





Decisiones al Final de la Vida

La toma de decisiones sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) en servicios de emergencias médicas es compleja y requiere equilibrar la ciencia médica, la ética y la autonomía del paciente

Autor

María Fernanda Parra Medina, MD

Residente de Medicina de Emergencias

Universidad del Rosario



ÉTICA Y MORAL

La ética y moral en medicina de emergencias son el pilar que garantiza decisiones justas y humanas, protegiendo la vida y dignidad en los momentos más vulnerables y críticos para el paciente.

En el entorno de los servicios de emergencias médicas, las decisiones de realizar o no la reanimación cardiopulmonar (RCP) representan uno de los desafíos más complejos y significativos que enfrentan los profesionales de la salud. Estas decisiones no solo son críticas debido a la inmediatez y la gravedad de las situaciones que las rodean, sino que también involucran una cuidadosa consideración de conceptos como la futilidad y los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El dilema central gira en torno a determinar cuándo una intervención, como la RCP, proporcionará un beneficio real y significativo para el paciente, o si, por el contrario, se trata de un esfuerzo inútil que podría aumentar el sufrimiento sin mejorar la calidad de vida o las posibilidades de recuperación.

Este ensayo explora y analiza detalladamente los factores que influyen en la toma de decisiones en entornos de emergencias, centrándose en cómo los profesionales de la salud evalúan la futilidad y cómo los principios éticos guían estas decisiones críticas. A través de una discusión que examina los pros y los contras de la RCP en diferentes escenarios, el ensayo busca proporcionar una evaluación basada en evidencia que contribuya a una comprensión más profunda de las complejidades involucradas en la toma de decisiones al final de la vida en situaciones de emergencia. Además, se destaca la importancia de respetar la autonomía del paciente y considerar el equilibrio entre la responsabilidad de salvar vidas y la necesidad de evitar intervenciones innecesarias o dañinas.

Futilidad: hasta donde llegar.

Es imperativo que en la medicina de emergencias se priorice no solo la posibilidad de salvar una vida, sino también la probabilidad de que dicha intervención resulte en un beneficio real para el paciente, evitando así medidas que, aunque técnicamente posibles, podrían considerarse en un esfuerzo vano y carecer de un valor terapéutico significativo al final de la vida (Bruce-Jones, 1996).

En el contexto de atención de pacientes críticamente enfermos, ya sea en la Sala Reanimación de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), las discusiones sobre los objetivos de la terapia suelen surgir cuando un tratamiento ofrece más cargas que beneficios al paciente, y estas discusiones suelen ser más frecuentes de lo que quisiéramos. La futilidad se define como un tratamiento que no proporciona beneficios y solo causa daños, lo que viola los principios éticos de beneficencia y no maleficencia. Aunque existe consenso en que la atención verdaderamente fútil no debe ofrecerse, determinar qué es fútil puede ser problemático. La futilidad se basa en pronósticos, que no siempre son precisos, y su interpretación puede variar significativamente entre médicos (Swetz et al., 2014).

El concepto de futilidad también se enfrenta a desafíos cuando las intervenciones, aunque no prolonguen la vida, pueden cumplir con los objetivos sociales o espirituales del paciente. Por lo tanto, los conflictos entre médicos y pacientes suelen surgir debido a diferencias en los valores y objetivos (Van Norman, 2017). Algunos éticos sugieren que la futilidad no debería ser la base principal para decidir si se debe continuar o retirar un tratamiento, y recomiendan un enfoque que considere los objetivos y valores tanto del paciente como del médico(Gallagher et al., 2015).

En cuanto a los principios éticos que rigen la RCP, cualquier tratamiento debe justificarse por su beneficio al paciente, lo que plantea cuestiones sobre la futilidad médica y la calidad de vida. La futilidad depende de los objetivos del tratamiento y es un concepto probabilístico, abierto a diferentes interpretaciones(Bruce-Jones, 1996). Los juicios sobre la calidad de vida son subjetivos y deben incorporar las opiniones del paciente. Aunque la autonomía del paciente es fundamental, no implica un derecho absoluto a exigir tratamientos que no sean beneficiosos(Kaebnick, 2017).

Los médicos tienen responsabilidades clave, más allá de salvar vidas, deben asesorar sobre los beneficios del tratamiento, defender el beneficio real del paciente. Sin embargo, también tienen el deber de determinar la ausencia de beneficio médico y tomar decisiones de

reanimación cuando la supervivencia es improbable, incluso sin obtener el consentimiento. La implicación de las familias en estas decisiones es compleja, ya que no tienen derechos legales sobre la determinación de un paciente adulto y su participación puede influir en la relación médico-paciente(MacCormick et al., 2018).

Tomar decisiones con pocos recursos.

