

Aspectos ético-legales de la emergencia médica extrahospitalaria y hospitalaria inicial. El manejo del PCR

Dr. Daniel Corsiglia

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, saliendo a 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.

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 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 cual 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 esta 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 de

negación o simplemente por formar presentarse en los grupo mas 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, mas 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 extrahospitalarios, la sobrevida 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 y 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 hoy en día 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.

La autonomía se relaciona a los pacientes que pueden tomar las decisiones informadas en su propio nombre, en lugar de sujetarse a las decisiones paternalistas de los profesionales de la salud.

Este principio se ha introducido particularmente durante los últimos 30 años con el apoyo institucional de la Declaración de los Derechos Humanos de Helsinki y de sus modificaciones subsecuentes. (15)

En los sistemas paternalistas la decisión del médico es casi inobjetable, en aquéllos donde no lo es, la máxima importancia la adquiere el deseo del paciente, quien puede renunciar a cualquier procedimiento que se le quiera administrar, incluso la RCP.

El paciente tiene derecho, si es competente, a rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así en su negativa vaya su propia vida. En esto existen límites que se relacionan con la posibilidad de daño a terceros.

Desde el extremo donde el paciente hace todo lo que le dice el médico (paternalismo fuerte), hasta el otro donde el hombre puede disponer de su vida en cualquier circunstancia (autonomía plena), existe un término medio donde se pueden tomar los aspectos positivos de los dos extremos y dejar de lado los aspectos negativos y/o controvertidos.

Es por ello que 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 está 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-¿Que 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-rationamiento: 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)

La atención e intervención de los pacientes críticos crece paralelamente a la Bioética, Hay muchos interrogantes que giran en derredor de las decisiones y que deben ser resueltos de la mejor manera posible, para lo cual se definen guías orientativas:

- a- Quién es el que tiene que tomar decisiones que involucran a la vida y a la muerte?
- b- Son válidas las directivas anticipadas, conocidas como testamento en vida?.
- c- Cuándo no empezar o cuando detener la RCP?
- d- Es válida la decisión de hacer o de suspender por personal no médico?.
- e- Cuándo retirar el tratamiento de sostén a aquéllos pacientes en estado vegetativo persistente post RCP. Mantener a una persona con vida por métodos extraordinarios es, en todos los casos ético. Mantenerlo con vida puede ser considerado como una prolongación de la agonía?
- f- Como se manejan deseos de los parientes o amigos de estar presentes durante la RCP o las malas noticias que se le deben dar a estos?.
- g- Como valorar las decisiones de investigación y/o entrenamiento sobre cadáveres recientes?.

Estos interrogantes y muchos otros son algunos de los motivos que dieron nacimiento a la bioética y si definimos desde el punto de vista práctico a la bioética como el conjunto sistemático de proposiciones que constituyen las herramientas intelectuales y prácticas para el análisis moral en el campo de la medicina. Se puede decir que si se habla de bioética, se habla de virtud, deber, servicio y bien común; básicamente "del otro como yo mismo"

Las guías o recomendaciones para comenzar o no medidas de soporte vital avanzado contemplan habitualmente tres situaciones:

- a) Cuándo resucitar?
- b) Cuando no resucitar?.
- c) Situaciones controvertidas.

1-Cuándo resucitar: generalmente la RCP es iniciada sin mediar una orden medica y sin consentimiento explícito bajo la suposición de un consentimiento tácito propio de las situaciones de emergencia (consentimiento presunto).

Es por lo tanto mas que razonable creer que aquel que realiza RCP tiene un compromiso del lado de la vida, sobre la base de principios éticos, priorizando el de beneficencia. Es por esto que ante la presencia de situaciones conflictivas en el marco de un PCR la ley debiera considerar que hasta que se demuestre lo contrario que el rescatador actúa en beneficio del paciente.

Este criterio refuerza el concepto que la toma de decisiones en las emergencias médicas debe estar guiada por la razón, el conocimiento, la tecnología, los recursos disponibles y los principios éticos y de ninguna manera por el temor a los reclamos o demandas legales. Todas las medidas a favor que se tomen desde el punto de vista de la jurisprudencia fomentaran el compromiso solidario de la comunidad y luego permitirá que exista mayor número de recursos humanos preparados para tal fin.

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

largo 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: se 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 esta 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 esta 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 perdida definitiva de las funciones mentales superiores (no existe esperanza razonable de beneficio).

