



Órdenes de no reanimación en el paciente adulto

FRITZ EDUARDO GEMPELER RUEDA¹, ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ²

Cómo citar: Gempeler FE, Brigard Pérez AM de. Órdenes de no reanimación en el paciente adulto. *Univ Med.* 2016;57(3):374-82. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-3.onrc>

Resumen

Con base en los malos resultados de la reanimación cardiopulmonar, hace más de tres décadas se adoptaron en la práctica clínica las órdenes de no reanimación. De manera más actual y dado el desarrollo de las garantías individuales y su adopción en la práctica clínica, se entiende por órdenes de no reanimación las decisiones concertadas entre los médicos y sus pacientes o representantes de no ser sometidos a una reanimación cardiocerebropulmonar en el evento de sufrir un paro cardíaco. Poco a poco se ha ido aceptando la definición de límites en la actividad asistencial en consideración a sus resultados ulteriores en la vida de las personas; sin embargo, aún no es clara la compatibilidad de este tipo de decisiones —calificadas como restrictivas— en pacientes que necesitan algún tipo de tratamiento. El objetivo de este artículo es establecer el marco conceptual de este dilema y ofrecer una respuesta sobre la formulación, consecuencias e implicaciones de una orden de no reanimación.

Palabras clave: resucitación cardiopulmonar, bioética, paro cardíaco, ética.

-
- 1 Médico anesthesiólogo. Magíster en Bioética. Profesor asociado del Departamento de Anestesiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
 - 2 Abogada especialista en Derecho Médico y Legislación en Salud. Directora de la Especialización en Derecho Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Consultora y litigante en responsabilidad civil médica.

Recibido: 05/11/2015

Revisado: 25/11/2015

Aceptado: 21/01/2016

Title: Do not Resuscitated Orders in Adult Patients

Abstract

Knowing the poor results derived from CPR, some decades ago the so called non-reanimation orders were established. Now a days and given the individual guaranties trends adopted in the medical practice, the non-reanimation orders are understood as the decisions agreed upon by the physicians and the patient or their representatives not to undertake a CPR should there be a heart arrest. The definition of the clinical practice limits has slowly been accepted considering the subsequent results in the life expectancy, however, it is not yet clear the compatibly of the theses decisions — considered restrictive — on patients who will need a medical treatment. The purpose of this article is to present a conceptual framework for this dilemma and provide answers to the formulation, consequences and implications of a non-reanimation orders period.

Key words: cardiopulmonary resuscitation, bioethics, heart arrest, ethics.

Introducción

Hace más de tres décadas se adoptaron en la práctica clínica las *órdenes de no reanimación* (ONR) como respuesta a los pobres desenlaces derivados de la reanimación cardiopulmonar (RCP), entendidas en aquel entonces como las decisiones médicas unilaterales que se adoptaban en situaciones extremas cuando no se esperaba la recuperación o sobrevida de un enfermo. Aun hoy en día el fracaso de las maniobras de RCP en pacientes adultos y posterior muerte continúa siendo el desenlace más frecuente ante un paro cardiaco. La experiencia y la evidencia muestran

que la supervivencia al salir del hospital luego de presentar un paro cardiaco oscila entre el 6,5% y el 20% [1-6]. La gran mayoría de los que sobreviven lo hacen con daños neurológicos variables y algún grado de dependencia médica y limitaciones físicas. Alrededor del 90% de los pacientes a quienes se les realizan maniobras de RCP tendrán una prolongación del proceso de morir, por horas o días posiblemente en una unidad de cuidados intensivos. Si bien la RCP puede extender la vida por horas, días o incluso semanas, su calidad suele ser muy pobre [3].

De manera más actual, y dado el desarrollo de las garantías individuales y el creciente desarrollo —teórico y judicial— de la autonomía de las personas y su adopción en la práctica clínica, definimos por ONR las decisiones concertadas entre los médicos y sus pacientes o representantes de no ser sometidos a una reanimación cardiocerebropulmonar en el evento de sufrir un paro cardiaco.