En el ámbito de las emergencias, la toma de decisiones se ve frecuentemente limitada por la falta de acceso a una historia clínica completa, lo que obliga a los emergenciólogos a basarse en la exploración física y la anamnesis en circunstancias de tiempo restringido. Esta realidad puede llevar a intervenciones más agresivas de lo necesario, como intubaciones o reanimaciones que podrían considerarse infructuosas. Sin embargo, es crucial que los emergenciólogos desarrollen la capacidad de adaptar y ajustar sus decisiones de manejo a medida que se obtiene más información sobre el paciente, superando el temor a desescalar tratamientos ya iniciados (Van Norman, 2017).

El protocolo de extubación paliativa es un excelente ejemplo de la importancia de la adaptación y el ajuste de decisiones en el contexto de emergencias médicas. La extubación paliativa es un procedimiento que se realiza comúnmente en situaciones de emergencia, especialmente en pacientes que ya han sido intubados pero cuyo pronóstico vital es extremadamente desfavorable. Este proceso implica retirar el soporte vital, como la ventilación mecánica, en pacientes para quienes la muerte es inevitable o la recuperación a una calidad de vida aceptable no es posible. La decisión de llevar a cabo la extubación paliativa está fuertemente fundamentada en principios éticos como la proporcionalidad, la justicia y la autonomía (Amaya Vanegas & Gomeze Ribero, 2021). Este enfoque subraya la importancia de la flexibilidad en la toma de decisiones y el valor de la reevaluación continua en la práctica de la medicina de emergencias.

Este tipo de protocolos no solo facilita la toma de decisiones éticas, sino que también subraya la importancia de respetar la autonomía del paciente y garantizar que las decisiones al final de la vida sean tomadas de manera informada y compasiva(Ortega-Chen et al., 2023).

Autonomía como principio fundamental

La autonomía del paciente debe ser respetada incluso cuando se ha expresado únicamente de forma verbal. En el contexto de emergencias, donde el acceso a documentos formales de no reanimación puede estar limitado, es crucial que la voluntad verbal del paciente sea respetada y que esta información se documente claramente en la historia clínica para guiar las decisiones médicas de manera ética y conforme a los deseos del paciente (Houska & Loučka, 2019).



El principio de autonomía del paciente es fundamental en la toma de decisiones médicas, incluso en situaciones críticas y de emergencia. Sin embargo, cuando la voluntad del paciente entra en conflicto con los deseos de su familia, surgen dilemas éticos complejos. En tales casos, la autonomía del paciente debe primar sobre la de los familiares, siempre y cuando las decisiones del paciente no contravengan otros principios éticos fundamentales (Gómez-Vírseda et al., 2020). Aunque es crucial respetar la autonomía del paciente, este derecho debe ejercerse dentro de un marco de coherencia ética; por ejemplo, no se debe permitir que un paciente demande una

intervención que claramente va en contra de principios médicos básicos o que cause daño innecesario. Se debe navegar cuidadosamente estas tensiones, respetando la autonomía del paciente mientras manejan con sensibilidad las preocupaciones y emociones familiares, y asegurándose de que las decisiones se alineen con el bienestar general y los principios éticos (Houska & Loučka, 2019).

¿Es tan fácil definirla futilidad?

Aunque en algunos casos es evidente que la reanimación no debe realizarse debido a su futilidad, existen situaciones en las que un médico, influenciado por sesgos personales o religiosos, podría concluir, sin suficientes fundamentos clínicos, que un paciente no se beneficiaría de la reanimación cardiopulmonar. Esto permite inferir que el concepto de futilidad no siempre es fácil de definir de manera clara y objetiva (Van Norman, 2017).

Las decisiones médicas sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) y otros tratamientos de soporte vital están influenciadas por una combinación de conocimiento tácito y basado en evidencia. El conocimiento tácito, que incluye la experiencia adquirida y prácticas habituales, juega un papel importante, aunque no siempre reconocido, en la toma de decisiones. Sin embargo, este tipo de conocimiento está cargado de sesgos y suposiciones inexactas, lo que puede llevar a decisiones incorrectas. En ocasiones médicos influenciados por prejuicios implícitos, toman decisiones diferentes para pacientes con discapacidad intelectual o mujeres, basándose en suposiciones erróneas sobre su calidad de vida o probabilidad de beneficiarse de tratamientos (MacCormick et al., 2018).

Además de los sesgos, las creencias personales, afectan la inclinación de los médicos a ofrecer o retirar tratamientos de soporte vital. Médicos con afiliaciones religiosas tienden a mantener tratamientos incluso cuando pueden ser considerados fútiles, influenciados por creencias de vida y muerte y religiosidad sobre su concepción personal de Dios dentro de su práctica religiosa (Freitas & Zhang, 2019).

La decisión de no reanimar también puede estar sesgada por la "sabiduría compartida" o conocimiento tácito de los médicos, que a menudo da prioridad a su experiencia sobre la evidencia estadística. Esto puede llevar a que algunos pacientes, especialmente los mayores o más enfermos, reciban menor prioridad en la reanimación. Además, las preferencias de los pacientes o sus representantes a menudo no se incorporan adecuadamente en las decisiones. Fácilmente se puede caer en conflictos éticos de justicia y no beneficencia.