Definir en estos casos la inutilidad del procedimiento justifica por si 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 cardiaca, 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. Por otro lado, la mayoría de los médicos apoyará las intervenciones en los niños, por las razones emocionales aunque el pronóstico sea peor en los niños que en los adultos. Por consiguiente es importante que los médicos conozcan que factores pueden influir en el éxito de la resucitación.

Los pacientes pueden cambiar a menudo de opinión con el cambio de las circunstancias y por consiguiente la decisión debe ser tan reciente como posible, teniendo en cuenta cualquier cambio de circunstancias.

En los PCR extrahospitalarios esta situación no parece ser extremadamente clara y muchas veces los que están con el paciente no saben con certeza de sus deseos ante situaciones críticas por lo cual la RCP debe empezarse en forma inmediata y las preguntas se realizan después.

En que casos se estima que es razonable negar de inicio bajo estos criterios?

1) Procedimiento fútil

- Presencia de elementos inequívocos de muerte clínica o parada cardíaca prolongada y de muerte biológica como el rigor mortis-rigidez cadavérica-, signos de descomposición tisular o putrefacción y livideces extremas e irreversible en zonas declives.

- Decapitación.

- Lesión traumática grave del cráneo (aplastamiento) con pérdida significativa de masa encefálica.

2) Riesgo de vida para el rescatador como por ejemplo un PCR por electrocución con persistencia de contacto de la fuente eléctrica o un PCR en el marco de un atentado terrorista donde el agresor está presente y puede matar al rescatador.

3) PCR con víctimas en masa donde los recursos son escasos y el número de víctimas potencialmente recuperables supera el número de rescatadores (criterios actuales de TRIAGE en trauma donde se prioriza el paciente potencialmente recuperable).

4) Conflicto de principios éticos, donde el principio de beneficencia del médico es antagonizado por el de autonomía o autodeterminación que le da al paciente o su representante legal el derecho de rechazar cualquier procedimiento médico incluso la RCP. En este caso en particular donde el paciente no es competente en el momento de la determinación debiera existir una orden previa que manifieste la intención de no resucitar como expresión de los deseos del mismo.

Esta orden de no RCP es válida en ambiente hospitalario y es discutida o controvertida en el ámbito extrahospitalario.

Esta alternativa que respeta los deseos del paciente o de su representante legal habitualmente se discute cuando se está en presencia del estadio terminal de una enfermedad incurable consuntiva grave y existe alta probabilidad de muerte y en donde la carga del tratamiento excede el beneficio en función de sobrevida y calidad de vida (dignidad), definida ésta por el paciente o por su apoderado.

El apoderado más representativo sería aquel que basa su decisión no en su preferencia sino en la preferencia e intereses del paciente y de acuerdo al sistema de valores de éste último. Es decir que el paciente o su representante tiene derecho a elegir entre las opciones más convenientes basada en la valoración de los beneficios relativos.

Este derecho a elegir no supone el derecho ademandar cuidados más allá de las opciones apropiadas basadas en el juicio médico.

En todos estos casos críticos y de difícil manejo podría considerarse ético la retirada del soporte extraordinario (sangre, drogas vasoactivas, asistencia respiratoria mecánica y la RCP, entre otros).

La orden de NO RCP y la retirada del soporte extraordinario no es necesariamente antagónico con el ingreso del paciente a una UCI dado que muchas veces el paciente requiere cuidados mejores o especializados y no medidas extremas, que no pueden darse en otro sector.

Sería deseable que existan lugares apropiados para tal fin que no involucren a los UCI, como las áreas de cuidados paliativos y/o especiales en donde la familia puede acompañar al paciente.

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 conciente 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 continuados 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 indicado 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 tengan 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 el contexto 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 difíciles.^(24,25)

Aunque la última decisión para la ONR debe tomarse por aquel médico a cargo del paciente, el que esta 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 esta 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 condiciones 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 esta 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 debe 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.

Verbalmente si es competente, por escrito en el caso de las decisiones anticipadas o en su defecto y si es incompetente y se considera que se encuentra incapacitado para la toma de decisiones, por su representante idóneo, que es aquél que mejor conoce los deseos del paciente en vida.

En muchos países se han introducido las decisiones o directivas anticipadas como método para comunicar los deseos del paciente acerca de su cuidado en el futuro, particularmente hacia el fin de su vida, que deben expresarse mientras el paciente es mentalmente competente y no esta bajo coacción.

Es probable que estas directivas anticipadas especifiquen las limitaciones involucrando el cuidado terminal e incluso la no RCP o la suspensión de la misma.

