

ASPECTOS ÉTICO- LEGALES DE LA EMERGENCIA MÉDICA EXTRA-HOSPITALARIA Y HOSPITALARIA INICIAL, EL MANEJO DEL PARO CARDIORRESPIRATORIO.

Dra. Zonia Margarita Guzmán Monterroso
Intensivóloga/Internista
Hospital Roosevelt

En nuestro mundo de hoy, ya empezando el tercer milenio y en una sociedad donde a menudo se menosprecia la vida, hay quienes se reconcilian diariamente con ella cuidando enfermos, En la madrugada a gran velocidad a socorrer accidentados, a darle una palabra de aliento al moribundo, atendiendo enfermedades infecciosas y contagiosas de las cuales mucho se dice pero que habitualmente solo se ven a través de una pantalla de televisión y en el mejor de los casos a través de un vidrio. Vol 17 No. 1 pág. 7 - 20

En resumen, hay gente que todavía se "juega" la vida en función del otro, muchas veces, la mayoría de ellas, sin pedir nada a cambio. Podemos coincidir con R.O. Cummins. Está bien al decir que: "pocas veces en la práctica médica tenemos la posibilidad de salvar una vida de manera tan impactante como cuando realizamos un esfuerzo de reanimación cardiopulmonar". El paro cardíaco es quizá, el momento emocional y dramático más intenso de la vida de la persona que intenta recuperar el corazón de otra... los acontecimientos ocurren a gran velocidad y exigen una respuesta inmediata y precisa. Así, la preocupación por preservar la vida en la emergencia determinó la necesidad de un enfoque sistemático y racional a través del uso de técnicas de resucitación que brindan las bases para ofrecer el mejor cuidado posible en situaciones que generan tanta tensión en el rescatador, que a menudo altera su capacidad para actuar, en una proporción inversa a su grado de preparación y experiencia, sorprendiéndolo en una disciplina que creía dominar. Hoy vivimos a gran velocidad, con vértigo, con audacia y con temor, en un mundo que no tiene límites, y donde el tiempo de reflexión es casi nulo. Convivimos en una sociedad que todo lo

mide. Se podría pensar por lo tanto que todo tiene un valor económico, o dicho de otra manera, un "precio". Y tal vez siguiendo esta línea de pensamiento es razonable que se le ponga un valor a la muerte. Pero ¿Quién le pone precio a la vida?, o... ¿Es tan grande su valor que el precio es inmensurable? o... ¿Es que no tiene precio? ¿En nuestro econométrico-sistema cuál es la medida, que le damos a la acción de un bombero que salva la vida de un niño que ha caído en un pozo, o la de un paramédico que acciona un desfibrilador automático y desfibrila a un querido personaje que hace un paro cardíaco frente a millones de personas en televisión, o la de ese policía que fuera de servicio salva la vida con medidas básicas de sostén a esa niña que ha tenido un accidente automovilístico? Cada intento de resucitación puede generar efectos psicológicos significativos en los resucitadores y su entorno y si bien el impacto terapéutico de una RCP puede afectar solo a unos pocos, su impacto moral influirá seguramente en muchos, sobre todo en un mundo donde a menudo se menosprecia la vida. Las personas que trabajan en los sistemas de emergencia y que se encuentran cotidianamente ante situaciones donde la víctima tiene riesgo de



perder la vida o de tener lesiones incapacitantes, en donde la intervención apropiada en tiempo y forma puede prevenir y/o revertir el daño, la toma de decisiones pasa a ser un hecho crítico y vital en donde no solo está expuesta la víctima sino el rescatador. El personal que trabaja en este campo debe estar muy bien sistematizado, con experiencia y sentido común que le permitan efectuar "acciones eficaces rápidas y controladas" y significa, "siempre", un compromiso del lado de la vida y no debe evitarse su práctica por temor al resultado negativo y/o lo que surja de él en relación a los reclamos legales. Un paradigma de la emergencia es la muerte súbita, inesperada o brusca y muchas veces se le confiere un temor casi mítico; la palabra muerte representa para algunos una parte de sus vidas, mientras que para otros es conceptualmente el final de la misma. Al mismo tiempo y como señal denegación o simplemente por formar presentarse en los grupo más jóvenes, en donde la muerte no está dentro de sus planes, no se piensa en ella (o no se quiere pensar), condicionando potencialmente un estado de indefensión al no estructurar mecanismos de prevención. La muerte súbita, en la cual se produce el cese de las funciones vitales en un aparente estado de salud y que la OMS define como la muerte que ocurre dentro de las 24 horas del comienzo de una enfermedad (aunque la muerte súbita cardíaca generalmente ocurre en forma instantánea o dentro de las primeras dos horas del inicio de los síntomas) genera, como respuesta, un conjunto de acciones que se ejecutan y que se basan en el conocimiento científico y que son aplicadas con arte, sensatez y compasión, la resucitación cardiopulmonar.

