

**Editorial:** Hospital Metropolitano  
**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303  
**Edición:** Vol. 29 (suppl 1) 2021 - agosto  
**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple1/2021/5-10>  
**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/217>  
**Pág:** 5-10

## Cuestiones éticas en RCP

### Finalidad y objetivos

Realizar recomendaciones sobre algunos problemas éticos referentes específicamente a los niños con parada cardiaca con el fin de orientar la práctica clínica de profesionales sanitarios y legos en la RCP pediátrica.

### Objetivos específicos

1. Realizar una búsqueda de la evidencia científica existente en base a las publicaciones de los países de la región latinoamericana.
2. Realizar la adaptación de las recomendaciones internacionales sobre ética en la RCP pediátrica para la región latinoamericana.
3. Analizar cuál es la aplicación práctica de las recomendaciones en Latinoamérica y cuáles son las brechas en el conocimiento.

1°. Selección de los expertos del Comité de RCP de la SLACIP mediante consenso y búsqueda bibliográfica de los problemas éticos a analizar.

### Metodología

Se siguieron los siguientes pasos:

2°. Búsqueda bibliográfica en Pubmed en base a palabras claves: Ethics, Cardiopulmonary Resuscitation, Pediatrics, Palliative Care, Informed Consent,

3°. Análisis narrativo de las referencias bibliográficas en base a los niveles de evidencia

Todas las cuestiones éticas se analizaron basándose en los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

4°. Propuesta de recomendaciones para el consenso de un comité de expertos central bajo la característica de revisión por pares.

### Conceptos básicos

Principios que fundamentan la posición ética

1. No maleficencia y bienestar del paciente
2. Justicia social, distributiva e individual
3. Autonomía del paciente

*El primer paso en la evolución de la ética es el sentido de solidaridad con otros seres humanos (Albert Sweiter).*

*Los riesgos y beneficios deben distribuirse equitativamente entre las diferentes poblaciones, sobre todo en aquellas denominadas poblaciones vulnerables (Informe Belmont).*

### Responsabilidades del profesional de salud

- La exigencia de competencia profesional y conocimiento científico.
- Honestidad con los pacientes.
- Protección de la confidencialidad y secreto profesional.
- Perfeccionar la calidad de atención.
- Mejorar el acceso "justo a la atención médica
- Distribución y optimización de la utilización de los recursos siempre escasos
- Confianza y ausencia de conflictos de interés
- Responsabilidad profesional

## Cuestiones éticas analizadas

La RCP es una situación clínica muy compleja que comporta muchos e importantes problemas éticos, que cambian en el tiempo y de acuerdo a condicionantes culturales, sociales y religiosos<sup>1</sup>. Los problemas éticos en el niño tienen unas características muy especiales porque las decisiones en la mayor parte de los casos no puede tomarlas el propio paciente. Por otra parte, hay que tener en cuenta que muchas de las decisiones críticas del personal de salud se fundamentan en el conocimiento, la experiencia, el sentido común o la intuición y en el principio médico de "Primum non nocere" los cuales tienen connotaciones a nivel de legislación global y regional y consideraciones vinculantes no legales.

En estas recomendaciones se han analizado las siguientes cuestiones éticas.

- Cuando empezar o no empezar la RCP.
- Orden de no reanimar y cuidados paliativos.
- Edad de decisión para autorizar o denegar la RCP (menor maduro).
- Duración de la RCP. En qué momento finalizar la RCP.
- ECMO y RCP y RCP durante el transporte pediátrico.
- Presencia de padres y familiares durante la reanimación.
- Donación de órganos tras la reanimación cardiopulmonar y donación en asistolia.
- Docencia y RCP.
- Investigación y RCP.



## Resultados de la búsqueda bibliográfica y análisis de la evidencia

No se han encontrado evidencias científicas sólidas en ninguna de las cuestiones de ética sobre RCP pediátrica analizadas, por lo que las recomendaciones se han realizado basándose en las recomendaciones internacionales previas basadas fundamentalmente en las opiniones de expertos, experiencia clínica de los autores y aplicando en cada una de las cuestiones el principio de la bioética y teniendo en cuenta la aplicación de las mismas a las características comunes y diferenciadoras de la región latinoamericana. No se han encontrado estudios específicos en la región latinoamericana sobre las cuestiones éticas en RCP pediátrica, ni específicamente sobre presencia de los padres durante la RCP.

