



HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ

Humanizando
la asistencia sanitaria

Documento CBA 1/2007

Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial sobre la Reanimación Cardiopulmonar en el medio Hospitalario

Puede consultar todos los documentos e información en:
<http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/organizacion/CBA.html>

DEPARTAMENT DE SALUT 2 - CASTELLÓ. HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ
Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel. 964726500 - Fax 964726645/3

Última revisión enero de 2007

Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial (CBA) sobre la Reanimación Cardiopulmonar en el medio Hospitalario

<u>ÍNDICE</u>	Página
○ Propósito	3
○ Introducción	3
○ Límites de la RCP	4
I No instauración de la RCP	
II Finalización de la RCP	
○ Límites de la RCP pediátrica	5
I No instauración de la RCP	
II Finalización de la RCP	
○ Órdenes de No Reanimación	6
○ Comentario final	7

ACRÓNIMOS

CBA: Comité de Bioética Asistencial

DNR: Orden de No Reanimación (en inglés)

DNAR: Orden de No Intentar la Reanimación (en inglés)

PCR: Parada Cardiorespiratoria

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

COMENTARIO FINAL

En nuestro país y nuestro ambiente, hoy por hoy, el paciente y sus familiares adoptan frecuentemente una postura de *waiving*, esto es, cesión de su derecho de decisión en manos de terceros a quienes consideran más capacitados para tomar decisiones adecuadas (en este caso el profesional). Por ello, es frecuente que, en situaciones de PCR no se disponga de información sobre cuál debe ser la actitud del reanimador.

También es un hecho, que, aún durante un ingreso hospitalario de un paciente de riesgo, no sea habitual que se le plantee, de forma anticipada, el otorgar el consentimiento informado ante posibles situaciones de PCR y RCP subsiguiente.

Ante estas circunstancias ambientales, y con respecto a la decisión de inicio o abstención de las maniobras de reanimación, **el potencial reanimador debe plantearse:**

● **la RCP, desde un punto de vista prioritario de la no maleficencia y de la posible beneficencia para el paciente**, prescindiendo (excepto que esté bien establecida y documentada) de la voluntad expresada al respecto de la misma (beneficio de la urgencia), y,

● la limitación de su instauración sólo para aquellos casos en que la futilidad de los esfuerzos (justicia) (veáse Tabla 1) sea previsible, en función de la situación del paciente (evidencia de muerte establecida y tiempo transcurrido o evolución de situaciones patológicas adecuadamente tratadas sin éxito).

En ausencia de directrices anticipadas claramente expresadas y conocidas, la actuación ante una PCR se basa en el consentimiento presunto, dada la situación de emergencia vital inminente e indiferible que representa.

Ello no es óbice para que, cualquier actuación

posterior al inicio de las maniobras de RCP, (y conocidas circunstancias sobre situación previa del paciente y de la instauración de la PCR), pueda incluir la suspensión de las maniobras de reanimación.

En la aplicación de los principios de la PCR / RCP se debe diferenciar entre:

1) Un evento final de una enfermedad evolutiva, grave y en fase terminal.

2) Una PCR subsidiaria de RCP por su potencial reversibilidad con las excepciones de renuncia por parte del paciente y / o sus representantes, la presunta futilidad del esfuerzo, o el consiguiente retraso en la atención de otros pacientes con mayores probabilidades de supervivencia.

Existe una versión ampliada de este documento, a disposición de cualquier persona interesada, en Dirección y en el Comité de Bioética Asistencial.

ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN

Se llaman órdenes de no reanimación (DNR), o menos frecuentemente de no intentar la reanimación (DNAR ó NTBR) aquellas indicaciones médicas que se establecen en base a la voluntad del paciente, o de sus representantes legales, o como consecuencia de una más que posible futilidad de cualquier intento de RCP.

Los médicos tienen el deber de instruir a sus pacientes acerca de que, el hecho de no instaurar maniobras de reanimación cardiopulmonar, no es sinónimo que “no hacer nada en caso de riesgo” o “dejar morir” al interesado; sino que, una RCP no puede alterar el curso de una enfermedad terminal y su pronóstico, y que, en cambio, puede prolongar innecesariamente el proceso de muerte, agrediendo gravemente la dignidad del individuo.

Debe animarse a que pacientes y familiares expresen libremente sus preferencias ante estas circunstancias y se debe establecer una forma de **registro de estos deseos**, o de la delegación de representantes autorizados para la toma de decisiones.

Las llamadas voluntades o **directrices anticipadas** (en forma de “testamentos vitales” o de “delegaciones de representantes autorizados”) son aún infrecuentes en nuestro ambiente, y su carácter vinculante es considerado de forma irregular por parte de las estructuras jurídicas, ante posibles casos de reclamación legal; y, sin embargo, representan una orientación de primer orden ante el hecho de una PCR, fundamentalmente, en el ámbito hospitalario.