Definir la muerte es factible, pero explicarla

puede resultar imposible o casi imposible aunque sí le podemos dar un sentido, sentido que se apoya en la esperanza que asoma en el momento en que el hombre le da trascendencia a la muerte. La relación entre la vida y la muerte es única, irrepetible, personal e íntima. Aristóteles decía que: "los muertos tienen vida, y que la vida de los muertos está en la memoria de los vivos". Borges reflexionaba: "moriré el día que muera el último de mis amigos"... (1) Para poder ejecutar estas acciones como corresponde es necesario que el personal de emergencia esté correctamente entrenado, debiendo conocer completamente todos los recursos que disponen desde lo técnico-científico y desde lo humanístico, imprescindible para actuar dentro de un marco ético apropiado. La resucitación exitosa, en muchos casos, ha llevado a un aumento de los años de vida ganados; en muchos casos se agrega beneficio para la persona y felicidad para sus familiares y en otros, los esfuerzos de la resucitación en lugar de prolongar la vida, han prolongado la agonía y el sufrimiento llegando a tener como resultado otra tragedia que toma ribetes sociales, más allá de los personales, el estado vegetativo persistente. Los esfuerzos de la resucitación son finalmente infructuosos pues entre el 70-95% de los casos la muerte es inevitable aunque en algunas series, en paros presenciados extra hospitalarios, la sobrevivencia inicial puede llegar al 78 % y la mitad vuelve a la vida social sin secuelas invalidantes. (2, 3)

Un enfermo es un ser humano de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña, es el beneficiario de nuestros esfuerzos y nuestra razón de vivir. (4) Sin duda, hoy, en el tercer milenio aquellos que están en situación aguda grave tienen más posibilidades de supervivencia que hace tres o cuatro décadas y son estas circunstancias positivas las que



plantean una serie de dilemas en la esfera ética; dilemas que refieren al conflicto de interés entre los diferentes principios bioéticos (beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia). A veces las decisiones pueden tomarse de antemano, pero a menudo se toman en los primeros minutos y durante la emergencia, por lo que resulta importante que los rescatadores conozcan los principios éticos y legales involucrados antes de exponerse a situaciones en donde debe tomarse una decisión inmediata y responsable. "El capital más importante es el hombre y su formación debe orientarse a la capacitación para introducir la excepción a la norma cuando la situación lo requiera y sea imposible la consulta con la autoridad superior". (San Ignacio de Loyola -S. XV-)

Se requieren determinados argumentos éticos para asegurar que la decisión de suspender la RCP o la de "no reanimar" sea la apropiada para que los pacientes y/o su familia perciban un tratamiento digno y estas decisiones pueden estar influenciadas por factores culturales, legales, religiosos, sociales, económicos, etc. (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Los dilemas éticos que se refieren al conflicto de interés entre los diferentes principios bioéticos son: beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia. (14) Beneficencia y no maleficencia: la beneficencia implica que los rescatadores deben proporcionar beneficio con valoración de los riesgos. En la RCP, normalmente involucra el intento de resucitación, aunque en ocasiones significará la suspensión. La beneficencia puede incluir también la respuesta a las necesidades globales de la comunidad (por ejemplo establecer los programas de acceso público a la desfibrilación. La no maleficencia implica el "no dañar".

La RCP no debe intentarse en los casos fútiles,

ni cuando está contra los deseos expresos del paciente competente. Los procedimientos contraindicados no pueden ni deben realizarse ni aun con consentimiento del paciente, los procedimientos inútiles o fútiles son considerados dentro de este grupo.

Los procedimientos indicados debieran incorporarse luego de tener una aceptación del paciente a través del consentimiento debidamente informado o consentimiento válido en el marco de la veracidad razonablemente plena.

Dicho de otra manera decirle al paciente lo que se le va a realizar, explicándole los riesgos razonables y los alcances del procedimiento.

La justicia implica un deber para extender los beneficios al paciente individual y/o a la comunidad. La RCP, como recurso, debe proporcionarse y estar disponible para todos aquellos que se beneficiarán de ella, dentro de las posibilidades.

En el marco de la indicación no es razonable pedirle al estado que financie indicaciones inútiles dado que los recursos o medios, habitualmente son finitos y escasos y en muchas situaciones debe ofrecerse y aplicarse de tal forma que se respeten los principios de equidad.

La justicia distributiva adquiere un valor determinante en esta época de escasez de recursos sobre todo en países desarrollados. En otros lugares, de menores recursos económicos, humanos y/o técnicos y al tener otras prioridades o necesidades, muchos de estos dilemas no suelen presentarse.

Autonomía: se considera apropiado que si un paciente es competente y está debidamente informado-consentimiento válido-tiene derecho moral y legal de consentir o rehusar las intervenciones médicas recomendadas, incluyendo la RCP.

Desde una perspectiva religiosa, la vida es el bien fundamental de la persona y condición



previa para el disfrute de los demás bienes.

La vida no puede estar subordinada a ningún otro valor aunque debemos reflexionar sobre el hecho que no todos los procedimientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos para el paciente como persona.

En algunas sociedades se está implementando un modelo mixto o de alianza, donde trata de privar el sentido común, el bien común, los deseos del paciente, la dignidad de la persona y el consejo profesional. Para esto se requiere que el paciente este adecuadamente informado, sea libre de presiones indebidas, sea competente y que haya consistencia en sus preferencias.

Como en la mayoría de las intervenciones médicas, el médico tiene una obligación de medios y no de resultados pero dichos medios deben estar claramente consignados en la historia clínica como para dar prueba fehaciente de lo realizado. La ausencia de una historia clínica o una historia clínica ilegible o de difícil comprensión puede ser considerada por algún magistrado como un ocultamiento de prueba o una falta de colaboración y aunque esto no tenga nada que ver con la realidad lleva a lo que se conoce como inversión de la carga probatoria en donde el profesional debe demostrar su inocencia, mientras que de la otra manera se debe demostrar la culpa. Es en estos casos donde lo ético y lo legal corren casi por la misma cuerda. Hay otras circunstancias en donde, independientemente de los medios otorgados, que incluso pueden ser requeridos y con un claro principio de beneficencia, la mala relación generada en el entorno (médico-paciente, médico-pariente o médico-médico) puede llevar a un conflicto legal a pesar de no haberse violado ningún principio. Muchas veces los principios éticos entran en

conflicto entre sí, sin que haya un modelo de responsabilidad único y absoluto.

