

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Ética durante la reanimación cardiopulmonar y cerebral del adulto

Ethics during cerebral and cardiopulmonary resuscitation in adults

María Luisa Viña Granda^I, Alejandro Jiménez Táboas^{II}

I Especialista I Grado Anestesiología y Reanimación, Asistente. Clinica 43. La Habana, Cuba.

II Especialista I Grado Anestesiología y Reanimación, Asistente. Clinica 43. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Casi un 50 % de los supervivientes del paro cardiorrespiratorio (PCR) presentan secuelas neurológicas significativas. Por ello, las decisiones en la Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral (RCPC) deben basarse en los principios básicos de la ética médica. Nos proponemos identificar los aspectos bioéticos que inciden en el ejercicio de la RCPC, y discutir controversias actuales y las recomendaciones más aceptadas: frente a un PCR se debe iniciar la RCPC, aunque existen criterios válidos para no iniciarla en algunas circunstancias. La decisión de interrumpirla está basada en la consideración de varios factores considerando los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La orden de no reanimar debe estar basada en la decisión autónoma del paciente expresada fehacientemente de forma verbal o por escrito. Se discuten además otros aspectos éticos durante la RCP. La RCPC se debe aplicar si está indicada, omitirse si no está o no ha sido previamente aceptada por el paciente y suspenderse si es inefectiva. “Tener siempre presente, que los participantes somos seres humanos”. **Palabras clave:** ética, reanimación cardiopulmonar, dilemas éticos, contraindicaciones RCPC.

ABSTRACT

Almost 50 % of survivors from cardiac arrest have significant neurological sequelae. Therefore, decisions should be based on CPR on the basic principles of medical ethics. To identify the bioethical issues that affect the performance of the CPR, and discuss current controversies and recommendations accepted. Facing a cardiac arrest must start CPR, although there are no valid criteria logs in some circumstances. The decision to interrupt is based on consideration of several factors considering the principles of autonomy, non-maleficence, beneficence and justice. The DNR orders must be based on the patient's autonomous decision reliably expressed verbally or in writing. Will discuss other ethical facts during the CPR. RCPC be applied if indicated, if not omitted or has not previously been accepted by the patient and discontinued if ineffective. "Always keep in mind that the participants are human beings". **Key words:** ethics, cardiac arrest, ethical dilemmas, CPR indications, contraindications.

INTRODUCCION

El Juramento Hipocrático es considerado uno de los más viejos códigos de ética médica. Más adelante, en 1847 la AMA (American Medical Association), hace el Código de Ética. Luego, en 1997, es redactado el Código de Ética de la ACEP (American College of Emergency Physicians). A partir de 1999 se creó el Código de Conducta de la Sociedad para Académicos de Medicina de Emergencia. Desde fines de los 1970 el diagnóstico de muerte cerebral se ha vuelto rutinario en la práctica de la medicina y también se ha legislado ampliamente al respecto, y se acepta que muerte cerebral es igual a pérdida de la vida⁽¹⁾.

En 1980, se introdujo el concepto de la presencia familiar durante la RCPC, y se ha convertido en práctica aceptable en muchos países⁽¹⁾.

Las recomendaciones internacionales relacionadas con este tema, están guiadas especialmente por la American Heart Association (AHA) para el ámbito americano y por el European Council Resuscitation (ERC) para los países de la esfera europea. En ambos casos, sus recomendaciones básicas coinciden, especialmente aquellas que pueden suscitar dilemas éticos, sin que en este aspecto el Consejo de

Unificación, International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) que pretende el consenso total de ambos organismos, haya tenido ningún problema al respecto^(2,3). Las últimas recomendaciones ILCOR son actualizadas en el 2010 y son las recomendaciones con más soporte científico en las justificaciones para las diferentes intervenciones en la secuencia de tratamiento de la parada cardiorrespiratoria⁽⁴⁾.

En 1983 el Presidente de la Comisión para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina en Estados Unidos (EU), apoyó los protocolos de orden de no reanimación (ONR) basados en tres valores a considerar: autodeterminación, beneficencia y equidad⁽³⁻¹⁰⁾.

