



# Revista Colombiana de Anestesiología

## Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



### Reflexión

## Órdenes de no reanimación y anestesia



Fritz Eduardo Gempeler-Rueda<sup>a,\*</sup> y Ana María de Brigard-Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico Anestesiólogo, Magister en Bioética, Profesor asociado del Departamento de Anestesiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Abogada Especialista en Derecho Médico y Legislación en Salud, Directora de la Especialización en Derecho Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, Consultora y litigante en responsabilidad civil médica, Bogotá, Colombia

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 23 de octubre de 2015

Aceptado el 28 de enero de 2016

On-line el 19 de marzo de 2016

##### Palabras clave:

Bioética

Paro cardíaco

Anestesiología

Ética

Resucitación cardiopulmonar

#### R E S U M E N

Conocidos los pobres desenlaces derivados de la reanimación cardiopulmonar, se adoptaron, hace varias décadas, las llamadas órdenes de no reanimación, entendidas como las decisiones médicas unilaterales que se adoptaban en situaciones extremas cuando no se esperaba la recuperación o sobrevida de un enfermo. 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 presentar un paro cardíaco. Poco a poco se ha ido aceptando la definición de límites en la actividad asistencial en consideración a sus resultados posteriores 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 van a ser llevados a procedimientos bajo anestesia. El objetivo de este artículo es establecer el marco conceptual de este dilema y ofrecer una respuesta sobre la formulación, las consecuencias y las implicaciones de una orden de no reanimación en el periodo perianestésico.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Do not resuscitation orders and anesthesia

#### A B S T R A C T

Given the poor results derived from cardio-pulmonary resuscitation (CPR), some decades ago, so-called do not resuscitate orders were established. These include unilateral medical decisions taken in extreme situations when the survival rate or recuperation of the patient is considered nil. Currently, and given the development of individual guarantees and their adoption in clinical practice, do not resuscitate orders are understood as agreements between physicians and patients (or their legal representatives) to not undertake CPR in the case of cardiac arrest. The definition of the clinical practice limits has slowly been

##### Keywords:

Bioethics

Heart arrest

Anesthesiology

Ethics

Cardiopulmonary resuscitation

\* Autor para correspondencia. Carrera 7 N.º 40-62 4 Hospital Universitario de San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D. C., Colombia.

Correo electrónico: [gempeler@javeriana.edu.co](mailto:gempeler@javeriana.edu.co) (F.E. Gempeler-Rueda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.01.003>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

accepted in view of the subsequent results in individuals' lives. However, the compatibility of these decisions—considered restrictive—on patients who will be treated under anesthesia is not yet clear. The purpose of this article is to present a conceptual framework for this dilemma and to provide answers to the formulation, consequences, and implications of do not resuscitate orders in the perianesthesia period.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

A través de la experiencia clínica y de la evidencia se ha llegado a concluir que las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en adultos tienen éxito solo en una minoría de los pacientes, siendo el fracaso de la RCP y posterior muerte del paciente el desenlace más frecuente, con una supervivencia al salir del hospital que oscila entre el 6,5 y el 24%, la mayoría con daños neurológicos variables<sup>1-6</sup>. La baja tasa de éxito de la RCP y sus desenlaces ha sido desde hace más de 3 décadas uno de los factores primordiales para la creación de las órdenes de no reanimación (ONR).

## Órdenes de no reanimación

Debido al creciente desarrollo —teórico y judicial— de la autonomía de las personas, quienes 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, las decisiones médicas deben ser hoy en día el resultado de un diálogo entre el paciente y el equipo médico, y en ningún caso entenderse como una prerrogativa unilateral del profesional tratante<sup>7-9</sup>.

En RCP el manejo debe ser igual e incluso más estricto, en la medida en que existe una alta tasa de secuelas asociadas de considerable severidad. 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 RCP<sup>10,11</sup>. 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.

¿Por qué la RCP ha sido recomendada de rutina en todos los paros cardíacos 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? Es aquí 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, llegando en algunos países, como Inglaterra, a que más del 80%

de las personas que mueren en un hospital tengan una ONR, evitando así que la muerte en un hospital signifique pasar necesariamente por una RCP<sup>12,13</sup>.