Hoy en día los individuos tienen derecho a conocer su estado de salud o enfermedad y a tomar decisiones sobre el tratamiento médico sugerido, basados en una explicación adecuada de su situación y alternativas. Ello lleva a que las decisiones médicas deben ser el resultado de un diálogo entre el paciente y el equipo médico y en ningún caso entenderse como una prerrogativa

unilateral del profesional tratante [7-9]. En el campo de la RCP, el paciente tiene el derecho a saber con anterioridad si se encuentra en riesgo de presentar un paro cardíaco, y en caso afirmativo, en conjunto con su médico determinar si desea o no que se le realice la RCP [10,11]. Habrá pacientes que no deseen pasar por una RCP y otros que deseen aferrarse a la mínima posibilidad de sobrevivir, aun con mala calidad de vida, y esta decisión debe respetarse.

Independientemente de quién toma la decisión o bajo qué circunstancias se hace, la RCP no se debería indicar como un tratamiento de rutina ante un paro cardíaco, al considerar los malos resultados potenciales que acarrea. En general, debería cuestionarse todo tipo de terapia o de tratamiento que, además de tener un pésimo desenlace, no es inocuo. Si se deja a un lado el tema de la autonomía y únicamente se piensa en el bienestar del paciente (principios éticos de beneficencia y no maleficencia), como debe ser el razonamiento de los médicos antes de proponer o adoptar una determinada conducta, cabe la pregunta ¿por qué la RCP ha sido recomendada en todas las situaciones clínicas a pesar de conocer el pobre pronóstico subsecuente? Se podría argumentar que es la única alternativa ante la muerte; pero ¿se está pensando en el bienestar del paciente y de la sociedad? O ¿únicamente se piensa en mantener vivo al paciente a toda

costa sin importar su calidad de vida posterior? Aquí es donde preguntarle al paciente —con antelación, claridad y respeto— qué desearía en el supuesto de presentar un paro cardíaco es fundamental. ¿Será él quien defina si prefiere vivir sin importar el resultado o morir sin tener que pasar por una RCP?

Estos cuestionamientos han incrementado (desde la década pasada) el número de ONR en la práctica clínica, y en algunos países, como Inglaterra, han llegado a que más del 80 % de las personas que mueren en un hospital tengan una ONR, a fin de evitar que la muerte en un hospital signifique pasar necesariamente por una RCP [12].

Diferencia entre órdenes de no reanimación y voluntad anticipada

Es importante diferenciar entre una ONR y un documento de voluntad anticipada. Una ONR es la decisión de no realizar maniobras de RCP, que en la mayoría de los casos se toma en conjunto entre un paciente con capacidad para tomar decisiones (o su familia) y su médico, previa información adecuada del pronóstico, bajo el supuesto de que se puede presentar un paro cardiorespiratorio dentro de la evolución de su enfermedad [13], sin excluir ninguna otra forma de cuidado médico. Por otro lado, las voluntades anticipadas, el testamento vital o el documento para una

muerte digna contiene las preferencias del paciente en cuanto a la generalidad del manejo médico cuando se encuentre en una situación en la cual no pueda expresarse de manera directa. Las voluntades anticipadas se definen como:

El conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad que en algún momento futuro se encuentre incapacitada para expresarlas y tomar decisiones por sí misma. [14]

Aunque las ONR y la voluntad anticipada son distintas en cuanto a sus alcances y perspectivas, una ONR puede estar comprendida dentro de la voluntad anticipada, en la medida en que una persona puede disponer —entre sus decisiones vitales— la de si quiere o no ser sometida a una reanimación en caso de presentar un paro cardíaco.

En la práctica hospitalaria, en ocasiones, el término *reanimación* se entiende de forma diferente al utilizado en la ONR. Puede ser el uso de líquidos intravenosos para “reanimar” a una persona que está gravemente deshidratada o que tiene hipovolemia o puede ser reanimar a un paciente con politraumatismo en la sala de “reanimación” de urgencias. El término *reanimación*

en las ONR únicamente alude a la no realización de maniobras RCP en el supuesto de sufrir un paro cardíaco; pero no implica una restricción o una renuncia a los restantes cuidados, médicos y de enfermería, que necesita y merece el paciente.

Es importante hacer hincapié en este punto, pues todavía es frecuente observar que los pacientes con ONR son abandonados en el último cuarto del hospital y pocas veces vuelven a ser visitados por el personal médico y de enfermería en el entendido de que si no desea ser reanimado, es un paciente que no requiere más cuidados. Nada más equivocado. La RCP es solo una de las múltiples intervenciones que puede requerir un paciente, y subordinar sus cuidados a la existencia o no de una orden de no reanimación resulta absolutamente desproporcionado.