Las tasas supervivencia al paro cardiorrespiratorio (PCR) y la Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral (RCPC) con alta hospitalaria se encuentran a nivel de un 13,5 %, y casi un 50 % de los supervivientes de una PCR extra hospitalaria presentan a su alta del hospital secuelas neurológicas significativas. Los intentos de resucitación son fallidos en un 70 a 98 % de los casos. La incidencia de lesión cerebral tras la RCP varía de 10 al 83 %. Sólo un 20 % de los pacientes que recuperan un ritmo cardíaco efectivo tras la RCPC son dados de alta del hospital sin secuelas neurológicas^(4,11-15).

Hacer el pronóstico de la RCPC podría ser importante para ser capaces de predecir un resultado no satisfactorio con alta especificidad reduciendo así innecesariamente la carga para el propio paciente, su familia, el personal de salud, y también disminuyendo el uso inapropiado de recursos^(4,16,17).

Los predictores de éxito son: la causa que motivó la parada cardíaca, la rapidez de inicio de maniobras de SVB por los testigos, el PCR presenciado, presencia de ritmo desfibrilable, el ritmo inicial que encuentra el equipo de emergencias; en el caso de la Fibrilación Ventricular (FV) la supervivencia es del 10%, mientras que la asistolia atendida fuera del hospital y sin maniobras de PCR básicas previas, está por debajo del 1 %. Si la desfibrilación ha sido presenciada por el mismo equipo de emergencias y es rápida el pronóstico es aún mayor^(11,18,19).

La *AHA* es categórica en decir en sus guías 2010⁽¹⁶⁾: “Ningún parámetro pre-PCR o intra-PCR, sólo o en combinación, es capaz de predecir adecuadamente la probabilidad de que un paciente en particular retorne a la circulación espontánea”.

Los costos de la RCPC son millonarios; se estima que 250 000 a 500 000 pacientes experimentan muerte súbita cardíaca anualmente en EU. El medicare gasta 58 millones de dólares en reanimaciones infructuosas^(20,21).

Por todo lo anterior es necesario hacer un estudio profundo de los aspectos ético-legales de los pacientes que sufren un PCR y valorar el riesgo-beneficio de este proceder.

DESARROLLO

Ética y Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral:

Los aspectos éticos relacionados con la reanimación son complejos, pues se producen en distintos entornos (hospitalarios o extrahospitalarios), entre distintos tipos de reanimadores (legos o personal de la salud) y pueden estar relacionados con el inicio o culminación del Soporte Vital Básico (SVB) o Soporte Vital Avanzado (SVA). Las decisiones pueden estar influenciadas por factores individuales, de la cultura local e internacional, legales, de la tradición, religiosos, sociales y económicos. Las situaciones de emergencia vital hacen más difícil la toma de decisiones^(16,20,22,23).

Todos los profesionales de la salud deberían considerar los factores éticos, legales y culturales asociados a la hora de proporcionar cuidados a individuos que requieren una reanimación. Deben guiarse por los conocimientos científicos, las preferencias de la persona o de sus suplentes, por la normativa local y los requisitos legales siempre basados en los principios básicos de la ética. Las normas del *ILCOR* sugieren que las víctimas de un PCR sean asistidas con técnicas, procedimientos y terapéuticas sustentados en los principios básicos de la ética y en la medicina basada en la evidencia y en la experiencia^(13,24,25). Las decisiones en RCPC son tomadas por los rescatadores en cuestión de segundos por lo que a veces pueden surgir conflictos^(4,20,24,26).

Los principios generales de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia parecen ser aceptados en distintas culturas, pero la prioridad de estos principios puede variar entre ellas y más allá la dignidad y la honestidad. No cabe duda que los equipos de resucitación tienen una tarea muy difícil^(18,27,28).

A continuación expondremos los principios éticos y su relación con la reanimación: En el caso específico de la autonomía el paciente tiene derecho, si es competente y ha sido informado debidamente, a rechazar o aceptar la RCPC, así en su negativa vaya su propia vida. Significa que los pacientes pueden tomar las decisiones informadas en su propio nombre, en lugar de sujetarse únicamente a las decisiones de los profesionales de la salud. Este principio es universal en la práctica médica, e incluye el PCR y la RCPC. Requiere que el paciente sea adecuadamente informado, competente, sin presión externa de nadie, y que las preferencias del paciente sean consistentes⁽²⁸⁾. Todos los adultos se consideran capaces de tomar decisiones excepto los que están legalmente declarados incapaces. En caso de que el paciente no pueda tomar decisiones, deben considerarse los deseos de este cuando estaba consciente, preferentemente expresados por escrito (orden de no resucitar), o la decisión subrogada de un familiar, priorizado por el grado de parentesco. El principio de autonomía debe prevalecer sobre el resto, sin olvidar nunca que la libertad es una posibilidad para decidir, y que para decidir hay que entender^(6,16,27).