El término reanimación en las ONR únicamente se refiere a la no realización de maniobras de RCP en el supuesto de presentar 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. Subordinar los cuidados a la existencia o no de una ONR resulta absolutamente desproporcionado.

Al implementar la ONR esta debe ser formalizada registrándola adecuadamente en la historia clínica y comunicándola a todo el equipo médico y de enfermería encargado del manejo del paciente, asegurándose que dicha información sea 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 paro cardíaco y no existe una voluntad anticipada o una ONR y no ha habido ningún debate acerca de la RCP entre el paciente y/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 frente a las cargas y riesgos que con ella se imponen al paciente.

## Orden de no reanimación y anestesia

Hasta la década pasada en el Reino Unido y en los Estados Unidos de Norteamérica los anestesiólogos exigían a los pacientes que tenían una ONR establecida suspenderla temporalmente al entrar a procedimientos bajo anestesia<sup>2</sup>. En otras palabras, se condicionaba el acceso a una sala de cirugía a la revocatoria, así fuese temporal, de la ONR<sup>14-16</sup>.

Argumentaban que sus actividades eran muy parecidas a las actividades en la RCP (intubación traqueal, ventilación mecánica, administración de vasopresores, etc.) y si el paciente presentaba un paro cardíaco era como consecuencia de un acto iatrogénico involuntario, quirúrgico o anestésico, que se debería atender con todo el arsenal terapéutico disponible<sup>2</sup>. Por lo tanto, una ONR sería contradictoria con la realización misma del procedimiento anestésico.

¿Cómo actuar? En contra de la voluntad expresa del enfermo o asumir el riesgo de ser cuestionado por haber incurrido en una posible eutanasia, al interpretar que el paro

cardíaco se habría producido por la anestesia o el procedimiento más que por la enfermedad de base. Esto lleva a un dilema ético clínico muy desgastante<sup>14</sup>.

Inclusive hoy en día, al no existir unos límites claros entre las intervenciones anestésicas y la RCP, muchos anesthesiólogos continúan manteniendo su negativa de aceptar ONR en procedimientos bajo anestesia<sup>2,14</sup>.

### Enfoque actual

El enfoque actual tiene en cuenta que el paro cardíaco se define como el cese de la actividad espontánea del corazón (asistolia, fibrilación ventricular o actividad eléctrica sin pulso). Una ONR significa la no realización de masaje cardíaco y/o desfibrilación cardíaca ante un paro cardíaco, por lo tanto, todos los procedimientos de la anestesia (intubación traqueal, ventilación mecánica y el uso de fármacos inotrópicos o vasoconstrictores, entre otros) son totalmente compatibles con la presencia de una ONR, siempre y cuando el paciente tenga una circulación espontánea. Si el paciente se deteriora a pesar del tratamiento hasta el punto de entrar en un paro cardíaco, a partir de allí se debe interrumpir su tratamiento en la medida en que sin actividad cardíaca el manejo clínico ya no es adecuado para el paciente. En ese orden de ideas es posible argumentar que la realización de compresiones cardíacas y la desfibrilación cardíaca pueden tomarse como un límite médico y ético entre la RCP y el cuidado anestésico normal<sup>15-17</sup>.

En la actualidad, se admite que un paciente adulto está plenamente capacitado para rechazar cualquier tratamiento aun cuando se pueda ver incrementado el riesgo de muerte. Lo anterior no significa ni que los pacientes deban ser rechazados por los médicos ni que estos puedan ser investigados por alguna forma de comportamiento culposo por omitir el tratamiento rechazado por el paciente<sup>8,17,18</sup>. Condicionar una determinada intervención quirúrgica a la aceptación de una eventual RCP es una barrera de acceso poco ética 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 y coarta los derechos de los pacientes<sup>17</sup>. Es ilógico que un anesthesiólogo se niegue a suministrar anestesia a un paciente que previamente ha suscrito o definido una ONR, especialmente si se tiene en cuenta que muchos de estos casos corresponden a pacientes que presentan una patología de base previa que no espera ser recuperada y que los procedimientos en estos pacientes están dirigidos en una u otra forma a mejorar su calidad de vida y ofrecerle cierto bienestar. Obviamente se debe informar al paciente la probabilidad de sobrevida luego de un paro cardíaco durante la anestesia, que posiblemente sea mayor que la descrita en otros servicios, pero estará determinada por el estado general y específico de cada paciente.

