

Actitudes de los profesionales ante la parada cardiorrespiratoria. Implicaciones éticas

Professional attitudes towards cardiopulmonary arrest. Ethical considerations

Jose María Navalpotro
Comisión de investigación
SUMMA 112, Madrid

Resumen

Los profesionales de emergencias se enfrentan a diario a situaciones estresantes donde tienen que tomar decisiones rápidamente. Las que conllevan una resucitación cardiopulmonar están protocolizadas desde el punto de vista del tratamiento, pero hay numerosas situaciones desde el punto de vista ético en las que la literatura no se ha definido. Estas situaciones van desde cuándo iniciar maniobras de resucitación hasta en que momento pararas, pasando por cuestiones éticas en relación a la presencia de la familia, la donación de órganos, la investigación, la docencia y la práctica clínica. Se analizan estas situaciones y sus implicaciones éticas.

Palabras clave: Bioética, Emergencias, Reanimación cardiopulmonar, Orden de no reanimación, Donación de órganos.

Abstract:

Emergency medical professionals face stressful situations every day where they have to make quick decisions. Treatment protocols have been established for the cases that require cardiopulmonary resuscitation, but there are many situations where the treatment from an ethical point of view has not been defined in the literature. These situations range from when resuscitation measures should be initiated to when they should cease, and include ethical issues concerning the presence of family, organ donation, research, teaching and clinical practice. This paper examines these issues and their ethical implications.

Key words: Bioethics, Emergency, Cardiopulmonary resuscitation, Do not resuscitate orders, Organ donation.

Introducción

Desde el inicio de los tiempos, los seres vivos han luchado por la supervivencia y la perpetuación de la especie. El hombre, con su inteligencia superior, no iba a ser menos y no sólo se ha adaptado al entorno como otros seres vivos, sino que además ha usado su sabiduría para luchar contra la muerte. En esta lucha, se ha ido pasando por numerosos pasos hasta llegar a lo que hoy conocemos como reanimación o resucitación cardiopulmonar (RCP).

La primera narración escrita sobre reanimación se encuentra en la Biblia, entre los prodigios de Elíseo, quien salvó a un pequeño: “Eliseo entró solo, cerró la puerta tras sí y oró al Señor. Después se tendió sobre el cuerpo del niño, puso su boca sobre la boca del niño, sus ojos sobre sus ojos y sus manos sobre sus manos. Mientras se tendía sobre él, ¡el cuerpo del niño comenzó a entrar en calor! Entonces Eliseo se levantó, caminó de un lado a otro en la habitación, y se tendió nuevamente sobre el niño. ¡Esta vez el niño estornudó siete veces y abrió los ojos!” (II Reyes, 4: 33-35).

Desde entonces ha habido numerosas y peculiares formas de intentar proceder a una reanimación, como la de poner boca abajo a la víctima sobre un caballo y hacerlo trotar, la de ponerlo sobre un barril y moverlo hacia adelante y hacia atrás, etc., hasta que en 1960 Kouwenhoven, Jude y Knickerbocker describen una técnica de masaje cardíaco externo para el mantenimiento de la circulación de forma artificial (Kouwenhoven et al., 1960). En septiembre de 1962, en un editorial de la revista *Circulation*, se aprueba la técnica de RCP a tórax cerrado como procedimiento médico (“The Closed Chest Method of Cardiopulmonary Resuscitation Benefits and Hazards. Editorial” 1962). Es en otro editorial en esa misma revista en mayo de 1965 cuando el método es reclasificado como procedimiento de emergencia (“The Closed-Chest Method of Cardiopulmonary Resuscitation-Revised Statement. Editorial”, 1965), siendo aprobado por la *American Heart Association*, la Cruz Roja Americana, la Asociación de la Industria Médica y el Servicio de Salud Pública de EEUU y recomendada su aplicación por personas entrenadas. En respuesta a las preguntas de la Cruz Roja Americana y de otras agencias americanas, y gracias a los esfuerzos de Jude, Elam, Gordon, Safar y Cole, entre otros, se crea un comité sobre resucitación cardiopulmonar cuyo trabajo culminó en la primera Conferencia sobre la reanimación cardiopulmonar en la National Academy of Sciences-National Research Council (NAS-NRC). En 1966 se publica en la revista JAMA una contribución especial titulada “Cardiopulmonary Resuscitation”, donde se exponen las conclusiones a las que se llegaron (“Cardiopulmonary resuscitation”, 1966). Serían las primeras guías sobre RCP tal y como se conocen hoy en día. Ya entonces se indicaba que la resucitación cardiopulmonar no está indicada en un paciente que se sabe está en la fase terminal de una enfermedad incurable, y que para detener las maniobras era necesaria la presencia de un médico. Posteriormente estas guías se han ido actualizando, creándose unas guías europeas y otras americanas, fundamentalmente, que han ido tratando muchos de las cuestiones éticas que se plantean durante la RCP. En las últimas recomendaciones de la *American Heart Association* se dice que “los objetivos de la reanimación son preservar la vida; recuperar la salud; aliviar el sufrimiento; limitar la discapacidad; y respetar las decisiones de los individuos, los derechos y la privacidad. Debido a que en la RCP los esfuerzos se deben iniciar de inmediato, un rescatador puede no saber quién es la víctima, cuáles son los deseos de ese individuo o si existen unas voluntades anticipadas. Como resultado, la administración de la RCP puede ser contraria a los deseos del individuo o a sus intereses.” (Mancini et al., 2015). Dicho de otro modo, la RCP sólo tiene