La TABLA 2 resume algunas de las características que se asociadas a la DNR.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DE LAS ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN
- Son todavía una práctica infrecuente y casi exclusiva del medio hospitalario, PERO ALTAMENTE RECOMENDABLE
- Las ordenes de DNR deben figurar de forma visible, clara y no confundible en la portada de la Historia Clínica “activa” y en el sobre de archivo definitivo de la misma. Se recomienda la adhesión de una etiqueta de color distinto (azul intenso y fosforescente o similar) con la expresión “NO RCP”
- Previenen intentos inapropiados y esfuerzos fútiles
- Evitan atentar contra la dignidad del individuo, prolongando innecesariamente el proceso de muerte
- Previene generar falsas expectativas y alentar dolorosas esperanzas
- Sólo pueden tomarse tras discutirse con el paciente / familia / representantes legales; y tras ofrecer los oportunos consejos y recomendaciones respecto a la oportunidad y posibles consecuencias de las DNR
- Los actuales sistemas de aparente valoración objetiva de lo apropiado de las órdenes de DNR no son fiables, y la decisión debe basarse en el saber profesional del médico responsable
- Las órdenes de DNR establecidas deben ser revisadas periódicamente
- Cuando se acuerde una actitud de DNR debe ser registrada por escrito, de forma clara y visibles para todos los profesionales, y debe ser justificada en sus premisas
- Debe garantizarse la comprensión de la actitud de DNR y la asunción de todo el personal implicado

PROPÓSITO

El propósito del CBA al elaborar este documento sobre la práctica de la reanimación cardiopulmonar (RCP) en el medio hospitalario es el de transmitir un mensaje simple, comprensible y racional a aquellos profesionales que pueden encontrarse ante una parada cardiorrespiratoria (PCR) y deban tomar la decisión de poner en marcha, o no, los procedimientos de RCP consagrados como científicamente adecuados.

Existen tres hechos que queremos destacar:

- **No en todos los pacientes que presentan una PCR durante su ingreso hospitalario deben intentarse las maniobras de RCP.**
- **Si puede o debe plantearse una decisión de No Intentar la Reanimación (DNR), la actitud más adecuada es tratar el hecho previamente con el paciente y sus representantes o allegados, capaces de tomar una decisión, y que esta sea consensuada en cada caso particular, conforme la evidencia disponible.**
- **Existen circunstancias en que el profesional puede y debe establecer por sí mismo la decisión de DNR, debiendo quedar adecuada constancia escrita de la misma.**

Hechas éstas consideraciones, este documento se estructurará de forma que recoja las situaciones que se asocian con un más que probable fracaso de la RCP, con la futilidad de la misma y con el establecimiento de órdenes de NO REANIMACIÓN (DNR).

INTRODUCCIÓN

a) Infortunadamente, la muerte como final del ciclo vital no es evitable, y sólo en casos muy concretos, aplazable.

b) Los resultados primarios de la RCP pueden ser sólo de tres tipos:

- 1- Muerte inmediata de la víctima.
- 2- Recuperación completa con o sin lesión de la pared toracoabdominal y de los órganos subyacentes.
- 3- Daño neurológico de intensidad variable, con o sin muerte tras períodos variables de estancia ya en una UCI o en un centro de atención mínima.

c) Se hace preciso **establecer los límites** que puedan aplicarse a los intentos de reanimación cardiopulmonar, y proporcionar a todos los implicados en la RCP unas directrices o recomendaciones de actuación.

d) El reanimador debe considerar que el móvil prioritario de su actuación es la conservación de la vida, y las maniobras de RCP deben ser iniciadas lo más inmediatamente posible, a fin de que **esa conservación de la vida se asocie a los menos daños secundarios permanentes.**

e) La **polémica sobre la posible futilidad de la RCP** ha conducido a la evidencia de que, la misma, no debe ser iniciada ante pacientes en los que son evidentes los signos de muerte, y tampoco **en aquellos casos en que pueda presumir-**

se esa misma futilidad, como en las siguientes situaciones:

- Deterioro progresivo de las funciones vitales (shock evolucionado).
- Tiempo de retraso en inicio de RCP mayor de 10 minutos.
- Traumatismos con grandes pérdidas de integridad craneal, torácica o abdominal.
- Situaciones de demencia senil incapacitante e invalidante.
- Estados vegetativos permanentes o persistentes.
- Situaciones de fracaso funcional de 3 o más sistemas orgánicos, durante tres días o más, en pacientes mayores de 70 años.

f) La pérdida de la capacidad de expresión del consentimiento recomienda el inicio de los esfuerzos de reanimación, si no se dispone de ninguna otra información.

g) A falta de evidencia (conocimiento de la existencia de directrices avanzadas o notas en la historia clínica, debidamente consignadas y registradas) de que el paciente tiene establecido lo que podríamos llamar su modelo de vida o mejor del final de su vida, el consentimiento presunto o implícito es de aplicación en estas situaciones.

h) Ello no debe ser óbice para que los deseos del paciente, expresados de forma consciente y válida, a través de sus familiares, allegados o del mismo personal asistencial, deban ser tenidos en cuenta al plantear el mantenimiento de las maniobras de RCP.