Es importante por lo tanto que el médico se apoye en virtudes como el respeto, la honestidad, el tacto, la discreción, la compasión, la simpatía y la tolerancia.

Es posible establecer una jerarquía entre los cuatro principios:

En el Nivel A o mínimo ético o criterios duros, podemos ubicar al principio de no maleficencia y justicia. Estos son siempre exigibles legalmente.

El Nivel B de máximos morales que se ofertan pero no se exigen, incluye a los principios de autonomía y beneficencia.

Posiblemente muchos preferirían no sufrir la indignidad de la RCP fútil o inútil en la fase de fracaso multiorgánico de una enfermedad sin posibilidades de reversión o sin causa reversible, aunque habría que valorar el esfuerzo de resucitación cuando exista una fibrilación ventricular que ocurra en asociación con una causa cardíaca primaria remediable y no terminal.

Los individuos no tienen la obligación de aceptar medios desproporcionados para preservar su vida, y todos los que tienen la tarea de proporcionar los medios deben hacerse ciertas preguntas:

1. ¿Hay razonable confianza de éxito a través de los juicios clínicos y/o a través de los métodos complementarios de diagnóstico o tratamiento?
2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida esperada desde la perspectiva del paciente?
3. ¿Qué tiempo de supervivencia puede estimarse en relación a la patología de base, al tiempo de asistencia y al nivel asistencial (recursos humanos y técnicos)?
4. ¿Qué complicaciones mayores



pueden surgir de los procedimientos empleados?

Todas estas situaciones, que no son más que algunas pocas de las que se presentan diariamente en un servicio de emergencias, pueden agruparse en torno a dos ejes:

- a. Racionalización- racionamiento: este binomio público se relaciona con los principios de justicia y no maleficencia. La racionalización se puede transpolar a indicación, contraindicación, selección y adjudicación de recursos.
- b. Selección-elección: este binomio es fundamental por ser el binomio privado. La elección la hace el paciente y hay que respetar sus decisiones sobre todo cuando se halla en situaciones vitales de pronóstico muy comprometido como:

Órdenes de no RCP- órdenes parciales-nombramiento de representantes. La selección la realiza el médico en base a su criterio, que debe englobar siempre una serie de variables como: experiencias previas (de primera o segunda mano), conocimientos adquiridos, Procedimientos avalados por Instituciones competentes, el escenario en el cual se maneja y, por supuesto, consenso o aceptación por parte del paciente.

La Reanimación Cardiopulmonar y los cuidados del paciente crítico tienen los mismos objetivos que todas las otras intervenciones médicas: preservar o restituir la salud, aliviar el sufrimiento y limitar la discapacidad y tienen otra meta adicional que es la de revertir parada cardíaca (no pulso, no respiración y apnea) o la de mantener vitalidad tisular en la muerte clínica, la cual adquiere cada vez más importancia en la donación de órganos y tejidos a corazón parado y en la recepción en "urgencia cero".

El manejo del paro cardíaco o de los pacientes

muy graves con riesgo de vida en las unidades de cuidados críticos constituyen un marco paradigmático donde confluyen controversias como "el qué hacer" a veces rotulado, injustamente, como una práctica generadora de deshumanización o "el no hacer", a veces cuestionado o sospechado como negligencia o abandono de persona.

Todas estas situaciones justifican la discusión o la reflexión en torno a la muerte y al análisis de los principios éticos; la atención e intervención de los pacientes críticos crece entonces paralelamente a la Bioética. En estos últimos 20 años la "muerte natural" comienza a perder su papel protagónico, sustituyéndose, en muchos casos, por la muerte intervenida; la muerte institucional va suplantando lenta y progresivamente a la muerte en el hogar. (16)

En todos los casos donde el diagnóstico de muerte clínica o la parada cardíaca sea inequívoca y donde se estime a la luz del conocimiento científico que el tiempo de paro no es lo suficientemente largó para transformar la RCP en un procedimiento inútil, deben comenzarse las medidas de soporte vital. Si hubiese elementos que sugieran que la RCP es un procedimiento inútil (RCP fútil) no deben comenzarse las maniobras.

Hay casos donde ya sea a través de criterios clínicos o de laboratorio existe una duda razonable en cuanto a la certeza de muerte o de reversión del cuadro; en otros son los conflictos éticos que pueden generar duda en el rescatador en cuanto a si debe comenzar o no las maniobras. En estos casos de duda se sugiere inicialmente comenzar las medidas de RCP.