La resucitación cardiopulmonar no está indicada en un paciente que se sabe en la fase terminal de una enfermedad incurable.

sentido cuando las expectativas de recuperación sean razonables, no solo de la actividad cardiaca, si no de todas aquellas funciones que caracterizan a una persona como ser humano (Monzón et al., 2010). Las teorías éticas representan la integración de los principios y reglas, en función de las creencias y costumbres individuales. Las creencias metafísicas y religiosas diversas pueden modificar la interpretación de la teoría ética en situaciones concretas. Las teorías éticas pueden servir para justificar el principio, la regla y el juicio general, pero son resumen de la naturaleza y pueden ser inaplicables en la práctica clínica. ¿Cómo podrían tomarse los principios éticos en cuenta en la práctica clínica y en la reanimación y cuáles podrían ser sus consecuencias? (Mohr, 1997). Siendo la parada cardiorrespiratoria (PCR) y las maniobras de RCP uno de los momentos más estresantes del personal de los servicios de emergencia, es difícil tomar decisiones que no estén protocolizadas o no hayan sido analizadas previamente. En este artículo se intentarán analizar los problemas éticos a los que se enfrentan los profesionales ante una PCR, especialmente los que se producen en el medio extrahospitalario (PCREH). Recientemente se realizó una encuesta explorando las actitudes de médicos y enfermeros que atendieran en su trabajo habitual situaciones de PCR y aunque aún no ha sido publicada, se utilizarán algunos datos en este artículo.

Principios fundamentales de la ética médica en la RCP

Los principios éticos ante la PCR, son los mismos que ante cualquier acto médico: el principio de autonomía, el de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia y acceso equitativo.

Posiblemente, sobre el principio de autonomía es sobre el que más se ha escrito y a día de hoy muy pocos dudan sobre el derecho que tiene el paciente a decidir si quiere ser resucitado o no. Son las famosas órdenes de no reanimar (ODNR) que un paciente puede incluir en sus voluntades previas, aunque en pocos casos los pacientes las tienen por escrito y debemos

Sobre el principio de autonomía es sobre lo que más se ha escrito. Son las órdenes de no reanimar (ODNR) que un paciente puede incluir en sus voluntades previas.

basarnos en lo que los allegados nos dicen. Aquí se encuentra el primer dilema: ¿realmente los allegados están diciéndonos lo que realmente quiere el paciente o lo que ellos desean? Preguntados los profesionales sobre lo que para ellos es necesario para que no iniciaran maniobras de resucitación, casi la mitad pediría que les enseñaran las ODNR, mientras que a algo más

de una cuarta parte les valdría con que la familia les dijera que era la voluntad del paciente. Otros no pedirían que les enseñaran las ODNR pero el paciente debería tenerlas; otros les valdría con saber qué es lo que desea la familia; y otros, muy pocos, no creen que sea una razón para no iniciar maniobras de RCP.