Al implementar la ONR, esta debe formalizarse registrándola de modo adecuado en la historia clínica y comunicándola a todo el equipo médico y de enfermería encargado del manejo del paciente, haciendo hincapié en que dicha información debe ser transmitida en los cambios de turno para evitar que en el supuesto de un paro cardíaco se realice la RCP. Las ONR no son definitivas y el paciente es libre en cualquier momento de su evolución clínica de cambiar de opinión acerca de si es o no adecuada la RCP para él.

Eventualmente, si un paciente presenta un paro cardíaco y no existe una voluntad anticipada o una ONR y no ha habido ningún debate acerca de la RCP entre el paciente o su familia y su equipo médico, como sucede por ejemplo en urgencias, la decisión médica inicial debe orientarse hacia iniciar la RCP con racionalidad y adherencia a las recomendaciones internacionales, considerando siempre los beneficios esperados con la intervención contra las cargas y riesgos que con ella se imponen al paciente.

Para entender la situación con más claridad, sobre todo en lo que respecta a la autonomía del paciente, es posible hacer una analogía entre las ONR y el cuidado de los pacientes testigos de Jehová, quienes rechazan las transfusiones de productos sanguíneos.

Al evaluar ese contexto clínico en la actualidad, no hay duda de que se admite que un paciente adulto está plenamente capacitado para rechazar una transfusión y que el comprometerse a no utilizar productos sanguíneos en una cirugía, aun cuando se pueda ver incrementado el riesgo de muerte de presentarse una hemorragia masiva, no significa ni que los pacientes deban ser rechazados por los cirujanos ni que estos puedan ser investigados por alguna forma de comportamiento culposo por omitir una transfusión ante el evento fortuito [8,15,16].

En efecto, establecida la relación médico-paciente con el compromiso de respetar la restricción del uso de una transfusión, se debe asumir ese acuerdo, aun si la hemorragia es producto de una iatrogenia o alguna otra forma de complicación derivada del acto médico. Condicionar una determinada intervención quirúrgica o médica a la aceptación de una eventual transfusión es una barrera de acceso inaceptable y una forma de desconocer el derecho que se reconoce a los individuos de adoptar sus propias y personales maneras de determinar su propia vida. Es innegable que la ONR, fuera de ser un dilema médico, es un dilema ético y un desafío legal.

Bases éticas

La medicina ha logrado prolongar la vida y combatir multitud de enfermedades y eventos antes considerados mortales; pero, en ocasiones, sobre la falsa base de la defensa ilimitada de la vida, se cae en excesos terapéuticos que paradójicamente solo consiguen prolongar el proceso de la muerte o, más bien, la agonía; olvidan al individuo como ser integral y se centran únicamente en mantenerlo “vivo” a toda costa, incluso contrariando sus deseos y expectativas.

En el campo de la RCP, por lo general se piensa que se le está haciendo un bien, “tratando de salvarle la vida” [12]. Si no se le pregunta al paciente con anterioridad qué desea, los médicos

solo seguirán intentando más intervenciones con el idealismo de “salvar vidas”; pero exponiendo a los pacientes a procedimientos no deseados y muchas veces prolongando el sufrimiento. Es en ese momento cuando adquiere importancia el principio de beneficencia y autonomía. Ningún efecto de un procedimiento médico, incluida la RCP, es en principio benéfico para el paciente, a menos que este lo aprecie como tal. La autonomía (deseos del paciente) define el beneficio y procedencia de una determinada intervención, pues solo al paciente, como titular del derecho a decidir, compete la opción de aceptar o rechazar el plan de tratamiento sugerido, aunque eventualmente su personal apreciación pueda ser diferente a la que tiene el médico al respecto.