El de no Maleficencia lleva implícito no hacer el mal o daño, y aún más, no extender el daño. La reanimación no debe intentarse en casos donde obviamente es inútil, está contraindicada o cuando está contra los deseos expresos del paciente competente. Se trata de evitar cualquier acción que pueda tener efecto negativo sobre el bien deseado. Los procedimientos contraindicados no pueden ni deben realizarse ni aún con consentimiento del paciente, los procedimientos inútiles o fútiles son considerados dentro de este grupo^(4,6,24,26,29,30).

En cuanto al de Beneficencia, lo principal debe ser obtener un bien para el asistido buscando devolverle la vida con mínimo de calidad. Implica que el personal de salud tiene la obligación de proveer beneficio en el mejor interés de cada paciente individual haciendo un balance entre riesgo y beneficio. Frecuentemente, esto puede involucrar los intentos de reanimación pero puede ser también el mantenimiento de la RCPC o su suspensión, es el más obvio^(4,6,16,29).

La aplicación del principio de Justicia surge del propio principio de igualdad entre todos los humanos. Implica el concepto y la obligación de distribuir los limitados recursos de salud equitativamente dentro de la sociedad. La RCP, como recurso, debe proporcionarse y estar disponible para todos aquellos que se beneficiarán de ella, dentro de las posibilidades^(6,28,29,30).

El de Dignidad y Honestidad considera que los pacientes siempre tienen el derecho de ser tratados con dignidad y ser informados con honestidad. Todos los hombres tienen derecho a una vida y muerte dignas. El derecho a una vida digna significa, juzgar como bueno todo lo que se realice en favor de la vida respetando la dignidad de la persona humana, y a rechazar como malo todo lo que puede atentar o menoscabar la misma. En el caso de una muerte digna, este derecho no supone la aprobación de ningún tipo de práctica eutanásica por parte del médico, sino el respeto por la decisión del enfermo o de sus familiares que optan por la serena aceptación de un proceso irreversible que lleva a la muerte como fin ineludible de la condición humana⁽⁴⁾.

Un aspecto a considerar es el relacionado con las muertes esperadas y las reanimaciones inútiles. Para muchas personas el último latido del corazón debe ser el último. Ellos simplemente han alcanzado el fin de sus vidas y los esfuerzos de resucitación son inadecuados, inútiles, no proporcionan dignidad y causan perjuicios, tanto al paciente como al reanimador. Una vez iniciados los esfuerzos, éstos pueden adquirir características de inutilidad^(4,13,16,20,25,27,31).

La orden de no iniciar (ONR) o continuar la RCPC siempre debe estar basada en la autonomía del paciente (por escrito) o a través de su familia o representante legal y en el juicio clínico del médico responsable, que dictamine su improcedencia por la enfermedad y situación clínica. Siempre revisable o re-evaluable^(4,15,31-34). En cuanto al paciente, este comunica sus deseos sobre los cuidados médicos futuros, particularmente encaminados al final de su vida, y tienen que ser expresadas mientras el paciente está mentalmente competente y no bajo coacción. La aceptación es la expresión del ejercicio de autonomía que, para desplegarse necesita tres condiciones: la primera es que el paciente sea capaz (esto es que esté en condiciones intelectuales y emocionales de tomar una decisión), la segunda es que el paciente esté correctamente informado (al tanto de la situación, las

posibilidades terapéuticas, su pronóstico y su factibilidad) y por último que la decisión sea libre (con ausencia de coacción). Es importante determinar cuándo el paciente está en plena capacidad intelectual y de sus funciones de raciocinio. La decisión de no reanimar debe ser adoptada de forma colegiada por el equipo médico responsable de la atención al paciente, tras valorar una serie de factores como son: el pronóstico de la enfermedad de base, la edad, la calidad de vida previa y la opinión del paciente y sus familiares, a los que se debe aclarar que dicha decisión no supone, en ningún caso, reducir el esfuerzo terapéutico sobre la enfermedad de base. No intentar la RCP (ONIR) no implica ninguna otra forma de omisión o suspensión de tratamiento como sedación, analgesia, soporte ventilatorio, hemodinámica, depuración extra-renal, etc., los cuales deben ser continuados y mantenidos salvo que específicamente hayan sido limitados en una u otra forma^(2,5,11,23,31,33-37).

