



La muerte en el cine:
ética narrativa
en el final de la vida

Boris Julián Pinto Bustamante
Ana Isabel Gómez Córdoba
—*Editores académicos*—



Universidad del
Rosario

La muerte en el cine: ética narrativa en el final de la
vida

La muerte en el cine: ética narrativa en el final de la vida

Resumen

Los temas que se presentan en este texto confluyen en los conflictos bioéticos y jurídicos en escenarios como: decisiones críticas en escenario de emergencias, cuidados paliativos, demencia, eutanasia y suicidio asistido, los estados alterados de conciencia, y justicia sanitaria en torno al trasplante de órganos y tejidos.

El trabajo conjunto de estudiantes y profesores ha logrado cristalizar una serie de temas que abordan, tanto elementos médicos, como variables culturales, morales y jurídicas en torno a los tópicos planteados, con el propósito de ofrecer los elementos necesarios para abordar la complejidad de cada uno de estos temas, en los que el cine ha sido empleado como recurso didáctico que articula el proceso de argumentación en cada caso. Esperamos que este texto pueda servir a estudiantes de medicina, médicos, profesionales de la salud y a todos aquellos interesados en la deliberación sobre problemas bioéticos, ya que estos trascienden los intereses profesionales pues, cada vez más, impactan en nuestras sociedades y cotidianidad.

Palabras clave: Bioética, ética médica. conflictos bioéticos, eutanasia y el suicidio asistido, cine, pedagogía, enseñanza universitaria.

Death in cinema: Narrative ethics at the end of life

Abstract

The topics presented in this text focus on bioethical and legal conflicts in settings such as critical decisions in emergencies, palliative care, dementia, euthanasia and assisted suicide, altered states of consciousness, as well as health justice regarding organ and tissue transplantation.

The joint work of students and teachers was able to identify a set of topics that address both medical elements and cultural, moral, and legal variables regarding the issues raised, in order to offer the necessary elements to address the complexity of each one of them, in which cinema has been used as a didactic resource that brings together the

argumentative process in each case. We hope that this text will be useful for medical students, doctors, health professionals, and all those interested in deliberating on bioethical problems, that transcend professional interests, since they have an increasing impact on our societies and daily lives.

Keywords: Bioethics, medical ethics, bioethical conflicts, euthanasia and assisted suicide, cinema, pedagogy, university education.

Citación sugerida / Suggested citation

Pinto Bustamante BJ y Gómez Córdoba AI, editores académicos. *La muerte en el cine: ética narrativa en el final de la vida*. Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario; 2020.

<https://doi.org/10.12804/lm9789587844313>

La muerte en el cine: ética narrativa en el final de la vida

Boris Julián Pinto Bustamante

Ana Isabel Gómez Córdoba

—Editores académicos—

La muerte en el cine: ética narrativa en el final de la vida / Boris Julián Pinto Bustamante y Ana Isabel Gómez Córdoba, editores académicos. - Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2020.

Incluye referencias bibliográficas.

1. Bioética - Ensayos, conferencias, etc. 2. Ética médica. 3. Muerte en el cine. I. Gómez Córdoba, Ana Isabel - editora académica-. II. Pinto Bustamante, Boris Julián editor académico. II. Universidad del Rosario. III. Título.

174.2 SCDD 20

Catalogación en la fuente - Universidad del Rosario. CRAI

JAGH

Enero 22 de 2020

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995



© Editorial Universidad del Rosario
© Universidad del Rosario
© Varios autores

Editorial Universidad del Rosario
Carrera 7 No. 12B-41, of. 501
Teléfono 297 02 00 Ext.: 3112
editorial.urosario.edu.co

Primera edición: Bogotá D. C., 2020

ISBN: 978-958-784-430-6 (impreso)
ISBN: 978-958-784-431-3 (ePub)
ISBN: 978-958-784-432-0 (pdf)

<https://doi.org/10.12804/lm9789587844313>

Coordinación editorial: Editorial Universidad del Rosario

Corrección de estilo: Ludwing Cepeda Aparicio

Diseño de cubierta: Juan Ramírez

Diagramación: Precolombi EU-David Reyes

Conversión ePub: Lápiz Blanco S.A.S.

