CAMBIO DE GUARDIA

# La dimensión humana del soporte vital avanzado: más allá del algoritmo

## *Beyond the algorithm: the human dimension of advanced life support*

Manuel Pardo Ríos[1,2], Carmen Amalia López López[1,2], Ana Belén Ocampo Cervantes[1,3]

Esta es una historia real que empieza así: "Después de veinte horas de guardia, el cansancio se había instalado en nuestros cuerpos, pero la adrenalina de la llamada nos despertó inmediatamente. Un hombre se había levantado al baño sintiéndose mal y había entrado en parada cardiorrespiratoria. Al llegar al domicilio, nos encontramos con un paciente en fibrilación ventricular y comenzamos el algoritmo de soporte vital avanzado (SVA) que tantas veces habíamos practicado". Sin embargo, lo que sucedió esa madrugada trascendió cualquier protocolo médico y nos adentró en el complejo territorio donde la medicina basada en evidencia se encuentra con la dimensión más profundamente humana.

La mujer y el hijo del paciente estaban presentes todo el tiempo, y nos gusta el acompañamiento familiar durante la reanimación cardiopulmonar (RCP). Hay que respetar que es su ambiente y hay que enseñarles a estar, si esa es su voluntad. No siempre funciona, pero muchas veces sí, si sabes canalizarlos y son colaboradores.

Esta decisión de permitir la presencia familiar durante la reanimación, que en el pasado podría haber sido controvertida, encuentra hoy un sólido respaldo en la evidencia científica. El estudio multicéntrico de Jabre *et al.,* publicado en New England Journal of Medicine, demostró que la presencia familiar durante la RCP se asoció con resultados positivos en variables psicológicas y no interfirió con los esfuerzos médicos, ni aumentó el estrés en el equipo médico[1]. Las recomendaciones actuales del ERC (European Resuscitation Council) son claras al respecto: "se debe ofrecer a los miembros de la familia la opción de estar presentes durante los esfuerzos de reanimación, tanto en entornos hospitalarios como extrahospitalarios"[2].

Pasaban los minutos, con la capnografía bajando y la fibrilación ventricular cada vez más fina. Sobre el minuto 15, le dije a la familia que "no estábamos contentos", que pese a que estábamos haciendo más cosas, desfibrilación, intubación orotraqueal, adrenalina, amiodarona. Seguíamos en aquella "batalla contra lo inevitable". Poco a poco las cosas iban a peor, ya teníamos el corazón en asistolia y capnografías muy bajitas. Al acercarnos a la familia, ya nos tocó decir que las cosas habían empeorado aún más y que si seguían así, normalmente sobre el minuto 30 y después de unos 15 minutos de asistolia refractaria a SVR, las posibilidades serían ya casi nulas y deberíamos parar.

La comunicación transparente y progresiva con la familia durante la reanimación es fundamental para prepararlos para posibles desenlaces adversos. La literatura sobre comunicación de malas noticias en medicina de emergencias enfatiza la importancia de proporcionar información clara y comprensible, evitando tecnicismos médicos complejos[3]. En nuestro caso, el uso de expresiones como "no estábamos contentos" comunicaba preocupación sin ser definitivo, mientras que explicar que "su corazón cada vez iba a menos" proporcionaba información sanitaria específica en términos que la familia podía entender.

Les señalé el monitor y ya estábamos cercanos al minuto 25 desde el inicio de las maniobras. Llegado ese punto, la asignación de tareas era ya casi en exclusiva de soporte a la familia. Cuando llegamos cerca del minuto 30, les volvimos a recordar que llegábamos al límite que les habíamos indicado. En la verificación de ritmo del minuto 30 seguíamos con asistolia y le dijimos a la familia: "Su corazón no responde, ni muestra ya ninguna señal de que lo vaya a hacer".

La respuesta del hijo fue simple pero profundamente significativa: "¿Podemos seguir un poco más?". No le respondimos verbalmente, pero no hubo ni un segundo de duda: nos dirijimos al equipo y se ordenó "una descarga a máxima potencia, un bolo de adrenalina y dos minutos más de compresiones". Serían los dos mejores minutos de todos los que habíamos hecho.

Esta decisión ilustra perfectamente el concepto de toma de decisiones compartidas en medicina de emergencias. Aunque tradicionalmente se ha considerado que el tiempo limitado y la urgencia de las intervenciones dificultan la participación familiar en las decisiones críticas, estudios recientes sugieren que la toma de decisiones compartida puede implementarse efectivamente incluso en situaciones de emergencia[4]. La participación familiar en las decisiones críticas puede mejorar la satisfacción con la atención recibida, reducir el trauma psicológico posterior y facilitar el proceso de duelo[5].

En ese justo momento ni el hijo y ni la mujer tam-

**Filiación de los autores:** [1]Grupo de Investigación de Nuevas Tecnologías para la Salud, UCAM Universidad Católica de Murcia, Región de Murcia, España. [2]Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia, España. [3]Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Región de Murcia, España.
**Contribución de los autores:** Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.
**Autor para correspondencia:** Manuel Pardo Ríos. Faculty of Health Sciences. UCAM Universidad Católica de Murcia. Campus de Los Jerónimos, 135. 30107 Guadalupe, Murcia, España.
**Correo electrónico:** mpardo@ucam.edu
**Información del artículo:** Recibido: 1-3-2026. Aceptado: 8-4-2026. *Online:* 27-4-2026.
**Editor responsable:** Antonio Juan Pastor.
**DOI:** 10.55633/s3me/053.2026

poco tuvieron que hablar para darnos las gracias. Fueron 2 minutos muy largos, al llegar al minuto 32 y al parar para comprobar… me hubiera gustado contarles otro resultado, pero seguíamos exactamente igual: asistolia y muy bajos niveles de capnografía. En ese momento nos dirigimos al hijo y a la mujer y les dijimos: "su corazón no responde". La mujer nos dijo: "ya podemos parar", pero lo dijo con una paz y serenidad que ninguno del equipo nos esperábamos.

