

Clasificación del nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar: aspectos médicos y bioéticos

Luis Antonio Gorordo Delsol,* Samuel Weingerz Mehlt†

RESUMEN

El soporte vital y la reanimación cardiocerebropulmonar son medidas cotidianas en la práctica médica, particularmente en los pacientes en estado crítico, y siempre que se deba tomar una decisión sobre cuáles son las intervenciones se aplicará a cada paciente tomando en cuenta su diagnóstico, escalas de severidad y la voluntad del paciente (o en algunos casos de la familia). Cada decisión en estos casos representa un problema ético, en algunos países existen guías y legislaciones que ayudan a tomar estas directrices, no es el caso de México en donde apenas se cuenta con documentos de voluntad anticipada. Hasta ahora, no había una clasificación que guiara las medias de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar que se aplicarán a estos pacientes; la clasificación en México, propuesta en este trabajo, se cataloga en cinco grupos: reanimación, soporte vital, retener medidas, retirar medidas y donadores de órganos. Se deberán crear guías intrahospitalarias así como la consulta frecuente a los Comités de Bioética para la toma determinaciones sobre el nivel de soporte vital y reanimación en cada caso.

Palabras clave: Ética, soporte vital, reanimación, paciente crítico.

INTRODUCCIÓN

Los aspectos éticos del soporte vital (SV) y reanimación cardiocerebropulmonar (RCCP) no sólo incluyen los principios éticos fundamentales de la práctica ordinaria en medicina, sino además las decisiones éticas en situaciones de emergencia, así mismo se

SUMMARY

The life support and the cardio-cerebral-pulmonary resuscitation are daily measures in the medical practice, in particular in those critical ill patients, and always that the medical staff need to take a decision about which interventions will be apply to each patient, taking for that decision the diagnosis, severity scores and the patient's will (or in some cases the family). Each decision in these cases represents an ethical problem, in some countries there are guidelines and legislations that helps, that's not the case in Mexico where only exists the anticipate will document. Until now, there was any classification that guide the life support and cardio-cerebral-pulmonary resuscitation measures that will be apply to those patients; the Mexico's Classification that is proposed in these article catalogs in five groups: reanimation, vital support, withhold, withdraw and organ donor. Hospital guidelines shall be established and frequent consultation to the Bioethics Committees for making determinations about the level of life support and resuscitation in each case.

Key words: Ethics, life support, resuscitation, critical patient.

deben contemplar otros aspectos como: decisiones en posibles donantes de órganos, procesos de enseñanza de maniobras, investigación en reanimación cardiopulmonar (RCP) y manejo de la información a los padres de los niños que han sufrido un paro cardiorrespiratorio o incluso de los que han fallecido, tomar en cuenta documentos de «voluntad anticipada» y quién debe ser la persona responsable de decidir por pacientes en estado de incapacidad, el tomar decisiones para ser justos y equitativos en situaciones de escasos recursos, etc., particularmente en momentos de estado crítico, enfermedades crónicas y enfermedades terminales, y con la descripción de técnicas y desarrollo de tecnologías que permiten dar al paciente soporte vital los dilemas bioéticos que se han incrementado (Graham, 2008).

* Residente de segundo año de Urgencias Médico-Quirúrgicas, Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

† Director de Planeación y Desarrollo Académico. Comisión Nacional de Bioética.

Fecha de recepción: 3 de marzo 2013

Fecha de aceptación: 20 de marzo 2013

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/medicinacritica>

Múltiples publicaciones internacionales tales como la «Declaración de Ética de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva» (Castillo Valery, Declaración de Ética de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 1993), el Consenso entre la Asociación Médica Británica, el Colegio Real de Enfermería y el Concilio de Animación (*British Medical Association*, 2007), discuten las indicaciones de cuándo detener o no iniciar maniobras de RCP; Claude Beck acuñó la frase «Un corazón demasiado sano para morir», se puede llevar al paciente a sufrimiento continuo en una hospitalización prolongada con una muerte inevitable; sin embargo, ninguna de las anteriores u otras revisadas hacen mención a medidas específicas o niveles de soporte vital y reanimación (Eisenberg & Mengert, 2011).

Las Guías de la *American Heart Association* publicadas en 2010 hacen mención a dos principios éticos elementales en la atención al paciente, autonomía y futilidad, en referencia a la capacidad del paciente de decidir sobre la terapéutica que desea o no recibir como parte de su atención de salud, así como la utilidad de determinada medida (Morrison, 2010).

Desafortunadamente la sociedad tiene un desarrollo más acelerado, en consecuencia, al observar este contexto se percibe la necesidad de legislar ciertas situaciones. Para esta labor la bioética se vuelve una disciplina útil en la formulación de leyes y normas que salvaguarden la dignidad humana y los derechos fundamentales.

Los últimos momentos de la vida tienen un alto grado de significación para todos aquellos que rodean al enfermo: familia, amigos, vecinos, comunidad, médicos, personal de enfermería, psicólogos, laboratoristas, técnicos y abogados; son momentos en los que éste suele despedirse, repartir sus pertenencias y buscar la paz espiritual. Las muestras de perturbación y depresión son síntomas comunes en quienes tienen alguna relación con el que está por morir.