## Recomendaciones y justificación

### Cuando empezar o no empezar la RCP

#### Recomendaciones

- Recomendamos no utilizar ningún criterio absoluto único para decidir el inicio o no inicio de la reanimación cardiopulmonar en niños. Cada reanimador debe valorar las circunstancias de cada caso.
- Recomendamos iniciar la RCP cuando existan dudas sobre la duración de la PC previa, la existencia de signos de muy mal pronóstico, la orden de no reanimación o la presencia de signos de muerte evidente, teniendo en cuenta, si es posible, los deseos de los padres.

#### Justificación

Aunque existen algunos indicadores de mal pronóstico de la PC en niños que pueden orientar al inicio o no de la RCP, fundamentalmente la duración de la PC previa al inicio de la RCP, la localización de la PC, la existencia de enfermedad previa y el estado de salud, la preparación del reanimador, los medios disponibles, no existe ningún factor que pueda hacer decidir con seguridad la decisión de iniciar o no la RCP. En el momento actual no existen suficientes datos para poder establecer un pronóstico neurológico con certeza en los niños que han sufrido una parada cardíaca y hay que realizar un abordaje individualizado multidimensional prudente analizando las características clínicas, estudios analíticos y de imagen y la situación familiar.

## Orden de no reanimación

**Recomendamos** la existencia de órdenes escritas de no reanimación cardiopulmonar claramente en la página inicial de la historia clínica del paciente y hojas de tratamiento clínico. Las órdenes de no reanimación (ONR) deben ser consensuadas entre los médicos responsables y los padres o responsables legales de los pacientes y pueden ser revocadas por cualquiera de las partes en cualquier momento. El niño menor de edad maduro, según sus circunstancias, debe ser informado y mostrar su aceptación a una ONR. La existencia de una orden de no reanimación no implica la disminución del resto de los cuidados del niño pero debe llevar consigo el establecimiento de un programa de cuidados paliativos.

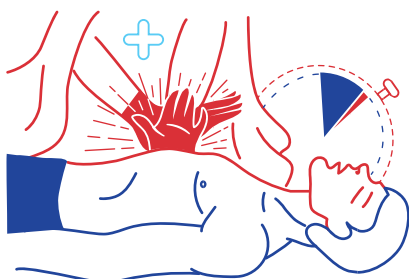
### Justificación

La existencia de una orden de no reanimación (ONR) evita el inicio de RCP en situaciones poco claras lo que es beneficioso para el paciente y la familia y ayuda a facilitar la actuación de los profesionales sanitarios. Sin embargo, es muy importante dejar claro que la existencia de una ONR es reversible y no implica una disminución de los cuidados sanitarios que recibe el niño, pero debe ir acompañada de la adaptación de la asistencia sanitaria hacia los cuidados paliativos. Se debe preservar al máximo los principios de autonomía (respeto a la persona), beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no hacer daño) y justicia, que incluye el principio de la libertad individual.

El concepto de menor maduro es muy variable dependiendo de condicionamientos culturales y religiosos y la legislación en ese punto varía ampliamente en los diversos países. Por este motivo los profesionales sanitarios responsables del paciente junto con los padres o tutores legales deberán decidir si es adecuado en cada caso que el niño sea informado y participe en esa decisión. En ocasiones puede ser necesario la consulta al Comité de Ética local y las autoridades judiciales competentes.

## Duración de la RCP

### Criterios de finalización de la RCP



## Recomendaciones

No podemos recomendar un único criterio para indicar la finalización de la RCP en niños. En cada caso el responsable médico de la reanimación debe tener en cuenta diversos factores asociados al pronóstico como la enfermedad y estado clínico previo, la duración de la PC antes de inicio de la RCP, el ritmo electrocardiográfico al inicio de la RCP, la posibilidad de iniciar una oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) durante la RCP, los deseos de los padres y sobre todo la duración de la RCP.

### Justificación

No está justificada la aplicación de los mismos criterios de finalización de la RCP en niños y adultos (2), aunque las características y evolución de la PC extrahospitalaria puedan ser similares<sup>3</sup>.

No hay estudios que aporten una suficiente evidencia para establecer un criterio o un conjunto de criterios pronósticos que permitan definir con sensibilidad, especificidad y precisión el momento de finalización de una RCP en niños<sup>4,5</sup>. El factor que en la mayoría de los estudios se relaciona mejor con el pronóstico es la duración de la RCP. En varios estudios clínico el punto de corte se encuentra alrededor de los 20 minutos, pero en muchos de ellos existen descripción de pacientes con duración de la RCP más prolongada<sup>5</sup>. Por tanto, en los casos de duda de la finalización de la RCP es razonable aplicar un principio general de protección del paciente sin caer en el paternalismo.