La (AHA) en el 2005 cambió la terminología tradicional de Orden de No Reanimar (ONR – DNR) a Orden de No Intentar la Reanimación (ONIR – DNAR). La ONIR disminuye las implicaciones de la orden y crea mejor ambiente emocional para explicar lo que significa. El término Permitir la Muerte Natural (PMN - AND) es el recomendado en algunos lugares para describir la misma orden. Se convierte en el preferido reemplazando a ONR pero la mayoría de los hospitales siguen usando el término obsoleto de ONR – DNR^(16,31,33,38,39).

La ONR perioperatoria tiene sus particularidades. El PCR en la Unidad Quirúrgica tiene características especiales y difiere del PCR común. Un enfermo con ONR, entrará al salón sólo en circunstancias excepcionales como: gastrostomía, traqueotomía, entre otras. Ante la presencia de esa orden se requiere consenso previo de todo el equipo quirúrgico antes de la cirugía; pero siempre con una ONR de un paciente competente, esta debe ser respetada por su derecho de autonomía. Por todas estas consideraciones; la política aprobada por la AHA, 1993, considera que la ONR no queda rescindida; pero sí requiere una reconsideración por todo el equipo^(38,40-42).

Indicaciones de la Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral:

Se debería iniciar la RCPC en pacientes con posibilidades de ser reanimados sin secuelas. Actualmente se orienta aplicarla siempre que se diagnostique una PCR;

por lo que ante la presencia de una duda razonable la conducta debe ser proactiva, ya que cualquier retraso disminuye dramáticamente la supervivencia. En esta situación de emergencia extrema se considera implícito el consentimiento del afectado y se aplicarán los principios éticos básicos^(4,9,11,18,24,43-45).

Existen casos especiales en los que se contraindica la RCPC^(5,11,14,15,20,23,44-47) como cuando existan signos evidentes de muerte irreversible. Teniendo en cuenta que en situación de PCR no tiene valor la respuesta pupilar (existen algunos datos que comúnmente son asociados con la muerte biológica como la midriasis bilateral arrefléxica que pueden ser causa directa de una intoxicación etílica o con algunos tipos de drogas y no por la anoxia cerebral prolongada) y el diagnóstico de muerte cerebral es imposible, recurriremos entonces a datos de muerte inequívoca, por lo que no tienen absolutamente ninguna posibilidad de sobrevivir los cuales son:

- Los criterios de muerte biológica establecida: rigor mortis, livideces extremas e irreversible en zonas declives y signos de descomposición tisular o putrefacción.
- El trauma incompatible con la vida: decapitación, lesión traumática grave del cráneo (aplastamiento, con pérdida significativa de masa encefálica y destrucción cerebral, aplastamiento toracoabdominal, hemisección, o cuando se compruebe la exteriorización masiva de tejidos intracavitarios (vísceras torácicas o abdominales, pérdida de masa encefálica, etc.).
- Cuando la PCR sea el final de un proceso agudo que ha continuado su evolución fatal pese a los esfuerzos terapéuticos máximos instaurados: como son los casos de shock cardiogénico, séptico, fracaso multiorgánico. En ellos no se esperan beneficios fisiológicos porque los signos vitales se han deteriorado hasta el colapso a pesar del tratamiento máximo.

Otra contraindicación sería cuando se presente una ONR válida. Esto procede cuando el representante legal del afectado o sus familiares más próximos, muestran una ONR válida.

También en el caso de que el tratamiento es inútil y desproporcionado: como cuando sea evidente que la parada cardíaca es consecuencia de la evolución terminal/esperable e indiscutible de una enfermedad y/o condición del paciente

irreversible o incurable (cáncer con metástasis, sepsis terminal, cirrosis en estadios finales, sida avanzado, RCP extrahospitalaria sin éxito). La parada cardíaca lleve más de 10 minutos de evolución, sin haber sido aplicada la RCP, descartando situaciones en las que la tolerancia cerebral a la hipoxia (5 min.) es mayor: hipotermia, ahogamiento, intoxicación por barbitúricos.

Si se comprueba que existe riesgo grave de lesión física para el reanimador: por citar ejemplos como es el caso de 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.

