. No hay obligación de ofrecer tratamientos que no benefician al paciente. La futilidad terapéutica debe ser incompatible con una buena práctica clínica.

En este proceso es importante la deliberación entre los familiares, el paciente y el médico tratante del paciente.

Objetivos de la RCP

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.

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 los siguientes:

- Preservar la vida

- Restablecer la salud en la medida de lo posible
- Limitar las secuelas y discapacidades
- Respetar las decisiones individuales, derechos y la privacidad

Indicaciones de la RCP

La RCP siempre esta indicada en cualquier situacion de emergencia como consentimiento presunto, salvo que la persona haya dejado escrita orden expresa en contra, como parte de su testamento vital.

La RCP solo tiene sentido cuando las expectativas de recuperacion sean razonables, no solo de la actividad cardiaca, sino de todas aquellas funciones que caracterizan a una persona como ser humano. Se trata, en definitiva, de que se aplique la RCP a quien esta indicada, se omita en el proceso de morir o si el paciente la hubiera rechazado y se suspenda cuando no tenga una posibilidad razonable de exito.

La RCP iniciada deberá continuarse hasta que se restaure la circulación espontánea, y sea efectiva. La asistencia sea transferida a un equipo de SVA. El reanimador se encuentre exhausto, exista un entorno peligroso o la continuación de las maniobras ponga en peligro a otros. Existan criterios fiables y validados de que esa muerte es irreversible.

Inicio y cese de la RCP

Cuándo iniciar la RCP

En la valoración de la utilidad de un tratamiento se debe de distinguir entre “efecto” y “beneficio”. El efecto es definido como la mejoría limitada a un órgano o parte del individuo (ej, latido cardiaco) y el beneficio es entendido como la mejoría de la persona considerada globalmente (ej. latido cardiaco pero con muerte cerebral). El inicio de la RCP debe ser lo mas precoz posible en todo Paro cardiorrespiratorio.

Indicaciones para iniciar RCP

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:

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, lividesces 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 del paro cardiorrespiratorio, se debe iniciar la RCP.
- **¿Cuándo suspender?**

Se debe suspender la RCP en las siguientes situaciones: recuperación de la circulación sanguínea, no indicaciones de la RCP, asistolia mayor de 20 minutos sin causa reversible y agotamiento o riesgo de peligro del equipo que realiza la reanimación.



Entre otros, debería suspenderse la RCP en: conocimiento de que la misma es fútil (enfermedad irreversible), presentación de orden de no RCP, ausencia por más de 20 minutos de latido espontáneo a pesar de RCP adecuada, y en ausencia de actividad eléctrica. Se continuará siempre que persista TVSP/FV.

¡¡¡NO suspender!!!

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

Excepciones de la RCP

- Derecho de la autonomía del paciente
- ¿Testamento vital?
- La aplicación de la RCP no esta acorde con los principios de la beneficencia y No maleficencia
- Signos indiscutibles de muerte biológica (rigidez, livideces, decapitación)
- Ordenes de no reanimación: No existen posibilidades razonables de detener el proceso de muerte al ser el paro cardiorrespiratorio consecuencia de la evolución final e indiscutible de una enfermedad,
- La aplicación conlleva riesgos de: (Principio de Justicia)
 - Riesgos graves objetivos para el reanimador
 - Perjudicar a otros afectados con más posibilidades de supervivencia, ejemplo accidentes con múltiples víctimas.

Criterios para No iniciar la RCP ⁵

1. Cuando existan signos evidentes de muerte biológica (rigidez, livideces declives, decapitación) o cuando se compruebe la exteriorización masiva de tejidos intracavitarios

(vísceras torácicas o abdominales, pérdida de masa encefálica, etc.).

2. Cuando se tenga constancia fehaciente de que el paciente ha expresado su voluntad de no ser sometido a maniobras de RCP en caso de PC.
3. Cuando la PC sea consecuencia de una enfermedad crónica, debilitante y terminal.
4. Cuando la PC sea el final de un proceso agudo que ha continuado su evolución fatal pese a los esfuerzos terapéuticos instaurados.
5. Cuando la víctima de la PC se halle en situación de daño cerebral permanente e irreversible o de deterioro intelectual progresivo, conocido y limitante (estado vegetativo permanente, demencia, enfermedad de Alzheimer avanzada, etc.) y la RCP, aun efectiva, no puede revertir tal situación.
6. Cuando exista peligro para el equipo reanimador.
7. Cuando haya un retraso de más de 10 min entre el inicio de la PC y el de las maniobras de RCP.
8. La instauración de maniobras de RCP en la atención de múltiples víctimas y medios asistenciales no proporcionados en cantidad, puede representar una actitud maleficente, y un daño potencial a otros pacientes en situación de mayor recuperabilidad.
9. La PC puede presentarse de forma inesperada, o en el curso de la evolución de una situación de compromiso vital, ya existente y conocida, a largo plazo o a plazo inmediato. La decisión de no iniciar maniobras de RCP afecta, y solo debe afectar, a esta forma especial de tratamiento y a ninguna otra. No intentar la RCP (ONIR) no implica ninguna otra forma de omisión o suspensión de tratamiento. Sedación, analgesia, soporte ventilatorio, hemodinámica, depuración extrarrenal, etc., deben

ser continuados y mantenidos salvo que específicamente hayan sido limitados en una u otra forma.