2-Cuándo no resucitar: Considerando que los pacientes tienen derecho para negarse al tratamiento, aunque esto no les da derecho para exigir un tratamiento en cualquier



circunstancia (incluye a la RCP). La RCP, entonces, se realizará cuando sea probable el beneficio, independientemente que se pueda obtener una segunda opinión cuando ésta decisión importante pone en riesgo los propios valores y principios del rescatador o de la víctima o cuando la cantidad o calidad de los recursos disponibles pueda influenciar en la decisión. (17)

La no RCP puede implicar una decisión de negar de inicio o de terminar y si bien pueden ser distintas en relación al escenario, al entorno directo y obviamente al momento, desde el punto de vista legal y ético son equiparables. ¿Decisión de negar de inicio 1) Hay condiciones médicas que hacen de la RCP un procedimiento inútil o fútil lo cual ¿ está basado en un juicio de valor médico que considera que la posibilidad de éxito con relación a alcanzar la meta propuesta es cercana a cero, no existiendo posibilidad razonable de revertir la pérdida definitiva de las funciones mentales superiores (no existe esperanza razonable de beneficio). Definir en estos casos la inutilidad del procedimiento justifica por sí sola la decisión médica unilateral de negar o terminar. Si bien se considera un procedimiento fútil cuando el criterio clínico supone que el porcentaje de éxito en la resucitación es cercano a cero y que las maniobras de RCP no aportarán ningún beneficio probable en lo que se refiere a prolongar vida con una calidad de vida "aceptable", existe un problema en relación a los predictores de mortalidad o sobrevida luego de la RCP que no han probado ser variables independientes con valor predictivo suficiente, salvo el fracaso multiorgánico final y sin la causa reversible. (18, 19, 20, 21) Además los estudios sobre RCP dependen, particularmente de los tiempos (tiempo a la RCP; tiempo a la desfibrilación, etc.) Inevitablemente hay que plantear líneas o

juicios aunque se sepa que existirán áreas grises motivadas por la subjetividad en el diagnóstico de los pacientes con la insuficiencia cardíaca, compromiso respiratorio severo, asfixia, trauma, lesión cefálica, enfermedad neurológica, etc. Por un lado la edad del paciente influye en los médicos a la hora de decidir la RCP. La edad (en los pacientes añosos, que frecuentemente tienen asociados otras enfermedades -mayor comorbilidad-) puede interferir o modular la decisión de la RCP, a pesar de ser un predictor de seguimiento relativamente débil.

En los casos donde se defina hacer una orden de NO RCP es vital el dialogo sereno, prolongado y afectuoso con la familia e incluso con el paciente tratando la situación con mucho tacto y compasión. Esta situación y una serie de recomendaciones que se desprenden de la misma se ha dado en llamar "manejo de la muerte anunciada" que incluye:

- a) Evaluar todas las medidas de confort, higiene y contención que el paciente requiere para mejorar su calidad de vida.
- b) Control del dolor, tratando en la medida de lo posible que el paciente este consciente y rodeado de sus afectos.
- c) Educar al entorno con relación al trato que debe darse al personal sanitario a cargo del paciente, en que tiempos se deben manejar las distintas alternativas, inclusive el PCR, esto incluye enfermeras, médicos, psicoterapeutas y sistemas de emergencia. Es importante no transformar algo esperado y que debe ser aceptado con serenidad en una emergencia.
- d) Reflexionar en conjunto sobre las medidas a tomar luego de ocurrida la



muerte como las acciones funerarias y legales (certificación de muerte).

- e) Manejo psicosocial individual y grupal (ayudar a comenzar el duelo). Todos estos detalles de alta significación modifican el concepto de "no hay nada que tratar" por el de "hay mucho por hacer".

La orden de NO RCP requiere del médico que priorice el consentimiento debidamente informado o válido, la veracidad razonablemente plena en términos de posibilidades ciertas y por ende al revelar información confidencial. Dicha confidencialidad involucra a la condición, diagnóstico y pronóstico; alternativas de una muerte probable y naturaleza, alcance y estimación razonable de éxito o complicaciones de la RCP.

En muchos países si existe Orden de NO Resucitación (ONR) O "Do Not Attempt Resuscitation" (DNAR) no se realiza RCP aunque las otras medidas deben continuarse, particularmente el alivio de dolor y la sedación. La ventilación, la oxigenoterapia, la nutrición, los antibióticos, fluidos y vasopresores también deben ser continuadas si se considera que contribuyen a la calidad de vida; de no ser así se puede plantear la necesidad de no continuar, de comenzar o de reiniciar cualquier tratamiento, el cual debe especificarse independientemente de las órdenes de ONR o DNAR.

La ONR, durante muchos años y en muchos países era indicada solo por los médicos, y a menudo sin consultar con el paciente, con los parientes o con los otros profesionales de la salud. Esta decisión, por cierto significativa, debe estar tomada por el médico de mayor "rango" a cargo del equipo de resucitación o por el médico del paciente, luego de una evaluación apropiada.

Las decisiones que pueden tomar los CHE

(Comité Hospitalarios de Ética) no son apropiadas en estos casos y se requiere que el personal que trabaja en estas situaciones tenga el entrenamiento adecuado y la experiencia necesaria para tener base sólida en su juicio. Las decisiones que puedan surgir de las autoridades en bioética o en lo legal estarán sesgadas con el retraso en el tiempo y por incertidumbres propias al no estar presentes en esas situaciones críticas, dado que lo contextual juega un papel importante. En cambio pueden desarrollar guías sugerentes que ayuden en los casos conflictivos para la toma de decisiones o bien para actuar como organismo consultor y emitir una opinión no vinculante a pedido del médico tratante, particularmente si hay un sistema legal hostil y solo debe investigar cuando hay diferencias irreconciliables entre las partes comprometidas en especial en los casos dificultosos. (24,25)

Aunque la última decisión para la ONR debe tomarse por aquel médico a cargo del paciente, el que está a cargo o el de mayor conocimiento, puede a su vez consultar a otros antes de tomar la decisión. Al seguir el principio de autonomía debe ser prudente, para poder determinar los deseos del paciente sobre los esfuerzos de la RCP. Esto conviene hacerlo de antemano, cuando el paciente es competente y puede recibir una información plena.