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Los conceptos y opiniones de esta obra son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no comprometen a la Universidad ni sus políticas institucionales.

El contenido de este libro fue sometido al proceso de evaluación de pares, para garantizar los altos estándares académicos. Para conocer las políticas completas visitar: editorial.urosario.edu.co

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad del Rosario.

Contenido

Introducción

Ana Isabel Gómez Córdoba, Boris Julián Pinto Bustamante, Manuela Téllez Alarcón

Sala de emergencias: decisiones críticas en los límites de la vida

Boris Julián Pinto Bustamante, Ana Isabel Gómez Córdoba, María Paula Cataño Rodríguez, Darys Daniela Rovira Rodríguez, Natalia Andrea Pedraza López, Edson Andrés Monsalve Serrano

Mi vida: cine, bioética y cuidados paliativos

Boris Julián Pinto Bustamante, Laura Bibiana Piñeros Hernández, Estefanía Zapata, Lina María Arenas del Vecchio, María José Giraldo Parra, Daniela González Díaz, Helena Arango Romero

«No soy lo que digo o hago; soy algo más que eso»: trastorno neurocognitivo mayor y bioética a través del cine

Boris Julián Pinto Bustamante, Daniela María Carrillo Pedrosa, Juan Manuel Sandoval Cardozo, Daniela Alejandra Rey Sánchez, Brenda Katherin Chaves Gualteros, Lina María Ramírez Parra

Cuando no queda más por contar: eutanasia y suicidio asistido en el cine

Ana Isabel Gómez Córdoba, Boris Julián Pinto Bustamante, María Camila Luna Hernández, Laura Vanesa Ríos Samper, Isabella Catalani Silva,

Helena Arango Romero, Daniel Ignacio Garzón Luna, Manuela Téllez Alarcón

[Cine, muerte y estados alterados de conciencia: entre el deseo y el reflejo](#)

Boris Julián Pinto Bustamante, César Orlando Enciso Olivera, Ana María Gómez Torres, Miguel David Quintero Consuegra

[¿Qué edad tiene, doctor?, ¿cuándo lo sacamos de la lista?: cine, justicia y trasplante de órganos](#)

Boris Julián Pinto Bustamante, Andrea Donoso Samper, Daniela Alejandra Rey Sánchez, Luisa Fernanda Trujillo Guerrero, Laura Ximena Ausique Chacón, Guillermo Antonio Jiménez Tobón

Introducción

Los conflictos bioéticos en el final de la vida son el tema principal que nos reúne en esta oportunidad, para presentar a ustedes el tercer libro de la serie «El cine en la enseñanza de la bioética», producto del Semillero de Investigación en Bioética y Bioderecho de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, el cual pertenece al grupo de investigación en Educación Médica y en Ciencias de la Salud.

Los profesionales sanitarios debemos enfrentar, con frecuencia, complejos problemas bioéticos que requieren experticia científica, sensibilidad moral y conocimiento jurídico. Dentro de las obligaciones profesionales es fundamental el respeto de los valores de las personas y sus decisiones libres y autónomas, así como la identificación de los posibles conflictos de interés a los que nos podemos enfrentar, y su adecuada resolución en favor del mejor interés de los pacientes.

Dado que Colombia cuenta con un amplio desarrollo normativo en las temáticas relacionadas con el derecho a morir dignamente y la donación de órganos y tejidos para trasplante, el incumplimiento de los deberes profesionales asociados, y el traspasar los límites definidos por la ley

sobre lo que puede o no hacerse, genera cada vez más responsabilidad ética, civil y penal en el ejercicio profesional.