Cuando se perjudique a otros afectados con más posibilidades de supervivencia (en una situación con múltiples víctimas). Se seleccionarán las víctimas con mayor posibilidad de supervivencia (Triage).

Otra consideración ética importante es que no existen diferencias desde el punto de vista bioético entre no iniciar y suspender la RCPC. Siempre debemos iniciar las maniobras de RCPC y si estamos en un error, no causaremos más daño interrumpiéndolas⁽⁴⁴⁾.

Igualmente la decisión de no iniciar o detener la RCPC compete en exclusiva al responsable del equipo de reanimación, habitualmente un médico (aunque no exclusivamente) y en su defecto a quien disponga de la mayor capacitación y experiencia entre los miembros de dicho equipo. Finalizar las maniobras de RCP significa establecer un diagnóstico de muerte y debería ser un médico, quien indique cuándo suspender dichas maniobras^(44,47).

Otro aspecto a tener en cuenta es el relacionado con iniciar o interrumpir la RCPC y la eutanasia. Podemos asegurar que no es eutanasia el hecho de, no instaurar o suspender tratamientos inútiles, en pacientes incurables o terminales ya que una vez determinada la irreversibilidad del cuadro y en un entorno digno, puede ser considerado factible y ético, así como el prolongar los cuidados intensivos en estos casos puede resultar no digno y no ético; más aún: podría considerarse no ético prolongar la muerte (agonía) en vez de prolongar la vida^(35,48).

Se han definido diferentes criterios^(3,11,15,24,47,49), para tomar la decisión de interrumpir la RCPC, uno de ellos es cuando se comprueba falsa indicación de iniciar la RCPC. Contempla todos los casos que presenten una ONR válida, que el PCR se haya producido como consecuencia de la evolución terminal e irreversible de una condición incurable, cuando se constata un retraso de las maniobras superior a 10 minutos (excepto en casos donde se constate resistencia a la hipoxia). Otro criterio de cese de la RCPC es cuando aparece un dictamen médico de PCR irreversible tras RCPC infructuosa como el caso donde se compruebe ausencia de cualquier tipo de actividad eléctrica cardíaca (asistolia), a pesar de la aplicación adecuada y continuada de la RCPC avanzada durante un mínimo de 20 minutos, excepto en situaciones de hipotermia e intoxicación por barbitúricos y cuando constatamos que hay signos evidentes de muerte biológica irreversible. Para finalizar existen dos situaciones que también determinan la interrupción de la RCPC como cuando el reanimador esté exhausto o en grave peligro y cuando otras personas con más posibilidades de recuperación requieran la RCP.

Las consideraciones éticas en el Anciano es un aspecto muy controversial. La edad avanzada no debe ser un impedimento para iniciar la RCPC por lo que se aplican los mismos criterios para iniciar e interrumpir la RCPC que el adulto. No obstante, se deben tener diferentes consideraciones como que el resultado tras la RCP de ancianos debilitados o frágiles es muy pobre, el ritmo inicial del paro, las alteraciones cardíacas subyacentes, estado físico previo al PCR, causa del paro, entre otras. Por ello, la edad por sí sola es un mal predictor de los resultados de la RCP y no debe ser considerado de manera aislada; lo que importa es la comorbilidad del paciente y no su edad. Ambas cosas van muchas veces de la mano, pero no siempre^(47,50,51).

La presencia familiar durante la RCP (PFDR) ha cobrado actualmente una connotación digna de señalar. Si nos remontamos a la historia, desde 1994 fueron publicadas directivas recomendando que se permita la presencia de la familia durante la RCP. A pesar de que a muchos familiares les gustaría, existe gran objeción por la mayoría de los médicos. La literatura existente también sugiere que los médicos con poca experiencia son los que menos están a favor de la PFDR⁽⁵²⁾.

Los familiares han considerado varios beneficios de este hecho, por lo que más del 90% desearían hacerlo de nuevo si les tocara tal situación. Igual que a muchos padres les gustaría estar presentes durante la reanimación de sus hijos. En las últimas Normas de la ILCOR se plantea que tanto los lineamientos europeos como los norteamericanos recomiendan que se permita la PFDR^(4,52-58).

Información a la familia de la víctima:

Se promueve la idea de que los familiares deben ser avisados lo más pronto posible y no debiera ser a través del teléfono a menos que la distancia y el viaje sea prolongado. 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^(4,52-57).