LÍMITES DE LA RCP

Existen dos circunstancias en que el reanimador debe plantearse de forma activa los posibles límites de la RCP. Una hace referencia a la no instauración o inicio de los esfuerzos encaminado a la reanimación cardiopulmonar. La otra se refiere a la finalización de los esfuerzos de RCP ya iniciados.

I - No instauración de la RCP

Los médicos tienen la obligación moral de plantear a los pacientes expuestos a ello (o a sus allegados, familiares o representantes legales), la posibilidad de que, en el curso evolutivo de su proceso patológico, se produzca una PCR y animarles a que expresen sus preferencias y deseos respecto a una hipotética RCP y los límites de la misma, además de lo que cabe esperar de sus resultados. Esta información debe ser veraz, completa, comprensible y fehaciente.

En virtud de estas consideraciones se ha establecido la posibilidad de que el paciente elija, y por parte médica se establezcan, las órdenes de no reanimación, que serán tratadas más adelante.

II - Finalización de la RCP

La evidencia de retraso en la RCP de más de 5 minutos, así como un tiempo de reanimación de más de 20 minutos, o más de tres intentos consecutivos de desfibrilación sin que se haya conseguido restaurar una circulación espontánea son criterios que permiten dar por finalizados los intentos de RCP.

En cualquier caso, la decisión de interrumpir definitivamente las maniobras de RCP debe ser una decisión médica, tomada por el responsable último (profesional de mayor experiencia o nivel profesional) del equipo de reanimación, con experiencia suficiente y apelando al acuerdo del equipo reanimador.

LÍMITES DE LA RCP PEDIÁTRICA

En la actualidad existe un amplio consenso internacional respecto a los límites de la RCP en pediatría, en especial en el ámbito de la Neonatología.

I - No instauración de la RCP

- Cuando el tiempo de retraso sea mayor a 20 minutos en el inicio de la RCP o signos evidentes de muerte biológica.
- Cuando la PCR supone la evolución natural de una enfermedad irreversible, grave, en fase terminal.
- En neonatos prematuros menores de 23 semanas y/o menores de 400 gramos, ya que se consideran por debajo del límite de viabilidad, salvo en los casos que presenten gran vitalidad al nacimiento.
- En neonatos con diagnóstico prenatal de certeza, de anomalías congénitas severas, incompatibles con una vida aceptable (anencefalia, trisomía 13 y 18).

II - Finalización de la RCP

- Una vez iniciada la RCP se confirma la existencia de enfermedad grave irreversible en fase Terminal o anomalía congénita letal ,o la existencia de una orden de no RCP.
- Al igual que en adultos, cuando el tiempo de reanimación supere los 20 minutos, excepto en el caso del neonato , en el que, se deben suspender las maniobras cuando no se ha conseguido restablecer la circulación a los 10 minutos de RCP, dada la elevada incidencia de secuelas neurológicas muy graves pasado este tiempo.

En aquellos casos en los que no existan evidencias o directrices claras, la decisión de no reanimación en cada caso concreto, **se debe tomar de forma consensuada con ambos padres o tutores del niño, ya que este no puede expresar su voluntad.** En los casos de niños mayores con madurez suficiente y plena conciencia de su enfermedad, deben considerarse capacitados para expresar su voluntad respecto al final de su vida y ésta debe ser tenida en cuenta .

La siguiente Tabla intenta dar una visión global de las situaciones asociadas a mal pronóstico de la RCP *per se* y que, por lo tanto, autorizan a una razonada no instauración (o una limitación) de los esfuerzos de RCP.

TABLA 1
FACTORES ASOCIADOS A UN MAL PRONÓSTICO EN RCP
A) Existentes con anterioridad a la PCR - Cáncer metastásico - Encefalopatía anóxica - Fracaso multiorgánico de más de tres días de instauración en pacientes mayores de 70 años - Cirrosis descompensada, Tipo Child III - Fracaso renal no dializable - Fallo cardíaco congestivo, Clase IV de la NYHA - Enfermedad respiratoria crónica avanzada y limitante - Sépsis avanzada no tratada B) Factores concomitantes a la PCR - Parada cardíaca en línea isoelectrica - Disociación electromecánica - Retraso en inicio de RCP mayor de tres minutos - Retraso en primera desfibrilación mayor de 10 minutos