Estas decisiones pueden ayudar a los profesionales sanitarios a evaluar los deseos del paciente mentalmente incompetente aunque los problemas pueden presentarse dado que tienden a infravalorar el deseo de vivir del paciente gravemente enfermo.

Muchas veces los familiares pueden no interpretar o interpretar mal los deseos del paciente, o incluso pueden tener conflicto de interés.

Las decisiones escritas anticipadas hechas por el paciente en vida (testamento en vida) legalmente realizado pueden evitar algunos de estos problemas, aunque no es ilimitado. El paciente debe conocer la situación tan precisamente como sea posible cuando la muerte sea altamente probable y la RCP consecuente no quiera ser aplicada o deba detenerse.

Es apropiado que la orden de NO RCP esté escrita y claramente consignada en la historia clínica, firmada por el médico de cabecera y un especialista experimentado y debe ser comunicado a todo el personal involucrado en la atención del paciente.

La orden de NO RCP es una decisión que toma en cuenta fundamentalmente el deseo del paciente o de su familia si aquel no es competente y está habitualmente determinada por el grado de desesperanza a través de criterios de predicción, juicio clínico y datos de laboratorio u otro tipo de datos recogidos por métodos mas sofisticados o con tecnología de avanzada.

Hay una variación internacional considerable en la actitud médica frente a las decisiones anticipadas; en algunos países se considera que legalmente se debe obedecer siempre a los deseos del paciente mientras en otros la directiva se ignora notoriamente si el médico no está de acuerdo aunque existe una tendencia creciente hacia la complacencia con la autonomía del paciente.(27)

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 que punto son 100% confiables los métodos pronósticos para determinar la muerte cerebral en las primeras 48 horas de un postparo 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 al marco de la equidad.

Decisión de terminar o abandonar los esfuerzos de resucitación:

Para el rescatador básico la decisión de terminar puede analizarse en el siguiente contexto:

- Reversión a respiración y circulación espontánea.
- Transferencia de responsabilidad a un personal de mayor jerarquía.
- Orden de suspensión por personal de mayor competencia.
- Agotamiento físico que haga imposible continuar con las maniobras.
- Peligro para la vida del rescatador.

Varios factores influyen en la decisión para detener la RCP:

- historia médica y pronóstico anticipado negativo en los casos en que el período entre el PCR y el comienzo de la RCP o a la desfibrilación es tardío.
- cuando luego de un soporte vital avanzado el ritmo es asistolia y sin evidenciar una causa reversible y en general, la RCP se debe continuar mientras persista la FV.
- Asistolia por más de 20 minutos en ausencia de causa reversible y con todas las medidas de SVA en el lugar. (28)

Si bien cada caso debe evaluarse individualmente, en el PCR prehospitalario de origen cardíaco la recuperación y el retorno a la circulación espontánea normalmente tiene lugar en el sitio de la asistencia; aquellos pacientes con PCR primario que requieren RCP permanente y continuada, sin retorno a la circulación espontánea en el transporte al hospital, raramente sobrevivan neurológicamente.(29)

Indudablemente muchos persistirán en el intento de seguir con la resucitación durante mas tiempo si el paciente es un niño. Esta decisión no se justifica desde el terreno científico, e incluso desde el punto de vista del pronóstico (pues es peor que en PCR de un adulto), no obstante, la decisión de seguir se centra, habitualmente, en lo contextual porque las circunstancias de la muerte de un niño en estas circunstancias es tan penosa que hace entendible esta conducta.

La decisión de abandonar debe ser realizada por el líder del equipo, previa consulta con los otros miembros del equipo, quienes pueden tener puntos de vista diferentes y válidos que pueden contribuir a la mejor toma de decisión.

Debe considerarse antes de abandonar la RCP, la posibilidad de seguir las maniobras para permitir, eventualmente, la donación de órganos y tejidos.

Al respecto, actualmente se debate este punto y hay variaciones entre los diferentes países de Europa acerca del análisis ético de este punto; en la actualidad no hay un acuerdo general.

La decisión de suspender la RCP por no médicos, generalmente fuera del hospital, es válida cuando queda claro que la resucitación es un procedimiento fútil como en los casos de lesiones mortales como la decapitación, la hemicorporectomía, la sumersión prolongada conocida, la incineración, la rigidez cadavérica y livideces y la maceración del fetal.

En estos casos el no médico está haciendo diagnóstico de muerte aunque no está certificando la muerte (qué sólo puede hacerse por un médico).