La Investigación y la Práctica durante la Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral:

Existe una necesidad inminente de mejorar la calidad de la reanimación y más aún sus resultados exitosos a largo plazo. El progreso en mejorar las bajas tasas de reanimación exitosa, sólo podrá llevarse a cabo mediante avances en la ciencia a través de estudios clínicos. Como revela claramente el consenso ILCOR 2010 en RCP, muchas de las prácticas actuales en reanimación se basan en la tradición y no en la ciencia.

La investigación en RCP plantea serios problemas éticos y legales, entre otras cosas porque el fracaso de un fármaco o medicamento podría suponer el fallecimiento del paciente. Por otra parte, la investigación en animales no puede trasladarse a la práctica médica sin la realización de ensayos clínicos estrictamente controlados, que es muy difícil llevar a cabo en situaciones de emergencia vital⁽⁴⁾.

La adquisición satisfactoria de ciertas habilidades y destrezas necesitan una base de entrenamiento a través de prácticas en humanos, muertos o vivos. La práctica sobre pacientes recién fallecidos produce un escenario único para desarrollar habilidades que servirán a evitar que muera otro paciente en el futuro, de ahí un beneficio global para la sociedad, sin riesgo para el paciente. Algunos consideran que hacerlo sin consentimiento, es irrespetuoso y antiético.

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. Así surge el cuestionamiento de cuándo es ético y moralmente apropiado emprender entrenamiento y práctica sobre el vivo o sobre el muerto.

Esta práctica ha sido discutida por algunos autores y sociedades médicas que consideran que es necesario solicitar el consentimiento informado antes de realizar dichas maniobras; otros, por el contrario, consideran que solicitar dicha autorización supone una sobrecarga emocional sin sentido^(4,20,25).

La ética relacionada con los pacientes en paro cardiorrespiratorio posibles donantes de órganos:

Este cuestionamiento ha creado conflictos ético-legales de gran trascendencia debido a que muchas personas no comparten que el prolongar intentos reanimatorios que de otra manera serían inútiles, con el único propósito de tomar los órganos del paciente para trasplante es injusto, no ético y agotar recursos infructuosos. Teniendo en cuenta la envergadura de esta situación controversial, actualmente no existe un consenso⁽⁸⁻¹³⁾.

En estos momentos está establecido efectuar al mismo tiempo, la información de la muerte de la víctima y la solicitud de donación de órganos. Desde el punto de vista ético, no hay maleficencia respecto al fallecido. En cuanto a los posibles receptores, prima el principio de justicia y de beneficencia por un lado y el de no maleficencia, dado que se ha demostrado que son órganos viables para el trasplante^(18,24,25,59,60).

CONCLUSIONES

Según el padre de la (RCP), Peter Safar “... *el objetivo de la RCP es revertir el proceso de la muerte en pacientes a quienes no les llegó la hora de morir...*”^(11,13)

Para nosotros, el principal objetivo de las acciones de RCPC efectuada en forma ordenada y efectiva estriba en lograr la sobrevida del paciente. Pero una vez que se produce el daño cerebral el proceso es irreversible y por consecuencia se produce un estado neurovegetativo persistente o muerte cerebral. Siempre recordar el término cerebral ya que dicha palabra nos recuerda el propósito primario: retornar al paciente al mejor estado neurológico posible.

Los conceptos utilizados en la ética enfocan su mirada en el bien mayor para el mayor número de personas; esto debe ser balanceado con respecto a la autonomía del paciente, acorde con la cual el paciente no debe ser sujeto de investigaciones ni