Se entiende por el derecho a morir dignamente al haz de facultades protegidas por el Estado colombiano que le permiten a una persona tomar decisiones libres e informadas sobre su vida, salud e integridad al final de la vida, imponiendo límites a terceros, bien sea profesionales de la salud o la propia familia. Hacen parte de este derecho las decisiones relativas al cuidado paliativo, la adecuación del esfuerzo terapéutico, la sedación paliativa, el rechazo terapéutico, la eutanasia, la donación de órganos, el acceso a la información clínica, el diligenciamiento de documentación de voluntades anticipadas, la elección del lugar de la muerte, entre otras facultades.

El cine, como producto cultural, ofrece maravillosos ejemplos del impacto positivo y negativo que puede tener en el paciente, su familia y los profesionales de la salud el desarrollo de competencias bioéticas y jurídicas en el proceso de atención en el final de la vida. El recurso narrativo a partir del cine puede contribuir a la sensibilización de los ciudadanos sobre sus derechos y sobre el respeto al pluralismo moral en una sociedad con aspiraciones democráticas.

A través del cine se puede visibilizar la tragedia que significa para un paciente no ser informado sobre su situación en el contexto de una enfermedad terminal (*Cartas a Dios*), la confusión que produce una inadecuada técnica de comunicación de malas noticias (*Mi vida sin mí*), la importancia de contar con voluntades anticipadas que

salvaguarden la autonomía cuando ya no podemos ejercerla (*Tú no eres tú, Los descendientes*), las problemáticas relacionadas con el acceso a cuidados paliativos y la obstinación terapéutica (*Extremis, La decisión más difícil, Las alas de la vida, La dama y la muerte*), las implicaciones jurídicas de la eutanasia y el suicidio asistido (*Golpes del destino, Mar adentro, Conoces a Jack, Amour, Las invasiones bárbaras, Yo antes de ti*), la complejidad de la toma de decisiones en los estados alterados de conciencia o cuando hay alteraciones de la competencia para decidir (*Hable con ella, El crimen perfecto, Siempre Alice*), los conflictos relacionados con la donación de órganos y tejidos en el final de la vida (*Sanar a los vivos, Siete almas, Lo mejor de mí, Jhon Q*) y el impacto del sufrimiento de los pacientes en los cuidadores (*El último paciente, La habitación de Marvin*).

En este tercer número de la serie se han recopilado seis temas principales relacionados con los conflictos bioéticos en el final de la vida, según se muestra a continuación.

El primer capítulo, «Sala de emergencias: decisiones críticas al final de la vida», se aproxima a asuntos relacionados con los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar, los documentos de voluntades anticipadas, la obstinación terapéutica, la omisión de socorro y la revelación del error médico. A partir de películas como *La muerte del señor Lazarescu*, y otras series, se indagan elementos desde la bioética para apoyar los procesos de toma de decisiones en estas situaciones límite.

El título «Mi vida: cine, bioética y cuidados al final de la vida» ofrece una mirada al concepto contemporáneo de

cuidados paliativos, cuyo propósito es ofrecer el conjunto de medidas necesarias para tratar de forma eficiente los complejos síntomas físicos, psicológicos y existenciales relacionados con la declinación funcional y la inminencia de la muerte, en el contexto de enfermedades con pronóstico vital limitado. El capítulo aborda conceptos como el ajuste del esfuerzo terapéutico, la definición del síndrome de declinación funcional y la sedación paliativa.

El tercer capítulo, «No soy lo que digo o hago; soy más que eso: trastorno neurocognitivo mayor y bioética a través del cine», aborda algunos problemas bioéticos en personas con enfermedades crónicas degenerativas, con especial énfasis en el trastorno neurocognitivo mayor. Entre estas, se encuentran: la dificultad del reconocimiento de estos pacientes como personas con capacidad para la toma de decisiones; la solicitud de pruebas genéticas; la revelación de la verdad y la importancia de los cuidados paliativos en estadios terminales. Estos puntos se abordan por medio de películas como *Iris*, *Still Alice*, *Amour* y *Nebraska*.