Las opiniones giran alrededor de si tales discusiones deben ocurrir rutinariamente para cada admisión hospitalaria (qué podría causar una alarma imprudente en la mayoría de casos) o sólo si el diagnóstico de una condición potencialmente que amenaza la vida del paciente es fundamento para tal actitud (sobre todo cuando el paciente está expuesto a que su enfermedad sea lo suficientemente grave para hacerle perder un juicio equilibrado).



El médico debe presentar al paciente los hechos de tal manera que no haya dudas en cuanto al diagnóstico y al pronóstico e incluso es bueno buscar una segunda o tercera opinión. Es vital que el médico no permita que sus propios principios o valores interfieran o tuerzan la valoración de la situación y condicionen la respuesta del paciente. La opinión del paciente debe prevalecer y esto debe ser considerado como esencial antes de que el médico hable con los familiares íntimos y dado que ellos pueden influir la decisión médica debe quedar claro que independientemente de todo, la última decisión será del médico; es injusto e irrazonable poner toda la carga en la decisión del pariente.

Una vez que la decisión está tomada, esta se debe comunicar en forma clara y fehaciente a todos aquellos que pueden estar involucrados (paciente, parientes, equipo de salud de guardia).

La decisión y las razones que la definen deben quedar registradas en la historia clínica o en documentos especialmente diseñados que deben ser puestos en un lugar de prominencia en las notas del paciente. (26) Si bien "la vida es sagrada", y ciertamente que esto es así, también es muy importante la "calidad de vida", concepto que se basa en la posibilidad de poder vivir dignamente y con sentido y que la define el paciente.

Podríamos decir que una vez determinada la irreversibilidad del cuadro y en las condiciones predichas, el dejar morir en un entorno digno puede considerarse factible y ético. Prolongar los cuidados intensivos podría resultar no digno para el paciente (distanasia). Podría considerarse no apropiado prolongar la agonía en vez de prolongar la vida.

En algunos casos podría existir una "aparente" contradicción si hubiese una

orden de NO RCP en un donante. Sería prudente, siempre en este contexto, evaluar la posibilidad de suspender temporariamente la orden de no RCP.

Con relación a estas cuestiones siguen existiendo interrogantes que dificulta la toma de decisión (por ejemplo):

- a) ¿Hasta qué punto son 100% confiables los métodos pronósticos para determinar la muerte cerebral en las primeras 48 horas de un post-paro o para determinar a partir de allí la decisión de no RCP?
- b) ¿Quién debe tomar en todos los casos la decisión y quién sería el representante más adecuado?;
- c) ¿Quién y cómo se deben distribuir los recursos finitos en el marco de la equidad?

Los días en el cual se podía emprender cualquier procedimiento sin consentimiento se están terminando y es quizás ahora el momento adecuado para montar una campaña de medios seria y responsable para exhortar a la gente a otorgar el permiso necesario como se hace en el trasplante de órganos. Se aconseja que los profesionales se entrenen en las normas y políticas sanitarias con respecto a este problema.

Ante la muerte hay desamparo y las malas noticias que el médico tiene que dar a los familiares es una tarea poco envidiable. Este es un momento que el familiar recordará para siempre, por lo que es muy importante hacerlo correctamente y con tanta sensibilidad como sea posible y rara vez se enseña esto en las escuelas de medicina.

Los parientes deben ser avisados lo más pronto posible y este aviso debiera no ser a través del teléfono a menos que la distancia y el viaje sea prolongado. En general se puede decir que el cuadro es crítico y que deben concurrir al hospital en donde, luego, se le



darán las explicaciones cara a cara. Es bueno sugerir a los parientes que le pidan a un amigo que manejen hasta el hospital, aclarando que vengán despacio pues nada se ganará manejando rápido.

Cuando los parientes llegan deben ser recibidos y saludados inmediatamente por un miembro competente del hospital para dar las explicaciones pertinentes, Conviene que quien transmita las malas noticias sea el médico a cargo del paciente de mayor rango posible en ese momento.

El ambiente en dónde se dan las noticias malas es sumamente importante; debe ser cómodo, confortable, con acceso libre a un teléfono y se deben seguir ciertos principios básicos para evitar errores e incomodidades:

1. Asegúrese de los hechos y detalles del caso.
2. Asegúrese de saber con quién está hablando.
3. Asegúrese de ser entendido perfectamente. Utilice un lenguaje verbal y corporal adecuado a la situación y a la cultura predominante del familiar: siéntese al mismo nivel del familiar y no se ponga de pie cuando ellos se sientan o viceversa.
4. Asegúrese llevar ropa limpia y prolija (que tenga manchas de sangre no es bueno).
5. No dé la impresión que está ocupado o apurado.
6. No deje ningún lugar a dudas de que el paciente ha muerto. Evite los eufemismos, sea compasivo y aunque mantenga la suavidad sea firme. Aunque sea duro debe emplear las frases como "se ha muerto" (por ej. "lo siento mucho pero debo decirles que su padre ha muerto"). Las expresiones de "nos dejó o se ha ido" pueden, eventualmente dar lugar a

desentendidos que no son buenos.