## ECMO - RCP y transporte pediátrico - RCP



### Recomendaciones

- Recomendamos que en los centros hospitalarios en que exista la posibilidad de realizar ECMO durante la RCP se establezcan protocolos, se prepare el material y se realice el entrenamiento del equipo de personal para instaurar esta técnica de forma rápida y precoz fundamentalmente

en los niños con PC de etiología cardíaca que no respondan en los primeros minutos a las maniobras de RCP.

- No recomendamos instaurar la ECMO durante la RCP en centros hospitalarios sin programa específico de ECMO en RCP.- Recomendamos realizar el transporte de un niño mientras se realiza la RCP si se puede garantizar una RCP adecuada durante el transporte y el niño se puede beneficiar de un tratamiento vital (por ejemplo ECMO, cirugía, canalización vascular) en el lugar de destino.

### Justificación

Existe ya una considerable experiencia que muestra que la instauración precoz de la ECMO durante la RCP consigue que un porcentaje importante de los niños que no responden a las maniobras habituales de RCP sobrevivan y muchos de ellos con una buena evolución neurológica<sup>1,6</sup>. Los resultados dependen en gran parte de la selección del paciente, la rapidez de instauración y de la disponibilidad del material y del entrenamiento del equipo de ECMO y de RCP. Sin embargo, los resultados de los centros hospitalarios sin un programa establecido de ECMO en RCP son muy inferiores y la realización de ECMO en estas circunstancias puede ser fútil.

El transporte de un niño mientras se realiza RCP es un proceso complicado en el que no se puede asegurar la calidad de la RCP y en algunas ocasiones ni la seguridad del personal sanitario que realiza el transporte. Por ese motivo, solo se debe realizar el transporte durante la RCP si se puede asegurar el mantenimiento de una RCP adecuada durante el mismo y que en el lugar de destino se vayan a realizar tratamientos o maniobras que puedan cambiar el pronóstico del niño. Para realizar la RCP durante el transporte es necesario tener un material y personal específicamente preparado<sup>7</sup>.

### **Presencia de padres y familiares durante la reanimación**



### Recomendaciones

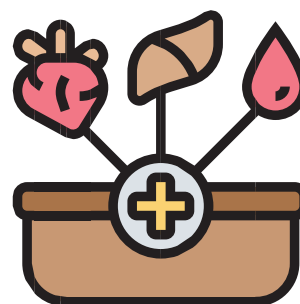
- Recomendamos que en cada situación se valore la posibilidad, beneficios e inconvenientes de la presencia de los padres durante la reanimación cardiopulmonar. Es necesario valorar no solamente los deseos de los padres y la posibilidad de que personal sanitario que esté junto a ellos durante la RCP, sino la repercusión de la presencia de los padres sobre la actuación del personal y la calidad de la RCP.

### Justificación

Estamos asistiendo a un cambio de perspectiva en cuanto a la presencia de los padres durante la reanimación cardiopulmonar.

Diversos estudios, fundamentalmente en países anglosajones han mostrado que la presencia de los padres durante la RCP puede ser beneficiosa para ellos sin alterar significativamente la actuación de los reanimadores<sup>8</sup>. Sin embargo, otros estudios en otras culturas y países han mostrado reticencias tanto entre los reanimadores como entre las familias. No existen datos publicados sobre este tema en la región latinoamericana. Por esta razón, es necesario que cada centro hospitalario decida si es adecuada la presencia de los padres durante la RCP y tome las medidas adecuadas. La implantación de esta medida, si se decide que es conveniente, requiere un proceso de adecuación del sistema sanitario, un plan de formación específica del personal para ponerlo en marcha, una adaptación a las características culturales y un proceso de investigación de los beneficios e inconvenientes<sup>9,10</sup>.

### **Donación de órganos tras la reanimación cardiopulmonar y donación en asistolia**



### Recomendaciones

Recomendamos que todos los pacientes que han recuperado la circulación espontánea tras una PC y posteriormente queden en muerte cerebral sean valorados como donantes potenciales de órganos. Recomendamos que cada centro hospitalario valore

la posibilidad de establecer programas de donación en asistolia inducida para los niños que se encuentran en una situación clínica irreversible sin estar muerte cerebral. Cada país debe establecer las regulaciones adecuadas para realizar programas de donación en asistolia controlada.