El capítulo «Cuando no queda más por contar: eutanasia y suicidio asistido en el cine» revisa los aspectos históricos, filosóficos y médicos de estas prácticas asistenciales, con un énfasis en el marco normativo y jurídico colombiano. Al tiempo, explora algunos de los presupuestos éticos que sustentan la controversia en torno a la legitimidad de la eutanasia y el suicidio asistido. Para ilustrar la complejidad moral de estas prácticas, se utilizan películas como *El paciente inglés*, *Magnolia*, *Las invasiones bárbaras*, *Golpes del destino*, entre otras.

«*Cine, muerte y estados alterados de conciencia: entre el deseo y el reflejo*» aborda conceptos que trascienden las definiciones técnicas, como son la conciencia, la subjetividad y la muerte, pero que exigen su clarificación, dadas las incuestionables implicaciones prácticas de su definición. Se revisan conceptos como los estados alterados de conciencia, el coma, el síndrome de vigilia sin respuesta, el estado de mínima conciencia y la muerte encefálica, al tiempo que se exploran algunas de las representaciones sociales que suscitan estas categorías clínicas y las controversias éticas en torno a la toma de decisiones. En el presente capítulo se ejemplifican algunos de estos conceptos a partir de películas como *Despertares*, *Los descendientes* y *Hable con ella*.

El libro cierra con el capítulo «¿Qué edad tiene, doctor?, ¿cuándo lo sacamos de la lista?: cine, justicia y trasplante de órganos», en el cual se analizan los problemas relacionados con el proceso de obtención y asignación de componentes anatómicos para trasplante, entre los cuales se cuentan el tráfico de tejidos, el turismo de trasplantes y la obtención forzada de órganos. Se exploran algunos mitos y leyendas urbanas que dificultan la consolidación de una cultura favorable a la donación de órganos en el país, así como los criterios de justicia distributiva que sustentan los criterios técnicos de asignación. Diversos documentos fílmicos nos sirven en este propósito: *The Doctor*, *Siete almas*, *21 gramos*, *The Bleeding Edge*, las series de televisión *Chambers* y *Dr. House*, y los documentales *Human Harvest* y *Hard to Believe*.

Esperamos que los capítulos propuestos permitan a los lectores profundizar en la complejidad de estos temas relacionados con el final de la vida, los cuales requieren no solo la posesión de un conjunto de conocimientos médicos, sino además una gran sensibilidad moral para abordar las emociones y la incertidumbre que suponen estas situaciones.

En una época en que se celebran las posibilidades del progreso biomédico para prolongar la supervivencia, es imperioso resignificar la muerte como una experiencia vital intransferible, a la cual nos veremos abocados, como profesionales de la salud y como seres humanos. Los gladiadores, en el antiguo circo romano, saludaban a la tribuna con estas palabras cuando irrumpían en la arena: «Morituri, morituum salutant» (los que van a morir, saludan al que va a morir). Con estas palabras saludamos, respetuosamente, a cada uno de nuestros lectores.

Ana Isabel Gómez Córdoba
Boris Julián Pinto Bustamante
Manuela Téllez Alarcón

Sala de emergencias: decisiones críticas en los límites de la vida

Boris Julián Pinto Bustamante*

Ana Isabel Gómez Córdoba**

María Paula Cataño Rodríguez***

Darys Daniela Rovira Rodríguez****

Natalia Andrea Pedraza López****

Edson Andrés Monsalve Serrano****

Resumen

El presente capítulo aborda la complejidad de la toma de decisiones en situaciones críticas, en las cuales es necesario contar con destrezas clínicas y de razonamiento ético y jurídico que permitan la rápida identificación de obligaciones morales y la implementación de conductas que respeten los derechos fundamentales de los pacientes. Decisiones como el inicio y la suspensión de los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar, el papel que juegan los documentos de voluntades anticipadas en los procesos de toma de decisiones, la obstinación terapéutica, la omisión de socorro y la revelación del error médico, entre otros, constituyen auténticos desafíos para cualquier equipo de salud. Si bien es imposible eliminar la incertidumbre ética y pronóstica en estos escenarios, la consideración de algunos criterios fundamentales desde la bioética puede contribuir en los procesos de razonamiento moral, así como en la identificación de estos conflictos en narrativas audiovisuales de la cultura popular.