7. Las frases definitorias como las anteriores debe incorporarlas en el momento adecuado, sobre todo cuando dentro de la explicación, los familiares preguntan.
8. De acuerdo a la cultura del paciente y de la familia puede ser apropiado tener un acercamiento físico como sostener las manos, poner un brazo en el hombro, dar un abrazo de contención aunque las personas y las costumbres varían y debemos ser consientes de esto.
9. No se avergüence si usted mismo vierte una lágrima.
10. De tiempo para que las malas noticias sean asimiladas por los parientes; las reacciones pueden variar, incluyendo: sensación de alivio ("me alegro que no sufra más" o "eso era lo que él quería"); culpa, no aceptación, rechazo o incredulidad ("no entiendo como paso esto, era demasiado joven para morir"; "mira lo que me has hecho, nunca te lo voy a perdonar, me dejaste sola"; "si lo hubiese cuidado mejor esto no hubiera pasado"); furia, indignación o rebeldía ("por qué dejaron que pasara esto si yo lo traje inmediatamente, no me de ninguna explicación, es incomprensible"; "por qué la ambulancia tardo tanto?"; "claro si el médico era tan joven que no sabía lo que estaba haciendo"); gritos ingobernables, llanto y angustia incoercible o inexpresividad extrema.
11. Intente tranquilizar a la familia y apuntando a que ellos hicieron todo correctamente como pedir ayuda, llegar al hospital, etc. y que incluso en estas circunstancias muchas veces es



- difícil revertir la situación.
12. Luego de las explicaciones pregunte a los familiares si quieren hacer preguntas o plantear cuestiones o dudas sobre la condición médica, el tratamiento dado o el desenlace. Conviene que esto sea planteado posteriormente, cuando la familia ya haya recibido la información y haya tenido algún tiempo para asimilar la mala noticia.
 13. Es necesario plantear las cosas desde la veracidad, pero como el límite de la verdad puede ser la prudencia, una conducta sabia pudiera ser no transmitir la presencia de dolor físico e intentar plantear siempre que el paciente, previamente al desenlace "no sufrió".
 14. En la mayoría de casos el familiar deseará ver el cuerpo. Es importante que el cuerpo y la ropa de cama este limpia y todos los tubos y cánulas no estén insertadas, a menos que se requieran para exámenes post mortem. La imagen del cuerpo dejará una impresión en el pariente que durará para siempre. Si se plantea solicitar un examen post-mortem, esto debe hacerse con suma prudencia, tacto y sensibilidad, aclarando que el examen hecho por un patólogo profesional ayudará determinar la causa precisa de muerte.
 15. Siempre que sea posible hay que avisar inmediatamente por el teléfono o personalmente a los familiares y al médico de cabecera para que ellos puedan dar el apoyo al resto de los parientes. Aunque aparentemente el personal parece estar poco afectado por la muerte de un paciente en el curso de su guardia,

esto puede no ser así y su trabajo puede ser afectado adversamente por sentimientos de culpa o fracaso. Una charla informal en un café puede ser eficaz en muchos casos y debe explicarse que el dolor después de la muerte de un paciente puede ser una reacción normal frente a una situación anormal.

Conclusiones

Los problemas de la RCP y el manejo de los pacientes en estado terminal son dependientes de múltiples variables que abarcan múltiples factores en donde se ven involucrados aspectos éticos, religiosos, legales y personales. Para poder ejecutar estas acciones como corresponde es necesario que el personal de emergencia esté correctamente entrenado, debiendo conocer completamente todos los recursos que disponen desde lo técnico-científico y desde lo humanístico, imprescindible para actuar dentro de un marco ético apropiado. Sin embargo el personal que trabaja en este campo debe estar muy bien sistematizado, con experiencia y sentido común que le permitan efectuar "acciones eficaces rápidas y controladas" Es vital que el médico no permita que sus propios principios o valores interfieran o tuerzan la valoración de la situación y condicionen la respuesta del paciente. Una vez que la decisión está tomada, esta se debe comunicar en forma clara y fehaciente a todos aquellos que pueden estar involucrados (paciente, parientes, equipo de salud de guardia). Si bien "la vida es sagrada", y ciertamente que esto es así, también es muy importante la "calidad de vida", concepto que se basa en la posibilidad de poder vivir dignamente y con sentido y que la define el paciente. En el marco de la indicación no es razonable pedirle al estado



que financie indicaciones inútiles dado que los recursos o medios, habitualmente son finitos y escasos y en muchas situaciones debe ofrecerse y aplicarse de tal forma que se respeten los principios de equidad. Aunque la última decisión para la ONR debe tomarse por aquel médico a cargo del paciente, el que está

a cargo o el de mayor conocimiento, puede a su vez consultar a otros antes de tomar la decisión. Además dentro del marco legal deberá dejarse bien explícito en la historia clínica la conducta aplicada.

Muchas veces nos queda la sensación de estar comenzando el libro por el epílogo.