Otro dilema es reanimar o no a los pacientes suicidas, pues muchos de ellos pueden tener ODNR. Incluso muchos de ellos dejan notas expresando su voluntad, pero ¿qué valor pueden tener esas notas escritas en un momento de enajenación? Teniendo en cuenta que la falta de tratamiento conduce a un daño grave, por defecto se mantiene iniciar la RCP lo antes posible y abordar problemas potenciales más tarde (Bossaert et al., 2015). Los profesionales opinan en más del 60% que siempre se deben iniciar maniobras de RCP en los pacientes suicidas.

El principio de beneficencia, que implica que las intervenciones deben beneficiar al paciente después de la evaluación del riesgo pertinente y el posible beneficio, y el principio de no maleficencia, o *primum non nocere*, es decir, no hacer daño, están íntimamente relacionados aunque no son exactamente iguales. Está claro que ante una PCR el único tratamiento eficaz es la RCP (principio de beneficencia), pero no siempre el paciente se va a beneficiar de este

tratamiento, al menos para sobrevivir con una calidad de vida razonablemente buena. Cada vez más se hace mayor énfasis en la atención centrada en el paciente y se busca el método más adecuado para cada paciente. Entonces habría que plantear en qué circunstancias se deben iniciar maniobras de RCP y en cuáles no y, por supuesto, en los casos que se decida iniciar dichas maniobras, hacerlo con todos los recursos de los que se disponga y con implicación total, evitando lo que se ha llamado Código lento (*Slow code*), es decir, la no implicación parcial y hacer que se reanima sólo de cara a quienes nos están observando, ya que es algo éticamente erróneo, siendo tanto engañoso y como paternalista.

Enlazando con el principio de no maleficencia, indicar que cada vez está más claro que, cuando ha pasado mucho tiempo sin iniciar maniobras de RCP desde el momento en que se produce la detención de la circulación, por mucho que se haga, el cerebro no va a volver a su estado previo; incluso es posible que el paciente no vuelva a recuperar la consciencia. La RCP no se debe realizar en los casos inútiles. Sin embargo, es difícil definir la futilidad de una manera precisa, prospectiva y aplicarla a la mayoría de los casos. Entonces la pregunta sería: ¿cuánto tiempo ha de pasar para no iniciar esas maniobras? No hay una norma clara, pero los profesionales encuestados en un 37,2% no iniciarían maniobras de RCP si han pasado 10 minutos o más, un 28,8% si han pasado 15 minutos o más y otro 20,7 % si han pasado 20 minutos o más, lo que hace que el 86,7 % no iniciarían maniobras si han pasado 20 minutos o más. Además puede ser que haya alguien haciendo maniobras de RCP básica cuando lleguen los servicios de emergencia con el poder de decidir si continuar o no esas maniobras. En este caso se deberá plantear cuánto tiempo ha pasado y si deben continuar con maniobras avanzadas o no. Casi la mitad de los profesionales encuestados iniciaría las maniobras aunque hubieran pasado 25 minutos.

Pero no sólo el tiempo que lleve sin ser reanimado o con RCP básica va a influir a la hora de iniciar o no maniobras avanzadas de reanimación, ya que en numerosas ocasiones habrá que tener en cuenta circunstancias previas del paciente que puedan hacer dudar de si debe iniciarse la resucitación. ¿Es correcto realizar maniobras de reanimación en alguien con una enfermedad terminal? ¿Es lo mejor para el paciente? ¿Es correcto prolongar el sufrimiento del paciente y de sus allegados? ¿No se estaría violando el principio de no maleficencia? Los profesionales cuando fueron preguntados respondieron que en terminales nunca realizarían una RCP en el 72,5%, mientras que para el resto dependería de la esperanza de vida del paciente. Otra circunstancia del paciente es su situación basal, que podría ser causa para no iniciar una RCP; al menos eso piensan los profesionales encuestados, que en un 62,4% dicen que no se deben iniciar maniobras en aquellos en que su situación basal es de incapacidad total o de incapacidad grave.

Está claro que ante una PCR el único tratamiento eficaz es la RCP, pero no siempre el paciente se va a beneficiar de este tratamiento, al menos para sobrevivir con una calidad de vida razonablemente buena.

