

# Noticias de Responsabilidad Médica



Ofelia De Lorenzo  
Aparici (\*)

## ORDEN DE NO REANIMAR Y CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

La Sección 10ª de la Sala de lo Contencioso Administrativo en su resolución de 18 de Noviembre del 2011, nos recuerda que todos los hospitales deben asegurar a sus pacientes un plan de resucitación claro y explícito.

En el presente caso, los recurrentes entendían que se había producido un mala *praxis* porque habiendo sufrido la paciente una parada cardiorrespiratoria (PCR), a ésta se le limitó el esfuerzo terapéutico por el Servicio de Urgencias durante la reanimación cardiopulmonar de la parada cardiorrespiratoria (RCP) sin el consentimiento o autorización de la misma ni de sus familiares.

Afirman que se limitó el esfuerzo terapéutico porque los médicos, de forma unilateral, consideraron que la esperanza de vida era mínima, lo cual entienden supone una vulneración de la autonomía de la paciente, lo cual constituye un daño moral muy grave.

Del expediente administrativo quedó acreditado que la paciente presentó una parada cardiorrespiratoria y que se le practicaron maniobras de resucitación cardiopulmonar que se suspendieron, pero que no se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada, no existiendo documento que recoja la voluntad de la paciente, o de la familia, en relación a las medidas médicas a adoptar en el caso de parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar.

Concretamente, consta en el informe de urgencias "que a las 15:45 se inician medidas de RCP (reanimación cardiopulmonar) que se detienen al conocer el proceso de carcinoma de mama metas-

tático considerándose no realizar más medidas de RCP. Se propone a la familia realizar necropsia, denegándola. 16:45: se comprueba ausencia de signos vitales y se realiza ECG que confirma asistolia".

En el presente caso, se pretendía acreditar una infracción de la *lex artis* en la afirmación de que no existía un consentimiento previo ni de la enferma ni de sus familiares que autorizara la suspensión de las maniobras de reanimación cardiopulmonar y que en el caso se realizaron las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, pero no se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada.

No obstante lo anterior, la Sala afirma que, de conformidad con los datos e informes obrantes en el expediente, no procede tal conclusión pues no hay dato que permita estimar que la decisión de suspensión de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica que se estaban realizando sobre la paciente se hubiera adoptado sin seguir el protocolo de actuación.

Nos recuerda la presente resolución que "en las Recomendaciones de 2005 sobre las Órdenes de No Resucitación, se contempla la suspensión, no indicación o falsa indicación de la Resucitación Cardiopulmonar y así se dice que todos los hospitales deben asegurar a sus pacientes un plan de resucitación claro y explícito. Para algunos pacientes, esto implica una decisión de "no resucitación". Tales decisiones son complejas, por lo que el hospital debe tener una política elaborada y conocida por su personal sobre la toma de decisiones en RCP, especialmente en los aspectos relacionados con la protección de los derechos de los pacientes

y con las "órdenes de no resucitación". Es esencial que se identifique en las órdenes de tratamiento a los pacientes en los que la RCP no está indicada, bien porque la PCR sea un evento esperado inevitable en el curso de una enfermedad terminal o porque el paciente haya manifestado su voluntad de no ser tratado en esta situación".

En conclusión, en todo caso, la "no indicación de RCP" debe ser conocida por todo el personal con responsabilidades en la atención al paciente. Cuando un paciente sufra una PCR y en las órdenes de tratamiento no aparezca la no indicación de RCP no esta deberá iniciarse inmediatamente, aunque el médico que asuma la dirección de la asistencia pueda decidir su suspensión a la vista de las características y circunstancias de la enfermedad subyacente o de la situación que ha desencadenado o acompañado a la parada, todo ello de conformidad con el Código de Deontología Médica.

Por todo lo anterior, la Sala desestima el recurso de los familiares de la paciente y concluye recordando que "conforme la doctrina del Tribunal Supremo en la materia, aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala *praxis* 'ad hoc', no lo es menos que tal mala *praxis* no puede 'per se' dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente así la Sentencia de 26 de marzo afirma "que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad".

(\*) Bufete De Lorenzo Abogados