Bibliografía

- 1- Manlio, Francisco; Ética médica frente al paciente crítico. Editorial. La Gaceta del CINDIM. Marzo de 1994. Vol.2.No1.1-3.
- 2- Peter J.F. Baskett, Petter A. Steen, Leo Bossaert The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation (2005) 67S1, S171-S180. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005
- 3- Corsiglia, D & col. Emergencias Extra hospitalarias. Muerte Súbita Cardíaca. Presentación en la Sección Científica de la Sociedad de Cardiología de La Plata 1985.
- 4- Unamuno, Miguel; La vida literaria. Ed. Espasa-Calpe. Madrid.1977
- 5- Sprung C, Cohen S, Sjkovist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA 2003; 290:790-7.
- 6- Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Kreibeck H, Astrom S. Decision-making in the treatment of elderly people: a crosscultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. Scand J Caring Sci 2002; 16:149-56.
- 7- Da Costa DE, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do not resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002; 86:F115-9.
- 8- Ho NK. Decision-making: initiation and withdrawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. Singapore Med J 2001; 42:402-5.
- 9- Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. J Med Ethics 2001; 27:186-91.
- 10- Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. EURONIC Study Group. Lancet 2000; 355:2112-8.
- 11- Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. Nurs Ethics 1998; 5:218-27.
- 12- Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context. A Chinese example. West J Med 1992; 157:323-7.
- 13- Edgren E. The ethics of resuscitation; differences between Europe and the USA-Europe should not adopt American guidelines without debate. Resuscitation 1992; 23:85-9.
- 14- Beauchamp TL, Childress J, editors. Principles of biomedical ethics. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- 15- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended at the 29th, 35th, 41st, 48th, and 52nd WMA Assemblies. Geneva, 1964.
- 16- Maglio, Francisco; Ética médica frente al paciente crítico. Editorial. La Gaceta del CINDIM. Marzo de 1994. Vol.2.No1.1-3.
- 17- Aasland O, Forde R, Steen P. Medical end-of-life decisions in Norway. Resuscitation 2003; 57:312-3.
- 18- Danciu SC, Klein L, Hussein MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. Resuscitation 2004; 62:35-42.
- 19- Dautzenberg PL, Broekman TC, Hooyer C, Schonwetter RS, Duursma SA. Review: patient-related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. Age Ageing 1993; 22:464-75.
- 20- Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT.

- Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2004; 63:145-55.
- 21- Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Young M, Angquist KA, Holmberg S. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004; 90:1114-8.
 - 22- Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Angquist KA, Young M, Holmberg S. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *Am Heart J* 2005; 149:61-6.
 - 23- Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992; 34:551-8.
 - 24- Hillman K, Parr M, Flabouris A, Bishop G, Stewart A. Redefining in-hospital resuscitation: the concept of the medical emergency team. *Resuscitation* 2001; 48:105-10.
 - 25- The MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365:2091-7.
 - 26- Sovik O, Naess AC. Incidence and content of written guidelines for "do not resuscitate" orders. Survey at six different somatic hospitals in Oslo. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117:4206-9.
 - 27- Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004; 62:267-73.
 - 28- Bonnin M, Pepe P, Kimball K, Clark Jr P. Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA* 1993; 270:1457-62.
 - 29- Kellermann AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA* 1993; 270:1433-6.
 - 30- Naess A, Steen E, Steen P. Ethics in treatment decisions during out-of-hospital resuscitation. *Resuscitation*.1997; 35:245-56. Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. Newsletter 1996 and 2001. Royal College of Physicians: London.
 - 31- Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987; 16:673-5.
 - 32- Adams S, Whitlock M, Higgs R, Bloom.eld P, Baskett P. Should relatives be allowed to watch resuscitation? *BMJ*. 1994; 308: 1687-92.
 - 33- Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs* 1992; 18:104-6.
 - 34- ooke MW. I desperately needed to see my son. *BMJ* 1991; 302:1023. Gregory CM. I should have been with Lisa as she died. *Accid Emerg Nurs* 1995; 3:136-8.
 - 35- Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999; 34:70-4.
 - 36- Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med* 2002;40:193-205.
 - 37- Martin J. Rethinking traditional thoughts. *J Emerg Nurs* 1991; 17:67-8.
 - 38- Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998; 352:614-7.
 - 39- Baskett PJF. The ethics of resuscitation. In: Colquhoun MC, Handley AJ, Evans TR, editors. *The ABC of resuscitation*. 5th ed. London: BMJ Publishing Group; 2004.
 - 40- Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32:2323-8.
 - 41- Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of400 parents. *Ann Emerg Med* 1999; 34:70-4.
 - 42- Bauchner H, Vinci R, Waring C. Pediatric procedures: do parents want to watch? *Pediatrics* 1989; 84:907-9.
 - 43- Bauchner H, Waring C, Vinci R. Parental presence during procedures in an emergency room: results from 50 observations. *Pediatrics* 1991; 87:544-8.