Otra circunstancia previa del paciente que pudiera ser causa de no iniciar maniobras de resucitación es la edad, o dicho de otra forma, ¿qué edad máxima debe tener un paciente para ser reanimado? En este punto el 65,3% de los profesionales opina que la edad no influye a la hora de iniciarse una RCP. Aquí es donde se enlaza con el cuarto principio, el de justicia y acceso equitativo. Algunos pueden pensar que utilizar unos recursos muy costosos para reanimar a alguien que por ley de vida le quedan muy pocos años no es justo, pero como todo, habrá que valorarlo en cada caso particular pues no es lo mismo hacerlo en Madrid que en Etiopía, por poner dos casos extremos. Por eso, aunque el no proporcionar una RCP de

calidad debido a motivos financieros no es aceptable, puede ser apropiado considerar los costos generales y los posibles beneficios para el paciente, la familia y la sociedad, es decir, que si bien no deben limitarse los esfuerzos debido a la condición económica de la víctima, sí puede ser correcto no realizar maniobras de resucitación cuando éstas pueden suponer unos costos no soportables para la comunidad en la que vive. Se sabe que incluso en nuestro país el acceso a una RCP avanzada con rapidez no es igual en todas las comunidades autónomas, ni siquiera dentro de una misma comunidad, ya que es imposible poner un equipo de soporte vital avanzado (SVA) en cada casa. Pero lo que sí cabe hacer, dentro de lo posible, es que no se produzcan discriminaciones por raza, estatus social u otras causas similares, ya que aunque en teoría no se producen, hay estudios que indican que los de raza blanca tienen mayores posibilidades de ser reanimados que los de otras razas (McNally et al., 2011) y que el nivel socioeconómico también influye en la supervivencia de una PCR (Vaillancourt et al., 2008), algo que en principio no debería ocurrir.

Terminar con los esfuerzos de reanimación

Hasta ahora se ha hablado de cómo pueden influir los principios fundamentales de la ética médica a la hora de iniciar o no maniobras de resucitación, pero una vez que se han empezado esas maniobras habrá que preguntarse cuándo se deben finalizar. En España, el SVA está a cargo de los médicos, o enfermeros si aquéllos no estuvieran disponibles, y son de los que depende el continuar o no las maniobras de reanimación una vez estas se han iniciado por el primer interviniente. El personal que inicie maniobras de reanimación debe continuar con ellas hasta que llegue un SVA y se haga cargo del paciente, salvo circunstancias especiales como la fatiga del reanimador, que este corra peligro, que se recupere pulso, que tenga voluntades anticipadas que indiquen que no quiere ser reanimado... Pero en otros países de nuestro entorno, rara vez los médicos atienden las PCREH, por lo que al ser paramédicos en la mayoría de los casos y al no poder diagnosticar la muerte, necesitan de unas reglas para terminar la reanimación (*Termination of Resuscitation Rules* (TOR)) para no tener que trasladar a todas las PCREH hasta el hospital realizando maniobras de resucitación. Estas reglas han sido analizadas en numerosos artículos (Chiang, 2015; Morrison et al., 2006) y validadas tanto para cuando se hace soporte vital básico (SVB) como SVA.

Pero aun con estas reglas, los estudios van haciendo ver que la duración de la RCP no es algo que se pueda definir con precisión, y mientras que hasta hace años se indicaba que tras 20 ó 30 minutos de resucitación sin éxito se podían abandonar los esfuerzos, recientemente han salido estudios que indican que al menos se debe esperar 40 minutos para finalizar una resucitación sin éxito (Nagao et al., 2016) y es posible que en unos años, con la llegada de nuevas tecnologías, esto vuelva a cambiar.

El 65,3% de los profesionales encuestados opina que la edad no influye a la hora de iniciarse una RCP.

¿Por qué estas reglas pueden tener tanta importancia y por qué no seguir más tiempo con la reanimación o llevarles siempre hasta el hospital? En un principio podría pensarse que es debido a un problema económico, ya que si todo se trasladara al hospital el coste económico sería muy

importante. Pero esto no es así; es más un problema ético que económico ya que, el continuar una reanimación sin opciones reales de recuperación se podría considerar distanasia, prolongando la vida sin perspectiva de cura y llevando a cabo reanimaciones fútiles que se prolongan sin sentido. Se debería pensar en el sufrimiento que se produce en el familiar cuando se prolongan los esfuerzos de reanimación, bien por la incertidumbre que

tienen que soportar mientras esta dura, bien por el sentimiento de pensar que el paciente puede estar sufriendo. Sobre todo no debemos cargar sobre ellos la decisión de parar la resucitación cuando se sabe que esta es fútil.