En ese punto realizamos una "PAUSA", la que me enseñó mi amigo Andrés Climent. La "pausa" representa una evolución significativa en la humanización de los cuidados críticos. Esta práctica, codificada por Jonathan Bartles como un breve periodo de silencio destinado a honrar a la persona, los esfuerzos de atención y la familia después de un intento fallido de RCP, ha demostrado beneficios tanto para los profesionales sanitarios como para las familias[6]. Los estudios han mostrado que esta intervención puede reducir el estrés moral y los síntomas de agotamiento *(burnout)* en los profesionales, mientras aumenta la satisfacción laboral y proporciona un momento de reconocimiento formal de la pérdida para las familias[7].

Cuando nos despedimos, la familia nos dio las gracias, pero unas gracias de corazón, desde el alma. Recuerdo ir en el ascensor y comentar con la residente que "lo difícil no es que te den las gracias cuando todo ha ido bien, lo difícil es que te den las gracias cuando el resultado no es el que hubieran deseado". No hemos tenido que hablar, simplemente nos vieron luchar muy implicados.

Pero lo más importante de todo es que involucramos a la familia en la toma de decisiones, les dimos lo único que nos pidieron: seguir un poco más. Con el tiempo hemos reflexionado y tenemos claro que aquella última descarga, adrenalina y dos minutos de compresiones no se la dimos al paciente, se la dimos a la familia.

Esta reflexión encapsula la esencia de una medicina de emergencias verdaderamente humana. La comprensión de que el paciente en medicina de emergencias incluye no solo al individuo que recibe la atención médica directa, sino también a la unidad familiar que se ve afectada por la crisis médica, representa una evolución hacia un modelo de atención más integral. Los estudios sobre el impacto emocional en los profesionales de emergencias tras reanimaciones fallidas revelan que las emociones que surgen se presentan como una combinación de tristeza por no haber podido salvar la vida del paciente y bienestar al tener la certeza de que se ha realizado todo el esfuerzo posible[8]. Este apoyo informal entre profesionales es también fundamental para el bienestar emocional del personal de emergencias, aunque la literatura sugiere que las estrategias de afrontamiento estructuradas no son habituales en este colectivo profesional[9].

Las lecciones extraídas son múltiples: la presencia familiar durante la reanimación, cuando es adecuadamente gestionada, proporciona beneficios sustanciales; la toma de decisiones compartidas puede implementarse efectivamente incluso en situaciones de emergencia; prácticas como la "pausa" facilitan el procesamiento emocional; y la comunicación efectiva es fundamental para una atención verdaderamente centrada en el paciente y la familia.

La evolución hacia una medicina de emergencias más humana no requiere el abandono de la excelencia técnica o la evidencia científica. Por el contrario, requiere la integración de estas fortalezas con una comprensión más profunda de las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de pacientes, familias y profesionales sanitarios. Requiere cambios en la formación médica, en las políticas institucionales y en la cultura profesional. En aquella madrugada de Molina, aprendimos que a veces los 2 minutos más importantes de una reanimación no son los que pueden salvar una vida, sino los que pueden ayudar al duelo de una familia.

## Bibliografía


1 Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med. 2013;368:1008-18.
2 Soar J, Böttiger BW, Carli P, Couper K, Deakin CD, Djärv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation. 2021;161:115-51.
3 Hogan B, Schmidt M, Worrall C, Hogan J. Shared Decisionmaking in the Emergency Department: A Guiding Framework for Emergency Physicians. Ann Emerg Med. 2018;72:578-84.
4 Kon AA, Davidson JE, Morrison W, Danis M, White DB; American College of Critical Care Medicine; American Thoracic Society. Shared decision making in ICUs: an American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. Crit Care Med. 2016;44:188-201.
5 Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. Chest. 2008;134:835-43.
6 Hendrick J, Fuller T. The Pause: Utilizing a Moment of Silence After a Patient Death. J Palliat Med. 2022;25:329-30.
7 Bartley EH, Haney T, Abshire C, Lamb K, Pandharipande P, Chandrasekhar R, et al. The Pause: A Moment of Silence to Reduce Burnout in the ICU. Crit Care Nurse. 2019;39:e8-e15.
8 Galán Rodríguez A, Vigil Escalera C, Iglesias López M, Ortega Deballon I, Rodríguez Soler A, González Celador R. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. Enferm Intensiva. 2017;28:57-63.
9 Compton S, Levy P, Griffin M, Waselewsky D, Mango L, Zalenski R. Family-witnessed resuscitation: bereavement outcomes in an urban environment. J Palliat Med. 2011;14:715-21.
10 Twibell RS, Siela D, Riwitis C, Wheatley J, Riegle T, Bousman D, et al. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. Am J Crit Care. 2008;17:101-11.