prácticas sin dar su consentimiento informado. En cuanto a la prolongación de la vida, con el propósito de mantener los órganos para trasplante, aún no existe un consenso ético.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Huerta J, Díaz R, García S. Reanimación cardiopulmonar y cerebral. Historia y desarrollo. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int.* 2001;15(2):51-60.
- 2- Lee MA, Cassel CK. The ethical and legal framework for the decision not to resuscitate. *HealthCare Delivery. West J Med.* 1984;140:117-22.
- 3- Huerta J, Díaz R, García Martínez S. Reanimación cardiopulmonar y cerebral. Historia y desarrollo. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int.* 2001;15(2):51-61.
- 4- Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. On behalf of the ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 1. Executive Summary. *Resuscit.* 2010;81:1219-76.
- 5- Canto R. La reanimación cardiopulmonar RCP. Implicaciones éticas en la toma de decisiones. *Ética de los Cuidados.* 2008;1(1):12 (Consultado en abril de 2014). Disponible en: URL: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6737.php>.
- 6- Olson C, Jobe K. Reporting approval by research ethics committees and subjects consent in human resuscitation research. *Resuscit.* 1996;31:255-63.
- 7- Yuen J, Reid C, Fetters MD. Hospital Do-Not-Resuscitate Orders: Why They Have Failed and How to Fix Them. *J Gen Intern Med.* 2011;26(7):791-7.
- 8- Wenzel V, Krismer AC, Arntz HR, Sitter H, Stadlbauer KH, Lindner KH. A comparison of vasopressin and epinephrine for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2004;350:105-13.
- 9- Ewy G. Cardiocerebral resuscitation should replace cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care.* 2006;12:189.
- 10- Rodríguez G, Navarro VR, Enseñat A. Reanimación cardiopulmocerebral. *Rev Cienc S Cienf.* 2006;11(1):12-5.

- 11- Coma I, García L, Ruano M, Loma A, Malpartida F, Rodríguez JE. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. *Rev Esp Cardiol.* 1999;52:589-603.
- 12- Nolan JP. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. *Resuscit.* 2010;81:1219-76.
- 13- Safar P. Cerebral resuscitation after cardiac arrest: research initiatives and future directions. *Ann Emergency Med.* 1993;22:324.
- 14- Hilberman M, Kutner J, Parsons D, Murphy DJ. Marginally effective medical care: ethical analysis of issues in cardiopulmonary resuscitation CPR. *J of Med Eth.* 1997;23:361-7.
- 15- Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulat.* 2010;122(18):665-75.
- 16- Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscit.* 2010;81(10):1445-51.
- 17- Chicaa M, Colmeneroa MJ, Chaverob V, Muñoz A, Tueroa G, Rodríguez M. Factores pronósticos de mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria *Rev Med Intens.* 2010;34(3):161-9.
- 18- Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz M, Cabre L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Rev Med Intens.* 2010;34(8):534-49.

- 19- Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the “chain of survival” concept: a statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support SubCommittee and the emergency cardiac Arrest Committee, American Heart Association. *Circulat.*1991;83:1832-47.
- 20- Marco CA. Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgrad Med J.* 2005;81:608-12.
- 21- Siegel MD, Stapleton R, Wunsch H. The ethical and economic impact of defaults. *Semin Respir Crit Care Med.* 2012;33(4):382-92.
- 22- Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar. *Rev Méd Chil.* 2007;135:669-79.
- 23- Association the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. Clinical ethics: Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: a joint statement from the British Medical. *J Med Eth.* 2001;27:310-6.
- 24- Corsiglia D. Reanimación cardiopulmonar: actualidad y expectativas futuras. *Rev Feder Argent Cardiol.* 2007;36(2):65-9.
- 25- Rodríguez A, López J, Hermana MT, Rey C. Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica. *An Pediatr Barc.* 2007;66(1):45-50.
- 26- Mohammed S, Peter E. Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nurs Ethics.* 2009;16(3):292-302.
- 27- Diem SJ, Lantos JD, Tulsy JA. Cardiopulmonary resuscitation on television: miracles and misinformation. *N Engl J Med.* 1996;334:1578–82.
- 28- Marco CA. Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgrad Med J.* 2011;81:608-12.

- 29- Romero J. Recomendación científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Los principios de la bioética en la reanimación cardiopulmonar. Marco referencial en Enfermería de Urgencias y emergencias. SEEUE. Editorial Madrid; 2003. p. 93-5.
- 30- Díaz G. Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento médico. Cuad Bioéti. 1997;31(8):1157-63.
- 31- Luce JM. Chronic disorders of consciousness following coma: Part two: ethical, legal, and social issues. Chest. 2013;144(4):1388-93.
- 32- Chamberlain D, Handley AJ. Research on Procedures in Cardiopulmonary Resuscitation that Lie Outside Current Guidelines. Resuscit. 2004;60:13-5.
- 33- Cereceda GL. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. Rev Med Clin Cond. 2012;22(3):369-76.
- 34-Loertscher L, Reed DA, Bannon MP, Mueller PS. Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians. Am J Med. 2010;123(1):4-9.
- 35- Nolan JP, Soar J, Perkins GD. Últimas recomendaciones reanimación cardiopulmonar. BMJ. 2012;345:6122.
- 36- Yuen JK, Reid MC, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. J Gen Intern Med. 2011;26(7):791-7.
- 37- Sanders A, Schepp M, Baird M. Partial do-not-resuscitate orders: A hazard to patient safety and clinical outcomes?. Crit Care Med. 2011;39(1):14-8.
- 38- Cereceda GL. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. Rev Med Clin Cond. 2011;22(3):369-76.