Presencia familiar durante la RCP

Es importante invitar a los familiares del paciente a que estén presentes mientras se realiza las maniobras de RCP. Tradicionalmente a las familias, cuando se iniciaban maniobras de resucitación, se les pedía amablemente que abandonaran la habitación y se cerraba la puerta. Aún hay equipos de emergencia que lo hacen aunque cada vez son menos. Lo justificaban diciendo que las técnicas pueden ser traumáticas para los familiares o que éstos pueden llegar a interrumpir el buen funcionamiento del equipo de reanimación, cuando en diversos estudios (Meyers et al., 2000) se indica que eso no ocurre cuando se siguen unas recomendaciones básicas, como avisar cuando se vaya a proceder a maniobras que puedan ser cruentas o desagradables para alguien lego. Desde la década de 1980, el que un miembro de la familia pueda estar presente en el proceso de reanimación se convirtió en una práctica aceptada en muchos países (Doyle et al., 1987). Hay múltiples estudios que apoyan la recomendación de dejar estar presente a la familia mientras se reanima a su ser querido (Compton et al., 2014), ya que podrán ver que se hizo todo lo posible por éste, lo que reducirá su ansiedad y temor, disminuirá su culpabilidad, podrá ser una ayuda para el paciente y para el personal que le atiende, les dará tiempo para aceptar la realidad de la muerte y les facilitará la reacción de duelo. Esta presencia no debe ser obligada, pero sí se debe dar la oportunidad de que estén presentes y presencien los intentos y esfuerzos que el personal del equipo de emergencias hace por su ser querido.

Continuar una reanimación sin opciones reales de recuperación podría considerarse distanasia.

Además, el ver cómo los profesionales están haciendo todo lo posible y van observando que pese a todos los esfuerzos su familiar no recobra el pulso, puede ayudar a asimilar que su ser querido ha fallecido, algo muy importante si queremos plantear posteriormente el traslado del paciente con la intención de que sea candidato a ser donante de órganos.

Donación de órganos

En muchas ocasiones los esfuerzos de resucitación no van a tener el resultado que se deseaba cuando se iniciaron las maniobras de RCP, es decir conseguir pulso espontáneo en el paciente. Pero puede ser una oportunidad para otras personas. Esta oportunidad será triple, ya que en el caso de los donantes tras un fallecimiento el beneficio se va a encontrar en:

- Los posibles receptores de órganos y tejidos, haciendo que su vida mejore en calidad e incluso pudiendo hacer que se prolongue en cantidad.
- La familia, que van a ver que algo tan inútil como la muerte de su ser querido, puede ayudar a otros y se van a sentir reconfortados de alguna manera.
- El paciente, ya que la posibilidad de ser donante es un derecho y siempre se debe dar esa posibilidad.

Los profesionales sanitarios cada vez están más concienciados en esta oportunidad y la actitud favorable de estos (Mateos et al., 2011) hace que cada vez se produzcan más donaciones en asistolia. España es pionera en este tipo de donación y ha sido en los últimos años fuente de vida.

Debe quedar muy claro que el objetivo de la RCP es conseguir pulso espontáneo, y que sólo cuando se ha fracasado en este objetivo, debe plantearse la posibilidad de donación, ya que aunque se va a seguir manteniendo el masaje cardíaco y la ventilación igual que si se estuviera reanimando al paciente, en el momento en que se toma esa decisión se dejan de administrar fármacos. El protocolo sería el siguiente:

A la familia debe dársele la oportunidad de estar presente durante las maniobras de RCP.