No es total el acuerdo sobre si el personal no médico, entrenado en soporte vital avanzado (técnicos en emergencia, paramédicos, enfermeras en casas-cuna o en áreas de pacientes añosos en donde no hay médicos) puede decidir abandonar la RCP luego de 20 minutos de asistolia en la ausencia de causas reversibles con RCP continuada (es esencial que los tiempos de comienzo, duración, etc., sean precisos).

Una respuesta parece basarse en el nivel de entrenamiento y de la confianza que se le tiene a aquéllos que han sido entrenados para tomar tal decisión. (30)

Ciertas circunstancias durante el PCR (por ejemplo la hipotermia) pueden brindar más oportunidades de recuperación sin daño neurológico por lo que el criterio pronóstico habitual(20´ de asistolia) no será aplicable; en otros casos (uso de drogas hipnóticas y sedantes) se puede disimular la valoración del nivel de conciencia en el paciente que tiene un retorno de circulación

espontánea por lo que la evaluación neurológica clínica para la toma de conductas debe ser pospuesta.

Durante el soporte vital avanzado debiera evaluarse:

- Persistencia del PCR luego de un adecuado soporte vital avanzado (intubación endotraqueal, oxigenación, y vía IV con medicación apropiada y uso de terapia eléctrica) en normotermia y sin barbitúricos, con más de 15-30 minutos de asistolia persistente, ritmo agonal sin identificación de causa a revertir, o más de 45 minutos con actividad eléctrica (FV, DEM) en las mismas condiciones.

- Deterioro claro e inequívoco de las funciones vitales que no son modificables con RCP adecuada en el curso de situaciones críticas como el shock séptico o cardiogénico cuando no es posible realizarse animación suspendida o apoyo mecánico como la bomba de circulación extracorpórea como puente a un trasplante de urgencia.

- Conocimiento fehaciente en el curso de una RCP avanzada de un estado terminal de una enfermedad incurable, consuntiva, grave y con consentimiento de su representante legal (orden de no RCP).

Predecir el resultado neurológico en pacientes que permanecen en coma luego de recobrar la circulación espontánea es difícil durante los primeros 3 días y no hay ninguna señal clínica específica que pueda predecirlo en las primeras horas; el uso de la hipotermia terapéutica post paro hace esto aún difícil.

Algunos pacientes recobran la circulación espontánea pero permanecen en un estado vegetativo persistente y esta situación se puede transformar en un dilema bioético de difícil solución: las decisiones a tomar son profundamente difíciles, aunque el marco de respuesta es mejor si hay algún acuerdo entre los parientes y los médicos en donde se pueden tomar las decisiones sin la necesidad de intervención legal; las dificultades son significativas si no hay acuerdo entre médicos y parientes. La decisión de la familia y con los médicos debe ser privada.

La presencia familiar durante la RCP se introdujo en la década del '80 y esta aceptada en muchos países. (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40)

Decisión controvertida

- PCR prolongado en zonas aisladas o distantes de los sistemas de emergencia.
- Más de 10 minutos entre el PCR y el inicio del soporte vital básico y más de 30 minutos entre el soporte vital básico y avanzado.
- Persistencia del paro cardiorespiratorio con actividad eléctrica luego de mas de 45 minutos de RCP adecuada.
- PCP y estado vegetativo persistente sin orden de no RCP.
- Paciente que luego del PCR queda con criterios de muerte cerebral en UCI en el curso de las primeras 24 horas y repite el PCR.
- Muerte cerebral en un donante que por alguna razón tiene orden de no RCP en la HC y realiza un PCR.

Presencia de la familia durante la RCP:

Ningún estudio evaluó el efecto de la presencia de los padres durante la resucitación de sus hijos, aunque la opinión de los padres esta a favor de estar al lado del niño en ese momento tan especial. (NE 5 a 7) (41, 42, 43, 44, 45, 46, 47)

Los parientes consideran que existen algunos beneficios si se permite estar presente durante la RCP: pueden ayudar; pueden ir valorando la nueva situación que los enfrenta con la muerte y con una nueva realidad aliviando el proceso de desamparo; pueden estar conectados con su ser querido en sus últimos momentos; otros sienten que su presencia es importante en ese momento y que fueron un apoyo cuando su ser querido lo necesitó; o que sienten tranquilos al ver que todo lo que podría hacerse, se hizo.

En estudios con NE 3 se encontró que los miembros de las dotaciones eran renuentes a permitirles a los padres estar presente durante la resurrección. (48, 49, 50, 51)

Se exigen varias pautas y medidas para asegurar que esta experiencia será mejor.