Palabras clave: bioética, urgencias médicas, reanimación cardiopulmonar, voluntad en vida, películas cinematográficas.

Abstract

This chapter addresses the complexity of decision-making in critical situations, in which it is necessary to have clinical skills and ethical and legal reasoning that allow the rapid identification of moral obligations and the implementation of behaviors that respect the fundamental rights of patients. Decisions such as the initiation and suspension of cardiopulmonary resuscitation efforts, the role that advance will documents play in decision-making processes, therapeutic obstinacy, omission of relief and the disclosure of medical error, among others, constitute authentic challenges for any health team. While it is impossible to eliminate ethical and prognostic uncertainty in these scenarios, the consideration of some fundamental criteria from bioethics can contribute to the processes of moral reasoning, as well as the identification of these conflicts in audiovisual narratives in popular culture.

Keywords: bioethics, emergencies, cardiopulmonary resuscitation, living wills, motion pictures.

Introducción

Los servicios de urgencias y las unidades de cuidado crítico constituyen escenarios en los que las decisiones están condicionadas por criterios de implementación práctica que requieren una correcta consideración de los valores en conflicto. En estos escenarios, cada conducta puede significar la supervivencia de un paciente, su muerte o la prevención de secuelas importantes, lo cual genera un impacto significativo en términos de calidad de vida y de la utilización eficiente de los recursos sanitarios. Por esta razón, los equipos de salud en situaciones críticas tienen un estrecho margen de tiempo para tomar decisiones al pie de la cama del paciente. Generalmente, los profesionales en servicio de urgencias o medicina crítica no pueden contar con la asesoría de un comité asistencial de bioética. En este contexto, la toma de decisiones se realiza en una situación de riesgo elevado y gran incertidumbre, por lo que es importante considerar algunos criterios bioéticos

fundamentales que incrementen la pertinencia de cada decisión.

En este capítulo abordaremos algunos de los conflictos bioéticos que se pueden presentar en un servicio de urgencias y en otros escenarios críticos: la toma de decisiones por sustitución, criterios para decidir el no inicio de reanimación cardiopulmonar (RCP), criterios para suspender los esfuerzos de RCP, la adecuación del esfuerzo terapéutico, la utilización de directivas anticipadas de tratamiento, la reanimación simbólica, la presencia de los familiares durante los esfuerzos de reanimación, la revelación del error médico y algunos aspectos éticos de la investigación en escenarios críticos. Se utilizarán algunas analogías a partir del cine y de series de televisión para ilustrar algunos de los conceptos analizados.

Toma de decisiones por sustitución

Con frecuencia, los médicos deben enfrentarse a situaciones en las que el paciente no se encuentra en condiciones de otorgar su consentimiento, o disentimiento, respecto a la atención médica y los procedimientos que se le realizan. En la película *La muerte del señor Lazarescu* (2012, dirigida por Cristi Puiu), una persona mayor, en aparente estado de embriaguez, sufre una caída que le ocasiona un hematoma subdural expansivo, por lo cual presenta un déficit neurológico caracterizado por afasia, disartria y obnubilación. El paciente es trasladado a un hospital para realizar una cirugía de urgencia. Es llevado por la enfermera del servicio de ambulancias, no tiene otros acompañantes y no está en capacidad de tomar

decisiones respecto a su situación actual. A pesar de esto, los médicos que lo atienden le solicitan al paciente, insistentemente, que firme un «formato de renuncia de responsabilidad». Dado que el paciente no está en capacidad de firmar dicho documento, y no cuenta con ningún acudiente o sustituto que lo represente, el neurocirujano considera que no puede proceder, a pesar de tratarse de una urgencia vital.

En los casos de pacientes incapaces de otorgar su consentimiento existen tres opciones para la toma de decisiones: los documentos de voluntad anticipada (DVA), el estándar de juicio sustituido y el principio del interés superior [1]. El señor Lazarescu no lleva consigo un DVA y no tiene un representante legal para la toma de decisiones, por lo que debe primar el principio del interés superior, pues el paciente presenta una condición que hace peligrar su vida y debe ser llevado a un procedimiento quirúrgico cuanto antes, sin necesidad de un «formato de renuncia de responsabilidad».