1. *Alerta al centro hospitalario de referencia y al coordinador de trasplantes de guardia.*
2. *Oxigenación y ventilación:*
 - a) *Intubación traqueal con el tubo orotraqueal del mayor calibre posible.*
 - b) *FiO₂ de 1, con una frecuencia ventilatoria de 15 por minuto.*
3. *Masaje cardíaco externo:*
Durante todo el traslado, con una frecuencia de 100 compresiones por minuto.
4. *Accesos venosos, fluidoterapia y fármacos:*
 - a) *Colocar acceso venoso de elección antecubital.*
 - b) *Evitar la sobrehidratación y no administrar fármacos.*
5. *Transporte:*
El transporte en ambulancia se realizará a velocidad constante, evitando aceleraciones y desaceleraciones. (Matesanz et al., 2012)

¿Cuándo se debe pensar que se ha fracasado en el objetivo? Es decir, ¿en qué momento cambiaría el objetivo? Como se dijo antes, cada vez se van aumentando los tiempos en que se realizan los esfuerzos de reanimación y de los 20 minutos que se indicaban en un primer momento, ahora se habla de 30 minutos e incluso más. Esto lleva a que decidir en qué momento se decide cambiar el objetivo de las maniobras de resucitación sea difícil si no se tienen unos protocolos claros y definidos. Por suerte en España estos protocolos son así y están en constante revisión. Últimamente hay profesionales que abogan por continuar con las maniobras de RCP hasta la llegada al hospital, igual que si no se hubiera cambiado el objetivo, es decir, continuar administrando fármacos, de forma que lo único que realmente se haría es continuar con las maniobras de reanimación hasta la llegada al hospital, donde una vez certificada la muerte se procedería a la donación.

La investigación en el campo de la reanimación

Otro tema controvertido es la investigación durante la RCP. Para cualquier estudio de investigación experimental es necesario haber pasado por un comité de ética que lo apruebe, tras analizar la justificación ética y validez científica de la investigación, y además es necesario el consentimiento informado del paciente para poder incluirlo en el estudio.

En el caso de la RCP el paciente está inconsciente y debido a la emergencia de la situación no es posible recabar el consentimiento informado de los familiares, ya que además de no tener tiempo para explicarles e informarles de lo que están consintiendo con su firma, no están en las condiciones psicológicas óptimas para hacerlo. Es por ello que si el procedimiento o fármaco a investigar se realiza exclusivamente durante la propia RCP habrá

que considerar utilizar el estándar del consentimiento presunto; si el procedimiento en investigación se prolonga más allá de la propia RCP se utilizará el consentimiento diferido, es decir se solicitará el permiso a la familia (Monzón et al., 2010). Por lo tanto, consentimiento presunto sería sólo en aquellos casos donde la experimentación con fármacos y/o maniobras se desarrollen durante la RCP o, en el caso de obtener pulso espontáneo, durante el tiempo inmediato después de este momento (en el caso de las PCREH sería hasta la llegada al hospital), pues se considerará que el paciente ha dado su consentimiento siempre y cuando un comité ético haya considerado previamente esta posibilidad.

Además, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) indica que hay una “excepción al requisito de consentimiento informado en estudios de situaciones de emergencia en que el investigador anticipa que muchos sujetos serán incapaces de consentir. Algunas veces los protocolos de investigación son diseñados para

El beneficio de la donación es triple, para el receptor, para la familia y para el donante.

investigar condiciones que ocurren de forma repentina, incapacitando a los pacientes/sujetos para dar consentimiento informado. Ello ocurre, por ejemplo, en casos de trauma cerebral, paro cardiopulmonar y accidente vascular encefálico”. (Lolas, 2002)

Dentro de los temas de investigación se debe hablar de los registros de paradas cardiorrespiratorias como el OHSCAR (Rosell et al., 2015), registro español que ayuda en temas de investigación y pretenden que día a día sean mejores los tratamientos a las víctimas de una PCR. El personal sanitario debe saber que se está éticamente obligado a contribuir con los datos que se soliciten en estos registros, ya que de no hacerlo se estarán impidiendo avances científicos que podrían ayudar en el futuro a numerosas víctimas.

Formación y práctica de los procedimientos en los recién fallecidos

La realización de procedimientos médicos en pacientes recién fallecidos y en los pacientes casi fallecidos es una actividad de formación tradicional entre los médicos (Berger et al., 2002). Esta práctica se basa en que el beneficio que se obtiene a la hora de adquirir experiencia o formar a alguien que luego tendrá que utilizar esa técnica es superior a los daños potenciales que se hacen al paciente. Y es aquí donde se encuentra un dilema ético: ¿qué es más importante, los futuros pacientes que se pueden beneficiar del entrenamiento o adquisición de habilidades técnicas por parte del personal sanitario o la necesidad de respetar a las personas? Está claro que esta práctica no tiene ningún beneficio sobre el paciente, que éste no está en condiciones para dar su consentimiento y que, como se comentó en el caso de la investigación, la familia no está en el mejor momento para ser preguntados e incluso simplemente la pregunta podría molestarles, hacerles enfadar y que lleguen a pensar que no se ha hecho todo lo posible por su ser querido, ya que hay estudios que indican que hasta casi la mitad podrían enfadarse si fueran preguntados. (Morag et al., 2005)