Numerosas legislaciones proponen reglamentos y leyes para medidas de «No resucitar»; mismas que ya se aplican en algunos países europeos y en Estados Unidos. Hay países pioneros en este tipo de legislación, entre los que podemos mencionar a Holanda en donde en abril de 2002 entró en vigor una ley sobre la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio (incluso sin estar en la fase terminal de una enfermedad). Bélgica quienes en mayo de 2002 regularon y despenalizaron la eutanasia; y Estados Unidos, país que desde la década de los 70

maneja los documentos de voluntad anticipada, aunque es desde inicios de la década de los 90 cuando se promulgó una ley al respecto. Asimismo, en varios países de Latinoamérica se está planteando legislar sobre las voluntades anticipadas.

No se tiene evidencia de clasificaciones publicadas ni establecidas sobre el nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar que se deba aplicar en los pacientes en general, ni en la particularidad de pacientes graves, críticos o terminales.

En México, las primeras fueron publicadas en 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, titulada «Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal» que es, básicamente, un documento notariado en donde el paciente rechaza manejo avanzado en caso de requerir soporte vital y paro cardiorrespiratorio.

En nuestro país un tema que ha preocupado y por el que se han hecho algunos esfuerzos de regulación es el de los cuidados paliativos, incluso ya se ha intentado promulgar una ley específica. En 2009 se adicionó a la Ley General de Salud el Título Octavo BIS, el cual cuenta con 21 artículos (del 166 BIS al 166 BIS-21), cuyo contenido es:

1. Glosario de términos (enfermedad terminal, cuidados paliativos, medios ordinarios y extraordinarios, muerte natural, entre otros).
2. Derechos de los enfermos en situación terminal.
3. Facultades y obligaciones de las instituciones de salud.
4. Derechos, facultades y obligaciones del personal de salud.

Cabe mencionar que su reglamento aún no ha sido expedido.

En el título que se adicionó a la Ley General de Salud se especifican los derechos del enfermo terminal; éstos son:

- Recibir atención médica.
- Solicitar su alta voluntaria.
- Otorgar consentimiento informado (tomar o abandonar un tratamiento).
- Recibir cuidados paliativos.
- Designar a un representante para que exprese su voluntad cuando esté impedido.
- Recibir servicios espirituales.

Así mismo, si se tratase de un caso de urgencia médica en el que hubiera incapacidad del enfermo de dar su consentimiento y no se encontrara ningún

familiar o representante legal, las decisiones serán tomadas por dos médicos especialistas o por el Comité Hospitalario de Bioética.

Las «Recomendaciones sobre las maniobras de RCP» del Comité Asistencial de Ética del Hospital Universitario Central de Asturias clasifican cuatro niveles de pacientes según el estado y el conocimiento de las probabilidades de «recuperar» a los mismos, así como el imperativo moral que dichas maniobras implicarían (Bouza-Álvarez, 2004).

El estudio de Ochoa-Gómez y su grupo se realizó mediante una encuesta de opinión al personal de enfermería de un hospital de «La Rioja» sobre las medidas de soporte vital y reanimación, cuándo emplearlas y quiénes deben tener la decisión de aplicarlas (Ochoa, Ramalle, JL y colaboradores, 1998).

Después de analizar el marco de referencia bioético y legal que se ha publicado es posible preguntar: ¿Cómo podemos clasificar las medidas o niveles de soporte vital? ¿Cómo podemos determinar qué nivel asignarle a cada paciente?

¿CÓMO PODEMOS CLASIFICAR LAS MEDIDAS O NIVELES DE SOPORTE VITAL?

La clasificación en México y propuesta en este trabajo, permite clasificar la terapéutica en tres tipos: soporte vital (SV), reanimación cardiocerebropulmonar (RCCP) y cuidados paliativos (CP); dependiendo de las medidas que se administrarán al paciente.

Nivel A: son aquellos pacientes a los que se les administrarán todas las medidas de SV y RCCP; en principio, todos los pacientes deben tener este nivel hasta que no se tenga un diagnóstico o voluntad del paciente (y familiares) que pueda sugerir una modificación.

Nivel B: son aquellos pacientes a quienes se les proporcionará únicamente soporte vital tan avanzado como sea necesario; es decir, manejo avanzado de la vía aérea, infusión de soluciones diversas y de medicamentos de cualquier tipo (antibióticos, analgésicos, sedantes, relajantes, aminas), así como tratamientos invasivos como colocación de catéteres, diálisis en agudo, cardioversión; sin embargo, si el paciente presenta espontáneamente paro cardiorrespiratorio no se dará RCCP.

Nivel C: son aquellos pacientes en los que se cuenta previamente con un diagnóstico o voluntad anticipada que nos sugieren no prolongar la vida del paciente con medidas de SV y RCCP, por lo que se les administrarán cuidados paliativos, mis-

mo que deben ser mínimamente invasivos y que su uso sea para administrar medidas de confort.