Cabe aclarar que esta denominación es una distorsión del proceso del consentimiento informado, el cual, como instancia ética y como acto jurídico, equivale a un proceso continuo de intercambio de información, con el propósito de ofrecer al paciente, si este es competente, las alternativas y la información necesaria para promover su autonomía en la toma de decisiones. No es un documento de trámite ni una declaración de conformidad ni una renuncia a procesos ético-disciplinarios o de responsabilidad profesional futuros.

La situación anterior es un ejemplo cotidiano, en donde la firma del consentimiento se convierte en un trámite más importante que la vida del paciente o la búsqueda de su bienestar, ante situaciones en las que el proceder es imperativo. En los servicios de urgencias, diariamente, se deben tomar decisiones en las que la disyuntiva es la seguridad jurídica *versus* la vida del paciente, y ante este falso dilema, siempre debe primar el bienestar del paciente, lo cual no solo constituye la mayor responsabilidad ética, sino una obligación legal. En casos de urgencias o emergencias, si la situación lo exige, se puede obviar la regla del consentimiento informado y actuar desde un paternalismo fuerte justificado.

El principio del interés superior se aplica cuando no existe evidencia de los valores y deseos del paciente, y cuando no se tiene a alguien más que pueda comunicar dichos deseos de forma inequívoca. Dicho principio se puede derivar del estándar de la «persona razonable», esto es, lo que la mayoría de personas escogerían para sí mismas en una situación similar, en ausencia de un DVA. El principio del interés superior se puede definir como la obligación de beneficencia en términos de derechos fundamentales [2].

Para aplicar este principio es importante realizar una evaluación de proporcionalidad entre riesgos y beneficios de las intervenciones propuestas. Según lo anterior, las intervenciones terapéuticas o diagnósticas estarían justificadas si los beneficios potenciales superan los riesgos previstos. De no cumplir este estándar, tales intervenciones serían desproporcionadas y, por lo tanto, no indicadas.

En Colombia, la Ley 73 de 1988 [3] establece la línea de parentesco a partir de la cual se puede derivar el orden jerárquico para la asignación de representantes legales en los casos de personas mayores de edad incapaces de otorgar su consentimiento:

1. Cónyuge no divorciado ni separado de cuerpo.
2. Hijos mayores de edad legítimos o ilegítimos.
3. Padres.
4. Los hermanos mayores de edad.
5. Los abuelos y nietos.
6. Familiares hasta el tercer grado de consanguinidad en línea colateral.
7. Familiares hasta el segundo grado de afinidad.

En el caso de niños, niñas y adolescentes (nna) existe «una relación de proporcionalidad inversa entre la capacidad de autodeterminación del menor y la legitimidad de las medidas de intervención sobre las decisiones que este adopte» [4]. En el capítulo 3 de la quinta temporada de la serie *Emergency Room (ER)*, titulado «¿Acaso no curan a los caballos?», se presenta el caso de una joven de 15 años, quien es llevada al servicio de urgencias por sus padres a causa de una lesión en uno de sus miembros inferiores durante un juego de fútbol, por lo cual le toman una radiografía en donde se evidencian hallazgos compatibles con la presencia de un tumor (osteosarcoma), cuyo tratamiento, dada la situación clínica, es la amputación del miembro con el objetivo de salvar su vida. Su médico tratante, el doctor Ross, le explica claramente la

situación, diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas a la paciente, quien rechaza la amputación. Los padres, molestos al percibir una intromisión por parte del médico, se acercan a él para aclararle que la decisión acerca de cuál tratamiento se realizará a la niña les compete a ellos, pues consideran que la joven no se encuentra en capacidad de tomar dicha decisión. En un caso como este, en el que una paciente menor madura difiere en su opinión de la decisión de sus padres, será necesario procurar un consenso entre las partes (consentimiento complementado), desde un cuidado centrado en el paciente y su familia [5]. De no lograrse, se debe aplicar el principio del interés superior, el cual puede ser, o la instauración de una terapia, si los beneficios de esta superan los riesgos, o la implementación de cuidados paliativos, si ya las medidas terapéuticas son desproporcionadas. Cabe recordar que en Colombia no se permite el rechazo del tratamiento para personas menores de 18 años, excepto en el caso específico de la solicitud de eutanasia, según los lineamientos de la Resolución 825 de 2018.