Así pues, habrá dos situaciones en las que decidir qué se debe hacer: durante las maniobras de resucitación y con el paciente recién fallecido. En el primer caso habrá que preguntarse si técnicas como la intubación orotraqueal o la canalización de vías venosas la debe hacer la persona más experimentada, o se debe dejar que las hagan a aquellos que están aprendiendo para que cojan destreza y aprendan dichas maniobras. Podría pensarse que lo mejor para el paciente sería que lo hiciera el más experimentado, pero esto ocurriría con cualquier técnica que se quiera aprender, tanto de reanimación como de exploración. Está claro que la práctica lleva a la mejora y que en la formación es algo habitual, como lo es en la

formación de médicos y enfermeros residentes, que nadie pone en duda, pero cuando estas prácticas las hacemos iniciando maniobras de reanimación en pacientes que por sus circunstancias no las hubiéramos iniciado, ¿no se estará obrando incorrectamente desde el punto de vista ético?

Además, hay técnicas que habitualmente no se hacen, razón por la que se pierde práctica, lo que lleva a realizarlas en pacientes que no pueden sobrevivir, y en los que resultarán inútiles, pero de los que se derivarán beneficios para futuros pacientes. ¿Es correcto? ¿Se debería pedir consentimiento a la familia en estos casos?

También las prácticas sobre los recién fallecidos pueden plantear cuestiones éticas de difícil respuesta. Es conocido que los recién fallecidos siguen teniendo un valor importante para la educación médica. Dentro de las filosofías seculares y racionales, los cuerpos fallecidos no tienen intereses, ni tampoco autonomía, y por tanto no puede ser violada dicha autonomía. Sin embargo en algunas creencias religiosas y culturales, el espíritu o el alma de los muertos recientes pueden ser dañados o alterados por las invasiones corporales *postmortem* y se debe un respeto innato a los difuntos. Por todo ello, ahora se recomienda solicitar el consentimiento familiar para las prácticas sobre el recién fallecido, aunque no siempre se lleva a cabo.

Se recomienda solicitar el consentimiento familiar para las prácticas sobre el recién fallecido, aunque no siempre se lleva a cabo.

Conclusiones

Durante la práctica de la medicina de urgencia y emergencia y en especial durante las maniobras de resucitación pueden surgir gran cantidad de conflictos éticos difíciles de resolver. Habitualmente estas decisiones se tienen que tomar rápidamente y sin poder disfrutar de un tiempo de reflexión. Es por ello que cualquier persona que tenga que enfrentarse a este tipo de maniobras, debería haber reflexionado antes sobre el tema. También sería deseable que las sociedades científicas, mediante sus comités de ética, se pronunciaran claramente sobre ello, evitando que cada cual haga lo que crea más oportuno y generando una incertidumbre sobre lo que es correcto y lo que no.

Bibliografía

- Berger, J. T; Rosner, F. & Cassell, E. J. (2002). Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. *J Gen Intern Med*, 17(10), pp. 774-778.
- Bossaert, L. L. P. G; Askitopoulou, H; Raffay, V. I; Greif, R; Haywood, K. L; Mentzelopoulos, S. D; Nolan, J. P; Van de Voorde, P; Xanthos, T. T; Ethics of resuscitation, & Collaborators, e.-o.-l. d. s. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95, pp. 302-311.
- Cardiopulmonary resuscitation. (1966). *JAMA*, 168(4), pp. 372-379.
- The Closed-Chest Method of Cardiopulmonary Resuscitation-Revised Statement. Editorial. (1965). *Circulation*, 31(5), 641-643. doi: 10.1161/01.CIR.31.5.641
- The Closed Chest Method of Cardiopulmonary Resuscitation Benefits and Hazards. Editorial. (1962). *Circulation.*, 26(3), p. 324.