Nivel D: son aquellos pacientes en los que ya se ha iniciado previamente manejos avanzados de soporte vital y RCCP; sin embargo, su patología presenta exacerbación, complicaciones, diagnósticos agregados o corroborados por estudios específicos que modifiquen con esto el pronóstico y calidad de vida del paciente; o bien que se tenga una notificación tardía de voluntad anticipada o cambio de decisión por los familiares. A estos pacientes se les debe disminuir progresivamente las medidas de apoyo y permitir la libre evolución de su patología.

Nivel E: son aquellos pacientes potencialmente donadores de órganos, quienes se encuentran en protocolo de estudio por muerte cerebral y se ha iniciado un proceso tentativo o definitivo de procuración de órganos y tejidos; se debe mantener al paciente con el soporte vital mínimo y necesario para preservar las funciones orgánicas hasta determinar si se realizará o no la procuración.

¿CÓMO PODEMOS DETERMINAR QUÉ NIVEL ASIGNARLE A CADA PACIENTE?

Si bien, no tenemos las herramientas que guíen un proceso de toma de decisión al respecto de cómo clasificar a los pacientes, sería útil crear algoritmos de las patologías, basados en las escalas diagnósticas y pronósticas, que evalúen la morbilidad, mortalidad y calidad de vida del paciente, y esto facilite la clasificación. El dilema está en determinar, según los principios éticos, qué es lo mejor para el paciente basado en la experiencia, los predictores para la enfermedad del sufrido y la voluntad del convaleciente y sus familiares.

CONCLUSIÓN

Bajo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y futilidad, que son inherentes a los seres humanos, se debe tener claro qué medidas se deben tomar según el nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar de cada paciente. Los costos y las implicaciones éticas son altos, por ende, se debe contar con clasificaciones y legislaciones que contribuyan a la toma de decisiones. Con la finalidad de tener criterios estandarizados, se propone la Clasificación México, que da pie a generar aproximaciones para estadificar al paciente y a su vez, una vez determinado el nivel

y documentar claramente qué acciones se tomarán según la clasificación.

AGRADECIMIENTOS Y PATROCINIOS

El presente trabajo no contó con patrocinadores.

La familia es la cuna de los valores.

Agradezco a los muchos profesores que fueron impactando en el desarrollo de este estudio, hoy, mi tema de tesis de especialidad; particularmente a maestros y compañeros de la residencia en el Servicio de Urgencias de Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

BIBLIOGRAFÍA

1. Authority CR. *Resuscitation of residents & patients in continuing care centers*. Calgary: CRHA; 2001.
2. Bouza-Alvarez C. Medidas de soporte vital en un paciente en estado vegetativo persistente. *Medicina Intensiva*. 2004;28(3):156-161.
3. British Medical Association RC. *Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. Joint Statement, British Medical Association, Resuscitation Council, Royal College of Nursing, Joint Statement*. London. 2007.
4. Castillo VA. Declaración de Ética de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Madrid: FPIMCTI. 1993;1-4.
5. Castillo VA. Limitación de medidas de soporte vital en pacientes en estado terminal. *FEPIIMCTI, Comité de Bioética*. Madrid: FEPIMCTI. 1993.
6. Cirujanos CA. *Advance trauma life support*. Eighth edition, Vol. 1. Chicago, Illinois, United States of America: ACS, Comité de Trauma; 2010.
7. Congreso del Estado Independiente L. y (18 de Julio de 2008). Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, para el estado de Coahuila. *Periódico Oficial del Estado de Coahuila*, pp. 551-560.
8. DePalo VA, Iacobucci R, Causman RS. Do-not-resuscitate and stratification of care forms in Rhode Island. *Am J Crit Care*. 2003;12(3):239-241.
9. Ehlenbach WJ, Barnato AE, et al. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *N Engl J Med*. 2009;361(1):22-31.
10. Eisenberg MS, Mengert TJ. Primary care: cardiac resuscitation. *N Engl J Med*. 2011;344(17):1304-1313.
11. Ewy GA. Cardiac resuscitation: when is enough enough? *N Engl J Med*. 2006;355(5):510-512.
12. Federal AL (07 de Enero de 2008). Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. pp. 1-7.
13. Graham CA. When should we stop resuscitation efforts after blunt traumatic arrest? (I. J. Injured, Ed.). *Injury*. 2008;1(39):967-969.
14. Morrison LJ. Part 3: Ethics 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;X(122):665-675.
15. Nannini D. Ética de la resucitación cardiopulmonar. Federación Argentina de Cardiología, Argentina: Lab Gador; 2001.
16. Ochoa F, Ramalle E, JL, M, et al. *Opiniones de enfermería sobre aspectos éticos de la reanimación cardiopulmonar*. *Emergencias*. 1998;10(6):369-375.
17. Riganello F, Sannita WG. Residual brain processing in the vegetative state. *Journal of Psychophysiology*. 2009;23(1):18-26.

Correspondencia:

Dr. Luis Antonio Gorordo Delsol
Cel: 553-203-3449
E-mail: lagd_85@hotmail.com