- 44- Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1996; 98:861-7.
- 45- Merritt KA, Sargent JR, Osborn LM. Attitudes regarding parental presence during medical procedures. *Am J Dis Child* 1990; 144:270—1. 183.
- 46- Sacchetti A, Lichenstein R, Carraccio CA, Harris RH. Family member presence during pediatric emergency department procedures. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12:268-71.
- 47- Taylor N, Bonilla L, Silver P, Sagy M. Pediatric procedure: do parents want to be present? *Crit Care Med* 1996; 24:131.
- 48- Beckman AW, Sloan BK, Moore GP, et al. Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. *Acad Emerg Med*. 2002; 9:154-8.
- 49- Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. *Emergency Nurses Association. J Trauma* 2000; 48:1015-22 [discussion 23-4].
- 50- McClenathan BM, Torrington KG, Uyehara CF. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of US and international critical care professionals. *Chest* 2002; 122:2204-11.
- 51- O'Brien M, Creamer K, Hill E, Welham J. Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses, and residents. *Pediatr Emerg Care* 2002; 18: 409-13.
- 52- Resuscitation Council (UK) Project Team. Should relatives witness resuscitation? London, UK: Resuscitation Council; 1996.
- 53- Morag RM, DeSouza S, Steen PA, et al. Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med* 2005; 165:92-6.
- 54- US Department of Health and Human Services. Protection of human subjects: informed consent and waiver of informed consent requirements in certain emergency circumstances. In: 61 Federal Register 51528 (1996) codified at CFR #50.24 and #46.408; 1996.
- 55- Fontaine N, Rosengren B. Directive/20/EC of the European Parliament and Council of 4th April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of trials on medical products for human use. *Off J Eur Commun* 2001; 121:34-44.
- 56- Lemaire F, Bion J, Blanco J, et al. The European Union Directive on Clinical Research: present status of implementation in EU member states' legislations with regard to the incompetent patient. *Intensive Care Med* 2005; 31: 476-9.
- 57- Nichol G, Huszti E, Rokosh J, Dumbrell A, McGowan J, Becker L. Impact of informed consent requirements on cardiac arrest research in the United States: exception from consent or from research? *Resuscitation* 2004; 62:3-23.
- 58- Mosesso Jr VN, Brown LH, Greene HL, et al. Conducting research using the emergency exception from informed consent: the public access debrillation (PAD) trial experience. *Resuscitation* 2004; 61:29-36.
- 59- Sterz F, Singer EA, Bottiger B, et al. A serious threat to evidence based resuscitation within the European Union. *Resuscitation* 2002; 53:237-8.
- 60- Sabatino CP. Survey of state EMS-DNR laws and protocols. *J Law Med Ethics* 1999; 27:297-315.
- 61- Bunch TJ, White RD, Gersh BJ, et al. Long-term outcomes of out-of-hospital cardiac arrest after successful early debrillation. *N Engl J Med* 2003; 348:2626-33.
- 62- de Vos R, de Haes HC, Koster RW, de Haan RJ. Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med* 1999; 159:249-54.
- 63- Hugo S, Borner Rodriguez E, Kummer-Bangerter A, Schuppel R, Von Planta M. Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2002; 53: 7-13.
- 64- Saner H, Borner Rodriguez E, Kummer-Bangerter A, Schuppel R, von Planta M. Quality of life in long-term survivors



- of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2002; 53:7-13.
- 65- Sauve MJ. Long-term physical functioning and psychosocial adjustment in survivors of sudden cardiac death. *Heart Lung* 1995; 24:133-44.
- 66- Hsu JW, Madsen CD, Callahan ML. Quality-of-life and formal functional testing of survivors of out-of-hospital cardiac arrest correlates poorly with traditional neurologic outcome scales. *Ann Emerg Med* 1996; 28:597-605.
- 67- Bertini G, Giglioli C, Giovannini F, et al. Neuropsychological outcome of survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *J. Emerg Med* 1990; 8:407-12.
- 68- Eisenburger P, List M, Schorkhuber W, Walker R, Sterz F, Laggner AN. Long-term cardiac arrest survivors of the Vienna emergency medical service. *Resuscitation* 1998; 38:137-43.
- 69- Graves JR, Herlitz J, Bang A, et al. Survivors of out of hospital cardiac arrest: their prognosis, longevity and functional status. *Resuscitation* 1997; 35:117-21.
- 70- Kuilman M, Bleeker JK, Hartman JA, Simoons ML. Long term survival after out-of-hospital cardiac arrest: an 8-year follow-up. *Resuscitation* 1999; 41:25-31.
- 71- Polo V, Ardeleani G, Pistone G, et al. 3-year survival and quality of life after out-of-hospital heart arrest. *Ann Ital Med Int* 2000; 15:255-62.
- 72- Kamphuis HC, De Leeuw JR, Derksen R, Hauer R, Winnubst JA. A 12-month quality of life assessment of cardiac arrest survivors treated with or without an implantable cardioverter defibrillator. *Europace* 2002; 4:417-25.
- 73- Motzer SU, Stewart BJ. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Res Nurs Health* 1996; 19:287-98.
- 74- Nunes B, Pais J, García R, Magalhaes Z, Granja C, Silva MC. Cardiac arrest: long-term cognitive and imaging analysis. *Resuscitation* 2003; 57:287-97.
- 75- Paniagua D, Lopez-Jimenez F, Londono J, Mangione C, Fleischmann K, Lamas G. Outcome and cost-effectiveness of cardiopulmonary resuscitation after in-hospital cardiac arrest in octogenarians. *Cardiology* 2002; 97:6-11.
- 76- Roewer N, Kloss T, Puschel K. Long-term result and quality of life following preclinical cardiopulmonary resuscitation. *Anesthesie Intensivtherapie Notfallmedizin* 1985; 20:244-50.
- 77- Guerot E, Deye N, Diehl JL, Iftimovici E, Rezgui MN, Labrousse J. Evaluation of outcome of patients hospitalized after pre-hospital cardiac arrest. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux* 2001; 94:989-94.
- 78- Beuret P, Feihl F, Vogt P, Perret A, Romand JA, Perret C. Cardiac arrest: prognostic factors and outcome at one year. *Resuscitation* 1993; 25:171-9.
- 79- Earnest MP, Yarnell PR, Merrill SL, Knapp GL. Long-term survival and neurologic status after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest. *Neurology* 1980; 30:1298-302.
- 80- Kliegel A, Scheinecker W, Eisenburger P, et al. Hurrah - We are still alive! A different dimension in postresuscitative care: the annual gathering of cardiac arrest survivors at a typical Viennese wine tavern. *Resuscitation* 2002; 52:301-