Criterios para decidir el no inicio de RCP

La RCP corresponde a un conjunto de procesos que, como cualquier intervención médica, obedece a indicaciones, contraindicaciones y ofrece escenarios controversiales. En muchos casos, no está indicado el inicio de los esfuerzos de RCP, pues estos no cumplen su propósito fisiológico, por lo cual se pueden considerar intervenciones desproporcionadas o fútiles.

Según las guías de la AHA (2015) [6], las situaciones que contraindican de forma absoluta la RCP en el ámbito extrahospitalario son:

- Situaciones en donde el inicio de la RCP podría poner al equipo reanimador en peligro.
- Situaciones en donde los pacientes portan un documento válido de tratamiento que contraindique la RCP.
- Situaciones en que se evidencian signos obvios de muerte irreversible (decapitación, rigidez cadavérica, livideces cadavéricas, rigor mortis, descomposición, etc.).

Cabe anotar que hasta las guías de la AHA 2010 [7] se incluía otro criterio para decidir el no inicio de RCP: la presencia de asistolia por al menos 10 minutos en el caso del paro cardíaco extrahospitalario, no presenciado sin realización de soporte vital básico (SVB). En primera instancia, parece lógico afirmar este criterio, pues factores como el tipo de ritmo encontrado al momento del paro, el tiempo de anoxia y la implementación oportuna de masaje cardíaco y desfibrilación son condiciones críticas para el pronóstico neurológico del paciente [8]. No obstante, la única forma de verificar la asistolia es a través de la monitorización del ritmo cardíaco. No parece razonable entonces pensar en un paciente en un entorno extrahospitalario que es monitorizado, al tiempo que no se le brinda el SVB. Por esta razón, tal criterio no se incluyó en la actualización de las guías.

Tanto la decisión de no iniciar la RCP como la decisión de suspenderla son escenarios éticamente equivalentes. Si no existe un criterio inequívoco que contraindique el inicio de la RCP debe primar el bienestar del paciente y sus derechos fundamentales (principio del interés superior).

En escenarios críticos siempre se debe aplicar una garantía ética: *in dubio pro patiente*: en caso de duda, esta favorece al paciente. Se aplica la misma regla equivalente al derecho: *in dubio pro reo*, en caso de duda, la duda favorece al inculpado. La inocencia se presume, la culpabilidad se tiene que demostrar. Si persisten dudas sobre el tiempo transcurrido de asistolia o sobre el mecanismo del paro, o en los casos de neonatos sobre la edad gestacional en la sala de partos, la obligación profesional es iniciar la RCP y el cuidado intensivo orientado por la evolución del paciente durante un periodo de tiempo determinado.

En los casos en que el paciente porta un DVA, la validez jurídica de este documento está definida en Colombia por los lineamientos descritos en la Resolución 2665 de 2018. Este DVA es equivalente, en su propósito, a la figura del consentimiento informado, en tanto constituye una expresión de la autonomía de la persona [9] y cuyo fundamento es el principio de proporcionalidad, «pues su objetivo es evitar que se lleven a cabo tratamientos desproporcionados a un paciente en fase terminal, es decir, tratamientos que, teniendo un carácter curativo, se realicen en una fase en la que la enfermedad ya no es curable —en tanto se considera irreversible—» [10] y en los

casos en que al paciente, por diferentes razones, no le es posible exteriorizar su voluntad.