Uno de los objetivos principales del manejo médico de todos los pacientes, y en especial de aquellos que se encuentran al final de su vida, es el de proporcionar una calidad de vida aceptable no condicionada a la presencia o no de una orden de no reanimar. En ocasiones, dicho cuidado puede incluir exámenes diagnósticos y procedimientos que requieran anestesia; por ello no es éticamente adecuado el condenar a todos los pacientes con enfermedades crónicas debilitantes y progresivas con ONR a que no se les realice ningún tipo de cirugía o procedimiento que requiera anestesia, así el objetivo del procedimiento

sea para mejorar la calidad de la poca vida que les queda, sobre el supuesto de que una ONR es incompatible con un acto anestésico. Se debe tener en cuenta que las ONR son la manifestación práctica de la autonomía personal, en la cual se expresa lo que es aceptable, deseable o tolerable para un determinado individuo, según sus creencias, cultura, religión y proyecto vital. El respeto a la autonomía no debe limitarse a ciertos lugares de las clínicas y hospitales como servicios generales; también debe considerarse en salas de cirugías, salas de procedimientos, urgencias, cuidado intensivo, etc. El respetar una ONR en cualquier espacio es respetar la autonomía y avanzar en el camino de la humanización de la medicina [12].

Obviamente, cuando se presenta un paro cardíaco, no es el momento para el análisis y la reflexión; esta discusión debe surtirse con antelación [17]. En los servicios de hospitalización, y aun en urgencias, se debe procurar identificar a aquellos pacientes que tienen una condición médica que hace probable que se presente un paro cardíaco, con el fin de informarle y establecer de antemano con él o sus familiares un plan de manejo ante esa eventualidad, que esté acorde con sus deseos y preferencias [3]. Para muchos pacientes la calidad de vida y el respeto a su autonomía puede ser más importante que la cantidad de vida ofrecida.

Bases legales

A partir de la definición constitucional de los derechos fundamentales de las personas, la ley y la jurisprudencia han avanzado de manera consistente al reconocer al individuo, adulto y competente, como el único dueño de las decisiones sobre su salud. Resulta evidente —para el pensamiento jurídico moderno— que lo mínimo que puede hacerse con quien va a tener que enfrentar su propia condición es que la haya conocido y aceptado de antemano. La imposición de una terapéutica o de una específica forma de ver la vida, como cualquier otra forma de subordinación humana, resulta inaceptable dada la igualdad predicable de todos los individuos y el derecho a autodeterminarse que les es propio [18].

No se desconoce el hecho de que un médico tiene mayor formación que la población general acerca de una enfermedad o de una intervención determinada; sin embargo, ello no lo faculta para actuar “a espaldas” del enfermo ni mucho menos contra su voluntad. La manera en que se ha previsto un mayor equilibrio entre el conocimiento y la experiencia del médico frente a la aparente ignorancia del paciente es mediante la información. Al médico se le impone la obligación, desde lo ético, desde lo humano y desde lo jurídico, de proveer a su paciente la información suficiente para que efectivamente pueda ejercer su derecho a decidir. Una decisión, en

los términos previstos en la norma, solo será madura, libre y consciente cuando se haya tomado conociendo las diferentes variables implícitas en cada una de las opciones que le son ofrecidas.

Las nociones de calidad de vida, de proyecto vital, de autonomía, de libre desarrollo de la personalidad, tienen amplio desarrollo en el universo jurídico y suponen el reconocimiento del individuo como autodeterminador de su propia existencia, aun si esa visión particular se aparta de la visión de la mayoría. En ese contexto, la imposición de vivir a cualquier precio ha dado paso al reconocimiento de la vida como un bien jurídico del que —con limitaciones claras— puede disponer su titular [18].

Un individuo puede rechazar una determinada intervención sugerida por su médico, incluso si esa negativa supone (como en el anterior ejemplo del adulto testigo de Jehová) un incremento de su riesgo vital. Lo mismo ocurre con las ONR, entendidas como la manifestación expresa y voluntaria de una persona de no querer una determinada y específica intervención ante el evento de sufrir un paro cardiorrespiratorio; pero sin que ello le implique tener que renunciar a cualquier otra forma de cuidado médico [19].

El paciente con cáncer incurable que debe ser sometido a una intervención de implantación de catéter para recibir

quimioterapia paliativa, ¿puede aceptar el catéter al tiempo que rechaza una reanimación? Un paciente que sufre una hemorragia cerebral y es entrado al quirófano con el fin de drenar y eventualmente corregir el defecto que ha dado origen a la hemorragia, ¿puede haber rechazado expresamente la reanimación en caso de sufrir un paro cardíaco durante la intervención? La respuesta es afirmativa. Solo así resulta coherente la interpretación del derecho fundamental del individuo a decidir. La idea de que la voluntad jurídica del enfermo solo es admisible cuando acepta una determinada propuesta terapéutica es inaceptable. Una verdadera decisión es aquella en la que tanto el *sí* como el *no* son posibles respuestas.