- 39- Breault JL, Ochsner J. DNR, DNAR, or AND?. Is Language Important?. *BMJ*. 2011;11(4):302-6.
- 40- Ewanchuk M, Brindley PG. Ethics review: Perioperative do-not-resuscitate orders – doing 'nothing' when 'something' can be done. *Crit Care*. 2006;10(4):219.
- 41- Scott TH, Gavrín JR. Palliative surgery in the do-not-resuscitate patient: ethics and practical suggestions for management. *Anesthesiol Clin*. 2012;30(1):1-12.
- 42- Silvester W, Detering K. Advance directives, perioperative care and end-of-life planning. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25(3):451-60.
- 43- Davies JM, Reynolds BM. The ethics of cardiopulmonary resuscitation. Background to decision making. *Archi Disea Childho*. 1992;67:1498-1501.
- 44- Monzóna JL, Saraleguib I, Molinac R, Abizandad R, Cruz M, Cabréf L. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intens*. 2010;34(8):12-8.
- 45- McLennan S. CPR policies and the patient's best interests. *Resuscit*. 2012;83(2):168-70.
- 46- Cole DJ. The reversibility of death. *J Med Eth*. 1992;18:26-30.
- 47- Petty K, De Garmo N, Aitchison R, Aitchison P, Wang E, Kharasch M. Ethical considerations in resuscitation. *Dis Mon*. 2013;59(5):217-20.
- 48- Clark JD, Dudzinski DM. The culture of dysthanasia: attempting CPR in terminally ill children. *Pediatr*. 2013;131(3):572-80.
- 49- American Heart Association AHA. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). *JAMA*. 1992;268:171-295.

- 50- Vanpee D, Porcina C. Fin de la vida. Escala de los niveles de atención frente a las órdenes de NR. *Med Ethi.* 2004;30:351-2.
- 51- Aita K. End-of-life care in emergency settings in the super-aged society: withholding CPR from frail elderly with severe ADL impairment. *Nihon Rinsho.* 2013;71(6):1089-94.
- 52- Fulbrook JL, Albarran J, Graaf W, Lynch F, Decivtor D, Norekval T. The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. En: European federation of Critical Care Nursing Association, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Statement. *Connect. The World of Critical Care Nursing.* 2007;5(4):86-8.
- 53- Laurie J, Morrison GK, Douglas S. Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulat.* 2010;122:665-75.
- 54- Christine R, Duran KS, Jordan A. Attitudes Toward and Beliefs about Family Presence: A Survey of Healthcare Providers, Patient's families, and patients. *Amer J Critic Care.* 2007;16:270-9.
- 55- Badir A. Family Presence during CPR. En: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Internat J Nurs Stud.* 2010;44:83-92.
- 56- Halm MH. Family Presence during Resuscitation: A Critical Review of the Literature. *Amer J Critic Care.* 2005;14:494-511.
- 57- Keng C, Rashidi A. A multi-center study on the attitudes of Malaysian emergency health care staff towards allowing family presence during resuscitation of adult patients. *Intern J Emerg Med.* 2010;3:287-91.
- 58- Howlett MS, Alexander GA, Tsuchiya B. Health care providers attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clin Nurse Spec.* 2010;24(3):161-74.
- 59- Hornby K, Hornby L, Shemie SD. A systematic review of autoresuscitation after cardiac arrest. *Crit Care Med.* 2010;38(5):1246-53.

60- Tortosa JC, Rodríguez-Arias VD, Moutel G. Ethical issues raised by 2 kinds of protocols for organ donation after cardiac death: aspects particular to France, Spain and the United States. *Med Sci Par.* 2010;26(2):209-13.

Recibido: 12 diciembre del 2013

Aceptado: 23 de enero del 2014

Dra. Msc. María Luisa Viña Granda, Ave. Acosta # 666 e/ Nueva y Parque.
Víbora. 10 de Octubre. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: aleco@infomed.sld.cu