Este DVA puede ser suscrito por una persona capaz, competente, formulado por escrito (aunque se permiten documentos audiovisuales y lenguajes alternativos de comunicación), debe incluir las indicaciones específicas de cuidado que prefiere la persona conforme a sus valores personales, y puede ser formalizada ante notario, ante dos testigos o ante el médico tratante [[11](#)].

Las guías americanas definen también los formularios polst (Physician Order Life Sustaining Treatment) como un complemento a las DVA, los cuales proveen al equipo sanitario los contenidos específicos para respetar los deseos del paciente, a partir de conversaciones entre este, los profesionales y los familiares cercanos, en donde el paciente manifiesta el cuidado que desea recibir al final de su vida en términos que sean comprensibles para los equipos de salud. Un DVA ambiguo contraindica su aplicación práctica. Por ejemplo, si un DVA afirma algo como: «en caso de paro, no quiero que me conecten», el equipo de salud puede dudar sobre cuál es el significado del término «conectar» para el paciente. ¿Se refiere a ventilación mecánica?, ¿ventilación no mecánica?, ¿intubación orotraqueal?, ¿hemodiálisis?, ¿nutrición artificial?, ¿monitoreo hemodinámico? Así como el consentimiento informado requiere un cuidadoso proceso de traducción del complejo lenguaje técnico de la medicina, a un lenguaje que el paciente pueda comprender, de igual forma los DVA equivalen a un conjunto de prácticas concretas que expresan valores personales, dirigido a un

equipo de profesionales sanitarios que requiere de la mayor especificidad para no cometer errores en situaciones críticas. Por ello, los DVA deben ser asesorados por un profesional de la salud.

También se han descrito las «historias de valores» [12] como ejercicios de diálogo entre el médico y el paciente, promovidos desde la atención primaria en salud, con el propósito de indagar en el conjunto de valores de la persona y su contexto cultural, a partir de lo cual se define, posteriormente, un DVA concreto [13].

Las órdenes de no reanimación (ONR) pueden ser, o bien la expresión final de un DVA o una indicación médica, en los casos en que ciertas intervenciones son desproporcionadas. En ocasiones, se conoce la existencia previa de una ONR tras el inicio de las maniobras de RCP. Si el DVA o la ONR son válidas, se puede suspender la RCP. En una de las escenas finales de la película *Wit. Amar la vida* (dirigida por Mike Nichols, 2001), uno de los médicos residentes inicia el SVB y activa el código azul, tras lo cual el equipo médico inicia la RCP avanzada. No obstante, la paciente, quien sufría un adenocarcinoma de ovario metastásico, y quien se encontraba en un síndrome de declinación funcional terminal, previamente había solicitado a su enfermera no ser reanimada en caso de pcr. Esa solicitud fue documentada en una ONR en su historia clínica, la cual no fue respetada por el médico residente. Cuando el equipo de reanimación revisa la historia clínica y constata la existencia de la ONR, decide suspender los esfuerzos de RCP.

Criterios para suspender los esfuerzos de reanimación (principio de futilidad)

La preservación de la vida, como el fin último de la medicina, ha sido un concepto prevalente desde la formación médica, según lo cual, el concepto de salud estaba supeditado a la supervivencia. Sin embargo, el progreso biomédico ha permitido prolongar la expectativa de vida de muchos pacientes que, en otra época, sin duda, habrían muerto, sin lograr ofrecerles una contribución significativa a su calidad de vida. Como afirma Belkin, refiriéndose a las paradojas del progreso tecnológico en la medicina crítica: «This early version of intensive care intensified the competing choices that new medical capabilities generated. The respirator salvaged life but also identified those who, because of medicine, become unsalvageable by medicine. The technology created an imperative to face up to its own consequences» [\[14\]](#).

El Hastings Center, uno de los más famosos centros de bioética del mundo, describió a mediados de los años noventa los fines de la medicina en la era tecnológica:

1. La prevención de las enfermedades y las lesiones, la promoción y la conservación de la salud.
2. El alivio del dolor y el sufrimiento.
3. La atención y curación de los enfermos curables y el cuidado de los incurables.
4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila [\[15\]](#).