Para terminar debemos concluir que las ONR no excluyen otras formas de cuidado o de intervención médica ni deben ser suspendidas o retiradas como condición para acceder a determinados servicios. La información será el fundamento del ejercicio legítimo del derecho a decidir, y de su calidad y suficiencia dependerá la mejor adecuación de la respuesta con el proyecto de vida de cada persona. Un individuo con poca información acerca de las posibles secuelas que podrían devenir después de una RCP tendría derecho a reclamar la reparación de la carga injusta que se le ha impuesto, sin que fuese admisible la explicación del médico de haberlo

hecho en procura de una prolongación transitoria de su vida.

La beneficencia, como concepto bioético moderno, supone una ponderación permanente entre lo que se puede hacer y lo que se debe hacer, en procura de que cualquier determinación médica coincida —en lo posible— con lo que de haberse podido expresar directamente hubiese sido lo pretendido o deseado por el paciente. La mayor coincidencia entre lo que se ofrece y se hace con lo que se desea será la mejor evidencia del acertado entendimiento de la ética médica del siglo XXI.

Referencias

1. Mohr M, Kettler D. Ethical aspects of resuscitation. *Br J Anaesth.* 1997;79:253-9.
2. McBrien M, Heyburn G. Do not attempt resuscitation orders in the peri-operative period. *Anaesthesia.* 2006;61:625-7.
3. Gempeler F. Reanimación cardiopulmonar más allá de la técnica. *Rev Col Anestesiol.* 2015;43:142-6.
4. Angus DC. Successful resuscitation from in-hospital cardiac arrest: What happens next? *JAMA.* 2015;314:1238-9.
5. Fendler TJ, Spertus JA, Kennedy KF, Chen LM, Perman SM, Chan PS. Alignment of do-not-resuscitate status with patients' likelihood of favorable neurological survival after in-hospital cardiac arrest. *JAMA.* 2015;314:1264-71.
6. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, et al. Part 7: Adult advanced cardiovascu-

- lar life support: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2015;132(suppl 2):S444-64.
7. British Medical Association, Resuscitation Council (UK) and Royal College of Nursing. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation [internet]. London; October 2014. Disponible en: <http://bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/decisions-relating-resusreport.pdf>
 8. Gill R. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: commentary 1: CPR and the cost of autonomy. *J Med Ethics*. 2001;27:317-8.
 9. Monzon JL, Saralegui R, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*. 2010;34:534-49.
 10. Guarisco KK. Managing do-not-resuscitate orders in the peri anesthesia period. *J Perianesth Nurs*. 2004;19:300-7.
 11. Van Norman G. Do-not-resuscitate orders during anaesthesia and urgent procedures [internet]. 1998. Disponible en: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/dnrau.html>
 12. Fritz Z, Fuld J. Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussion and deleterious effects. *J Med Ethics*. 2010;36:593-7.
 13. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) decisions in the perioperative period [internet]. London; 2009. Disponible en: http://www.aagbi.org/sites/default/files/dnar_09_0.pdf
 14. Rothenburg D. Informed refusal-DNR orders in the patient undergoing anaesthesia and surgery at the end-of-life. In: Van Norman G, editor. *Clinical ethics in anaesthesiology: A case based textbook*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 13-8.
 15. Knipe M, Hardman JG. Past, present, and future of 'Do not attempt resuscitation' orders in the perioperative period. *Br J Anaesth*. 2013;111(6):861-3. doi: 10.1093/bja/aet287.
 16. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*. 2003;31:1543-50.
 17. Cereceda L. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. *Rev Med Clin Condes*. 2011;22:369-76.
 18. Sentencia C-239/1997, homicidio por piedad: elementos/homicidio pietístico o eutanásico/homicidio eugenésico [internet]. Corte Constitucional colombiana. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
 19. Sentencia T-659/2012, derecho a la educación [internet]. Corte Constitucional colombiana. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-659-02.htm>

Correspondencia

Fritz Eduardo Gempeler
 gempeler@javeriana.edu.co