### Justificación

Diversos estudios han mostrado que la función y supervivencia de los órganos trasplantados (riñones e hígado) de donantes adultos que habían sufrido una parada cardíaca es similar de la de los donantes que no han sufrido una PC<sup>11</sup>. Aunque la experiencia en niños es limitada la evolución los donantes probablemente sea la misma. Una de las limitaciones para la donación es el daño de los órganos durante la parada, la reanimación y el periodo postreanimación debido entre otros a la hipoxia, hipotensión, reducción de la perfusión y síndrome de isquemia-reperusión. El esfuerzo por identificar, prevenir y reparar las lesiones, puede mejorar el potencial de donación.

En los últimos años se ha comprobado la posibilidad de realizar la donación en asistolia controlada tanto en pacientes adultos como en niños y que los órganos obtenidos consiguen una buena función y supervivencia. Por estos motivos y por la escasez de donantes en la edad pediátrica es conveniente que cada país y centro hospitalario valore la posibilidad de establecer programas de donación en asistolia controlada<sup>11</sup>.

### **Docencia y RCP**



### Recomendaciones

- Recomendamos realizar la formación y el entrenamiento en RCP pediátrica a todo el personal sanitario que trabaja con niños y a la población general con métodos de simulación médica.
- Recomendamos utilizar la grabación de la RCP para mejorar la calidad y la docencia de la RCP, solicitando a los comités de ética la exención

del consentimiento informado, especificando la utilización de la grabación exclusivamente para fines asistenciales y docentes.

- Recomendamos que el entrenamiento de maniobras de reanimación cardiopulmonar en pacientes recién fallecidos solamente se realice en programas docentes bien establecidos y bajo la supervisión de un especialista. La exención del consentimiento para esta práctica debe ser previamente establecida por un Comité de Ética.

### Justificación

La formación en RCP es un requisito imprescindible para todos los pediatras, personal sanitario que trabaja con niños y población general. Pero la PC es un suceso impredecible y la formación en RCP no puede interferir ni alterar la asistencia clínica a niños en situaciones de PC o riesgo vital. Por esos motivos la formación en RCP debe realizarse mediante cursos basados en métodos de simulación médica en situaciones controladas programadas y seguras para los instructores y alumnos, sin poner en riesgo la seguridad de los pacientes. El personal de salud que requiere capacitación y experiencia debe entrenarse en las maniobras de reanimación y los pacientes recién fallecidos son unos buenos modelos docentes. Sin embargo, esta práctica puede llevar a conflictos éticos y legales. Por ello, si se plantean estas prácticas se debe tener en cuenta que siempre debe primar el respeto al cuerpo humano a las necesidades docentes y que es imprescindible realizarlas de forma estructurada dentro de un programa docente y con la autorización del Comité de Ética correspondiente<sup>12</sup>. La RCP es una actividad clínica que exige un trabajo en equipo rápido y bien coordinado para el que es imprescindible un entrenamiento continuado. Diversos estudios han demostrado que el entrenamiento con métodos de simulación médica mejora la calidad de la RCP y los resultados clínicos. Por esta razón, cada centro sanitario debe programar la formación y entrenamiento del personal responsable de la RCP pediátrica. La grabación de la asistencia a la RCP es un método muy útil para mejorar la calidad de la RCP y para la docencia de la RCP. En situaciones de PC no es posible pedir consentimiento informado a los padres y tutores de los niños en PC. Por ese motivo, los Comités de Ética pueden conceder la exención del consentimiento informado para esas grabaciones apoyándose en los principios de beneficencia y no maleficencia, y especificando que las grabaciones audiovisuales se utilizarán exclusivamente para fines asistenciales y docentes<sup>13</sup>.

**Dr. Jesús López-Herce Cid M.D.**

Servicio de UCIP  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
Departamento de Salud Pública y  
Maternoinfantil

**Universidad Complutense de Madrid. España**

<https://orcid.org/0000-0001-6105-9178>

**Dr. Raffo Escalante-Kanashiro MD**

DEAC - Unidad de Cuidados Intensivos  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
Lima - Perú

**InterAmerican Heart Foundation/Chair  
Emergency Cardiovascular Care****Docente Universidad Peruana de Ciencias  
Aplicadas - Universidad Nacional Federico Villarreal**

<https://orcid.org/0000-0003-4548-796X>