- Compton, S., & Fernandez, R. (2014). Presence during cardiopulmonary resuscitation is beneficial to family members in the out-of-hospital setting. *Evid Based Med*, 19(1), 13. doi: 10.1136/eb-2013-101352
- Chiang, W. C. K. P; Chang, A. M; Liu, S. S; Wang, H. C; Yang, C. W; Hsieh, M. J; Chen, S. Y; Lai, M. S. y Ma, M. H. (2015). Predictive performance of universal termination of resuscitation rules in an Asian community: are they accurate enough? *Emerg Med J*, 32(4), pp. 318-323.
- Doyle, C. J; Post, H; Burney, R. E; Maino, J; Keefe, M. & Rhee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med*, 16(6), pp. 673-675.
- Kouwenhoven, W. B; Jude, J. R. & Knickerbocker, G. G. (1960). Closed-chest cardiac massage. *JAMA*, 173, pp. 1064-1067.
- Lolas Stepke, F. (2002). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. from http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
- Mancini, M. E; Diekema, D. S; Hoadley, T. A; Kadlec, K. D; Leveille, M. H; McGowan, J. E; . . . Sinz, E. H. (2015). Part 3: Ethical Issues: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 132(18 Suppl 2), pp. S383-396. doi: 10.1161/cir.0000000000000254
- Mateos Rodríguez, A. A; Sánchez Brunete Ingelmo, V; Navalpotro Pascual, J. M; Barba Alonso, C. & Martín Maldonado, M. E. (2011). Actitud de los profesionales de emergencia ante la donación de órganos tras una muerte cardiaca. In I. V. N. p. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Ed.), (Vol. 23, pp. 204-207): Emergencias.
- Matesanz Acedos, R; Coll Torres, E; Domínguez-Gi González, B. & Perojo Vega, L. (2012). Donación en Asistolia en España: Situación actual y Recomendaciones. Retrieved 09/04/2016, 2016, from <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPA%C3%91A.%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf>
- McNally, B; Robb, R; Mehta, M; Vellano, K; Valderrama, A. L; Yoon, P. W; . . . Prevention. (2011). Out-of-hospital cardiac arrest surveillance --- Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES), United States, October 1, 2005--December 31, 2010. *MMWR Surveill Summ*, 60(8), pp. 1-19.
- Meyers, T. A; Eichhorn, D. J; Guzzetta, C. E; Clark, A. P; Klein, J. D; Taliaferro, E. & Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs*, 100(2), pp. 32-42; quiz 43.
- Mohr, M. K. D. (1997). Ethical aspects of resuscitation. *Br J Anaesth*, 79(2), 253-259.
- Monzón, J. L; Saralegui, I; Molina, R; Abizanda, R; Cruz Martín, M; Cabré, L; . . . Masnou, N. (2010). Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Medicina Intensiva*, 34(8), 534-549. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2010.04.013>
- Morag, R. M; DeSouza, S; Steen, P. A; Salem, A; Harris, M; Ohnstad, O; . . . Brenner, B. E. (2005). Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med*, 165(1), 92-96. doi: 10.1001/archinte.165.1.92
- Morrison, L. J; Visentin, L. M; Kiss, A; Theriault, R; Eby, D; Vermeulen, M; . . . Investigators, T. (2006). Validation of a rule for termination of resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*, 355(5), pp. 478-487. doi: 10.1056/NEJMoa052620

- Nagao, K; Nonogi, H; Yonemoto, N; Gaieski, D. F; Ito, N; Takayama, M; . . . Group, J. C. S. w. R. S. S. (2016). Duration of Prehospital Resuscitation Efforts After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*. doi: 10.1161/circulationaha.115.018788
- Rosell Ortiz, F; Escalada Roig, F; Navalpotro Pascual, J. M; Iglesias Vázquez, J. A; Echarri Sucunza, A; Cordero Torres, J. A; . . . Fernández Valle, P. (2015). Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry (OHSCAR). Results of the first year. *Resuscitation*, 96, Supplement 1, p. 100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.09.238>
- Vaillancourt, C; Lui, A; De Maio, V. J; Wells, G. A. & Stiell, I. G. (2008). Socioeconomic status influences bystander CPR and survival rates for out-of-hospital cardiac arrest victims. *Resuscitation*, 79(3), pp. 417-423. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.07.012