- La RCP debe ser realizada y dirigida por un equipo competente.
- Los parientes deben estar en condiciones de entender lo que van a ver antes de entrar y se debe asegurar un incesante apoyo de un miembro del equipo especialmente entrenado en esto. Debe ser altamente seguro que los parientes entienden que la opción de estar presente es completamente suya y no provocará sentimientos de culpa por la decisión tomada.
- Los parientes deben saber que los procedimientos ellos vean (intubación endotraqueal, inserción de catéteres venosos centrales, etc.) y la respuesta del paciente (movimientos convulsivos después de la desfibrilación) son normales en este proceso y que no pueden interferir con los procedimientos y que estos no son el motivo de la situación crítica, sino una consecuencia.
- En la mayoría, de casos será necesario explicar cuando no hay respuesta a la RCPa los esfuerzos tienen que suspenderse. Esta decisión es tomada por el líder del equipo e involucrando a sus miembros.
- Se debe explicar que luego de un intervalo breve, sin el equipo presente y cuando se extraigan las cánulas, etc., ellos podrán volver con su ser querido.
- Finalmente debe haber una oportunidad para el pariente pueda hacer las preguntas necesarias y el líder lo aconseje sobre los procedimientos legales y los servicios disponibles.

En caso de los PCR que ocurren fuera de los hospitales, es más factible que los parientes estén presentes, e incluso realizando el SVB. Esto les ofrece una natural opción de quedarse e incluso pueden tener la oportunidad de ayudar y viajar en la ambulancia. Si la muerte se pronuncia en la escena, la dotación puede ofrecer otro tipo de ayuda como apoyo, contención o consejos en momentos como este de brusco desamparo. (52)

En la mayoría de casos los parientes entran y simplemente salen a los pocos minutos, muchas veces satisfechos de haber aprovechado la oportunidad de haber apoyado y despedido a su ser querido. Diez años atrás no se hubiese apoyado ni aprovechado la presencia de los parientes durante la RCP y aún hoy esta en discusión aunque hay estudios que muestran que la gente valora esta actitud mas abierta que respeta la autonomía; las variaciones culturales y sociales entre los distintos países todavía existen, deben entenderse y deben apreciarse es su justo contexto.

El entrenamiento y/o la investigación sobre el muerto reciente:

A pesar de los adelantos tecnológicos en maniqués y simuladores, la adquisición satisfactoria de ciertas habilidades y destrezas necesitan una base de entrenamiento a través de prácticas en humanos, muertos o vivos. Un ejemplo de esto son los accesos venosos centrales y periféricos, la punción y canulación arterial, la intubación traqueal, , pericardiocentesis, masaje a cielo abierto, etc. Algunos de éstas habilidades se pueden practicar durante el trabajo clínico rutinario, principalmente en la anestesia y/o en actos quirúrgico menores. Otros como la cricotirotomía, la toracostomía o el masaje cardíaco a cielo abierto sólo se pueden realizar ante emergencias con riesgo de vida. En la práctica moderna, con el acecho de los juicios, la autonomía como principio que prevalece hace aún más difícil el obtener un permiso para la práctica de estas habilidades por los estudiantes.

En otras épocas en la admisión hospitalaria existía un consentimiento implícito, presunto para que los estudiantes tuvieran acceso a los procedimientos de práctica bajo vigilancia y supervisión y aún hoy la gente espera encontrar practicantes competentes; por lo tanto la pregunta de si es ética y moralmente apropiado en entrenamiento en humanos vivos o muertos es válida.

Hay gran diversidad de opiniones sobre esto, particularmente en las naciones islámicas en donde estas prácticas son completamente detestables en razón de un respeto máximo para el cuerpo muerto. (53)

Otros aceptan aquellas prácticas de procedimientos no invasivos que no dejan marca como la intubación traqueal y algunos están abiertos a aceptar cualquier procedimiento que puede aprenderse en un cuerpo muerto lo cual justificaría en la relación aprendizaje/bienestar de pacientes futuros.

Si bien una opción pudiera ser la de pedir el consentimiento informado para este tipo de procedimientos, es muy difícil obtener permisos en circunstancias agudas por lo cual sólo los procedimientos no invasivos son los practicados sobre la base que no causará daño o dolor.

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.

Por otra parte hay problemas éticos importantes que relacionan a emprender los ensayos clínicos aleatorios para los pacientes en PCR que no puede dar el consentimiento para participar en este tipo de estudios de la investigación.