10. La edad no constituye, por sí misma, ni una indicación ni una contraindicación a la RCP

Orden de NO iniciar resucitación (ONIR)

La decisión de no iniciar maniobras de RCP compete en exclusiva al responsable del equipo de reanimación, habitualmente un médico (aunque no exclusivamente)

y en su defecto a quien disponga de la mayor capacitación y experiencia entre los miembros de dicho equipo. Cualquier otra decisión independiente del facultativo teóricamente responsable directo, el asesoramiento de un experto o de un comité, o la consulta a la autoridad judicial, son inoperantes y solo pueden asociarse a retrasos y resultados indeseados⁶

Esta orden de no iniciar reanimación cardiopulmonar se basa en los siguientes criterios:



Órdenes de No Iniciar Resucitación (ONIR)

- Pacientes cuyas posibilidades de sobrevivir o mantener una calidad de vida aceptable son escasas
- Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)
- Documento legal vinculante
- ONIR: No tratamiento médico
- Implementar de forma temprana
 - Carga asistencial
 - Preparación sobre ética/final de la vida
 - Médico responsable (equipo)
 - Revaloración periódica



¿Quién debe tomar la decisión de No reanimar?

La decisión de no iniciar maniobras de RCP compete en exclusiva al responsable del equipo de reanimación, habitualmente un médico (aunque no exclusivamente) y en su defecto a quien disponga de la mayor capacitación y experiencia entre los miembros de dicho equipo. Cualquier otra decisión independiente del facultativo teóricamente responsable directo, el asesoramiento de un experto o de un comité, o la consulta a la autoridad judicial, son inoperantes y sólo pueden asociarse a retrasos y resultados

indeseados

Criterios para finalizar 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
- La reanimación haya sido efectiva, con recuperación de la circulación y respiración espontáneas

- o La Bioética médica se ha definido como la **aplicación de los principios éticos en la toma de decisiones asistenciales**, con el objeto último de mejorar la calidad de esa asistencia.

BIOETICA = CALIDAD ASISTENCIAL



RESPECTO
RESPONSABLE

HUMANIZAR LA CIENCIA



¿Quién debe decidir suspender la RCP?

Al igual que en el supuesto de la omisión, es el médico, o responsable del equipo de resucitación, quien debe tomar esa decisión tras consulta con los miembros del equipo, quienes pueden aportar otras opiniones de manera responsable y fundamentada.

Contraindicaciones de la RCP

1. Futilidad de las maniobras: presencia de signos claros de muerte (como livideces, *rigor mortis*), evolución de un proceso terminal o expectativa de vida digna altamente improbable o PCR con mas de 10 minutos de evolución (bien documentados) sin que hayan iniciado maniobras de RCP-E. La salvedad a esto son los pacientes con hipotermia/ ahogamiento e intoxicación por barbitúricos.

2. En determinadas circunstancias si existen riesgos para el equipo reanimador.¹⁰

ORTOTONASIA (Muerte digna)

- Se refiere a la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o terminal.
- Derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo 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.

...TODA PERSONA TIENE
EL DERECHO A MORIR CON
DIGNIDAD... (Ortotonasia)



La Ortotonasia es considerada como la verdadera muerte digna, significa aplicar medidas paliativas y permitir la muerte en las mejores condiciones de dignidad y calidad de vida. Para seguir con los ejemplos famosos, la ex primera dama de los Estados Unidos de Norteamérica Jacqueline Bouvier Kennedy-Onasis, después de haber lidiado con un linfoma decide salir del hospital y morir en su casa rodeada de sus libros y música preferidas, acompañada de su familia y amigos. Este caso nos hace reflexionar que la muerte nos hace a todos iguales, tener fama y dinero no evita el morir^{7,8,9}

CONCLUSIONES

Estas consideraciones éticas de la RCP, tiene como objetivo proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica ética y rutinaria de la reanimación, la atención y cuidados al final de la vida de los pacientes. La directriz se centra primordialmente en las principales intervenciones de práctica ética, toma de decisiones con respecto a la reanimación, la educación y la investigación. Estas áreas están estrechamente relacionadas con la aplicación de los principios de la bioética en la práctica de la reanimación y los cuidados al final de la vida.

REFERENCIAS

1. *Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. ERC Guidelines for resuscitation 2015. Resuscitation 2015. Online] (Accessed June 2018). Available in: URL https://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council_guidelinesresuscitation-2015-section-1-executive-summary.*
2. *Cordero-Escobar I, Soler-Morejón C de D. Principios éticos de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. Rev Mex Anestesiol, 2020; 43 (1)*
3. *Ristagno G, Tang W, Weil M. Cardiopulmonary Resuscitation: From the Beginning to the Present Day. Crit Care Clin. 2009; 25:133-51.*
4. *Torregrosa R, Hernández S, Ibor PJ, López MD, Martínez M y colaboradores. Una aproximación a las órdenes de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR). informe del comité de bioética asistencial del departamento valencia hospital general. CM de Psicobioquímica, 2018; 5: 85 -105.*
5. *American Heart Association (AHA) National Academy of Sciences-National Research Council (NAS-NRC). Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA. 1966; 198:372-9.*
6. *Monzon JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabre L, Martínez K, Arias JJ, López V, Gracia RM, Rodríguez A, k y. Masnou N. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar.*
7. *Cereceda GL. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. Rev. Med. Clin. Condes - 2011; 22(3) 369-376*
8. *Vera-Carrasco O. Conducta ética en el paro cardiorrespiratorio. En: Ética y Bioética Médica. Primera edición. Elite impresiones La Paz-Bolivia 2014*
9. *Baskett PJ. European Resuscitation Council. The Ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2005; 67 Suppl 1: 171-80*
10. *Del Nogal Saez F, Gutierrez Rodriguez J. Arribas Lopez P. Resucitacion cardiopulmonar. En: Montejo JC, Garcia de Lorenzo A, Bonet A, Manual de Medicina Intensiva. Tercera edición Madrid Elsevier 2006*