Las decisiones de los pacientes sobre la reanimación y el retiro de tratamientos de soporte vital son complejas y están influenciadas por diversos factores personales y culturales. Las preferencias de los pacientes pueden estar dictadas por sus valores personales o familiares, cultura, religión, nacionalidad y la influencia de los medios de comunicación. Sin embargo, el entendimiento de los pacientes sobre estos temas a menudo es limitado y distorsionado, especialmente entre los adultos mayores, quienes suelen basarse en la televisión y medios impresos para formar sus opiniones sobre la reanimación (Gómez-Vírseda et al., 2020).

Los prejuicios sobre el envejecimiento y la atención a largo plazo también juegan un papel importante en las decisiones de las personas de mediana edad en relación con los tratamientos de soporte vital. Además, los pacientes con discapacidades intelectuales a menudo son excluidos de las decisiones sobre la retirada de tratamientos debido a suposiciones erróneas sobre su capacidad para tomar decisiones y al temor de causarles estrés adicional. La falta de un método estándar para evaluar la capacidad de decisión en estos pacientes contribuye a que los proveedores de salud y los representantes tomen decisiones sin involucrarlos, dejando estas discusiones para el último momento.

Conclusiones

La toma de decisiones en los servicios de emergencias médicas respecto a la reanimación cardiopulmonar (RCP) es un proceso complejo que requiere un delicado equilibrio entre la ciencia médica, la ética y el respeto por la autonomía del paciente. A través del análisis de casos y la aplicación de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, queda claro que las decisiones sobre la RCP no pueden basarse únicamente en criterios clínicos o probabilísticos. Es fundamental considerar el contexto individual de cada paciente, sus valores y preferencias, buscando una intervención mejore realmente su calidad de vida.

La discusión sobre la futilidad en la medicina de emergencias resalta la necesidad de un enfoque flexible y adaptable, que permita a los profesionales de la salud reevaluar sus decisiones a medida que se disponga de más información y se aclaren los deseos del paciente. Además, es crucial que los médicos y el personal de emergencias





Es necesario un enfoque flexible y adaptable para que los profesionales de la salud puedan reevaluar decisiones según nueva información.



ÉTICA Y MORAL

reciban capacitación y apoyo para manejar estas situaciones de manera ética y compasiva, asegurando que se respeten los deseos de los pacientes y se brinde la mejor atención posible.

Estas decisiones se complican aún más cuando se trata de poblaciones vulnerables, como los niños, las minorías étnicas y las personas con discapacidad cognitiva. ¿Cómo pueden los sistemas de salud asegurar que estas poblaciones, que a menudo enfrentan barreras adicionales para expresar sus deseos y necesidades, sean tratadas de manera justa y equitativa? Esta pregunta invita a una reflexión más amplia y un debate continuo sobre cómo abordar los desafíos éticos y prácticos de la reanimación en poblaciones con capacidades de decisión limitadas, garantizando siempre la dignidad y el respeto hacia todos los pacientes.



Referencias

- Amaya Vanegas, S. V., & Gomeze Ribero, Ó. F. (2021). Palliative extubation: Obstacles, challenges and solutions. *Colombian Journal of Anesthesiology*. <https://doi.org/10.5554/22562087.e986>
- Bruce-Jones, P. N. (1996). Resuscitation decisions in the elderly: A discussion of current thinking. *Journal of Medical Ethics*, 22(5), 286–291. <https://doi.org/10.1136/jme.22.5.286>
- Freitas, E., & Zhang, G. (2019). Exploration of Patients' Spiritual/Religious Beliefs and Resuscitation Decisions. *SOCIAL WELFARE*, 78(7).
- Gallagher, C. M., Farroni, J. S., Moore, J. A., Nates, J. L., & Rodriguez, M. A. (2015). The Misleading Vividness of a Physician Requesting Futile Treatment. *The American Journal of Bioethics*, 15(8), 52–53. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1045097>
- Gómez-Vírseda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1>
- Houska, A., & Loučka, M. (2019). Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 835–845. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2018.12.339>
- Kaebnick, G. E. (2017). Decisions and Authority. *Hastings Center Report*, 47(1), 2–2. <https://doi.org/10.1002/hast.663>
- MacCormick, F. M., Emmett, C., Paes, P., & Hughes, J. C. (2018). Resuscitation decisions at the end of life: Medical views and the juridification of practice. *Journal of Medical Ethics*, 44(6), 376–383. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104608>
- Ortega-Chen, C., Van Buren, N., Kwack, J., Mariano, J. D., Wang, S. E., Raman, C., & Cipta, A. (2023). Palliative Extubation: A Discussion of Practices and Considerations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(2), e219–e231. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2023.03.011>
- Swetz, K. M., Burkle, C. M., Berge, K. H., & Lanier, W. L. (2014). Ten Common Questions (and Their Answers) on Medical Futility. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(7), 943–959. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.005>
- Van Norman, G. A. (2017). Decisions regarding forgoing life-sustaining treatments. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 30(2), 211–216. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000436>.