El progreso en las técnicas de RCP vienen muchas veces de la mano del avance de la ciencia a través de dichos estudios clínicos. Este concepto utilitario está en la mira de la bioética a pesar de ser potencialmente un gran beneficio para un gran número de personas. Esto se debe equilibrar con el respeto para la autonomía del paciente y estos debieran consentir en incorporarse a los estudios de la investigación.

En la última década, se han introducido nuevas directivas legales en los EE.UU y en la Unión Europea que ponen barreras para la investigación en los pacientes durante la resucitación sin el consentimiento informado de los familiares o que los conflictos no invadan los principios de la Conferencia de Helsinki.

La investigación en RCP, en los EE.UU se ha desplomado las últimas décadas en forma dramática y es muy probable que la Unión Europea siga el mismo camino.

La propiedad legal del muerto reciente sólo se establece en algunos países; en la mayoría se comparte la idea, por lo menos en forma tácita, que el cuerpo le 'pertenece' a los parientes (a menos que haya circunstancias sospechosas o que la causa de muerte sea desconocida). El permiso para cualquier investigación debe ser concedida por el pariente más cercano. Este consentimiento obteniendo de los parientes en circunstancias de estrés máximo con sentimiento de desamparo es poco envidiable y daña potencialmente la relación entre el médico y los parientes.

La investigación todavía puede llevarse a cabo durante el examen postmortem, por ejemplo para estudiar el daño traumático como resultado del uso de métodos específicos de compresión torácica. (54, 55, 56, 57, 58, 59)

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 esta 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 sienta 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 eufemismo, 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 concientes 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 canulas no esten 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.

La experiencia parece indicar que con los niños es bueno ser honrado con ellos, ayudando así a dispersar las fantasías que los niños pueden tener sobre la muerte. Es útil avisar la escuela, para que puedan prepararse los maestros y los compañeros antes de recibir al niño.

En muchos casos ésta será la primera experiencia de muerte y debe ofrecerse un apoyo psicológico pues los niños pequeños tienen dificultad para las cosas abstractas. Mucho de lo que puede hacerse, los arreglos fúnebres, el apoyo socio-económico, la asistencia social, depende no solo de las creencias religiosas sino de la cultura predominante, el nivel socioeconómico y la contención familiar.

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 éticos de la RCP son dependientes de múltiples variables que abarcan tanto el binomio privado como el público y hasta consideraciones de conciencia por lo cual no es prudente hacer "normas" sino recomendaciones, sugerencias o consideraciones sobre la importancia de los deseos del paciente, los deseos de la familia, la importancia de las creencias religiosas, la cultura predominante y otras, sobre la base del respeto de los principios individuales, de las leyes locales y de las pautas científicas internacionales. Por ejemplo, la orden de No RCP o DNAR es variable según se quiera imponer en un escenario hospitalario o extrahospitalario, en un país, en una región, e incluso en una u otra jurisdicción. (60)

Numerosos estudios no randomizados (NE 3, 4 y 5) estudiaron la calidad de vida a largo plazo de pacientes que habían recibido RCP fuera del hospital. Dicha calidad de vida es similar a la observada en la mayoría de los sobrevivientes de la población general. Las alteraciones de tipo cognoscitivo como la pérdida de memoria y la depresión es lo más frecuente. (61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80)

Hay muy pocos estudios que evalúan el costo-efectividad de la RCP y de los programas de entrenamiento. Para algunos el costo del entrenamiento en RCP tradicional a los legos de una población no seleccionada es caro en relación a los umbrales de costo-efectividad aceptados y en comparación con el entrenamiento selectivo en legos relacionados a pacientes de alto riesgo de PCR (personas que viven en la casa de un reciente sobreviviente de infarto agudo de miocardio) es mucho más rentable.

Sin duda podemos repetir hasta el cansancio que el primer efector de muerte súbita es la comunidad y que los esfuerzos deben estar dirigidos principalmente a la tarea de educar a la comunidad.

Sin embargo los recursos económicos van dirigidos, fundamentalmente a la compra y uso de sofisticados y costosos equipos, que en su gran mayoría están destinados a menos del 10 % de la población en riesgo, dado que mas del 80 % de aquellos que tienen un evento mayor no alcanzan a tener una adecuada atención...

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

BIBLIOGRAFIA

- 1- Maglio, 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 Extrahospitalarias. 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, Sjøkvist 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; Etica 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, Hosseini 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 de.ne 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 inhospital 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-randomised 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- Cooke 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 of 400 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, Uyebara 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, Lagner 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, Garcia 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;52:301-4.