El anesthesiólogo puede aducir objeción de conciencia, siempre y cuando pueda remitir el paciente a otro anesthesiólogo que administre la anestesia, pero no debería condicionar su actividad a la suspensión temporal o definitiva de una ONR.

Es innegable que la ONR, fuera de ser un dilema médico, es un dilema ético y un desafío legal.

### Bases éticas

En la práctica clínica, 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, olvidándose del individuo como ser integral y centrándose únicamente en mantenerlo «vivo» a toda costa, incluso contrariando sus deseos y expectativas.

En el campo de la RCP, generalmente se piensa que se le está haciendo un bien, «tratando de salvarle la vida»<sup>12</sup>. 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 la 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.

No es éticamente adecuado condenar a todos los pacientes con enfermedades crónicas debilitantes y progresivas con ONR a que no se les realicen ningún tipo de cirugía o procedimiento que requiera anestesia. 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 respetar una ONR en cualquier espacio es respetar la autonomía y avanzar en el camino de la humanización de la medicina<sup>12</sup>.

Obviamente, cuando se presenta un paro cardíaco no es el momento para el análisis y la reflexión, esta discusión debe surtirse con antelación<sup>19</sup>. 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 informar y establecer de antemano con él o sus familiares un plan de manejo ante esa eventualidad, que esté acorde con sus deseos y preferencias<sup>3</sup>. Para muchos pacientes la calidad de vida y el respeto a su autonomía pueden ser más importantes 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 reconociendo 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<sup>20</sup>.

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 en contra de 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 a través de la información. Al médico se le impone la obligación, desde lo ético, desde lo humano y desde lo jurídico, de proveer a su paciente de 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.

El reconocimiento del individuo como autodeterminador de su propia existencia en el universo jurídico cada día es más aceptado, 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<sup>20</sup>.

Un individuo puede rechazar una determinada intervención sugerida por su médico, incluso si esa negativa supone (como en el caso de un testigo de Jehová) un incremento de su riesgo vital. Lo mismo ocurre con las ONR, pero sin que ello le implique tener que renunciar a cualquier otra forma de cuidado médico<sup>21</sup>.

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 insuficientemente informado 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, procurando 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.

## Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

- Mohr M, Kettler D. Ethical aspects of resuscitation. *Br J Anaesth.* 1997;79:253-9.
- McBrien M, Heyburn G. Do not attempt resuscitation orders in the peri-operative period. *Anaesthesia.* 2006;61:625-7.
- Gempeler F. Reanimación cardiopulmonar más allá de la técnica. *Rev Colomb Anestesiología.* 2015;43:142-6.
- Angus DC. Successful resuscitation from in-hospital cardiac arrest —What happens next? *JAMA.* 2015;314:1238-9.
- 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.
- Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, et al. Part 7: Adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2015;132 Suppl 2:S444-64.
- British Medical Association, Resuscitation Council (UK) and Royal College of Nursing. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation. London, October 2014. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en: <http://bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/decisionsrelatingresusreport.pdf>.
- Gill R. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: Commentary 1: CPR and the cost of autonomy. *J Med Ethics.* 2001;27:317-8.
- 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.
- Guarisco KK. Managing do-not-resuscitate orders in the peri anesthesia period. *J Perianesth Nurs.* 2004;19:300-7.
- Van Norman G. Do-not-resuscitate orders during anaesthesia and urgent procedures. 1998. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/dnrau.html>
- Fritz Z, Fuld J. Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: Decisions, discussion and deleterious effects. *J Med Ethics.* 2010;36:593-7.
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Do not attempt resuscitation (DNAR). Decisions in the perioperative period. London, 2009. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.aagbi.org/sites/default/files/dnar\\_09\\_0.pdf](http://www.aagbi.org/sites/default/files/dnar_09_0.pdf)
- Rothenburg D. Informed refusal —DNR orders in the patient undergoing anesthesia and surgery at the end-of-life. En: Van Norman G, editor. *Clinical ethics in anaesthesiology: A case based textbook.* Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 13-8.
- American Society of Anaesthetists Committee on Ethics, 2001. Ethical guidelines for the anesthesia care of patients with do-not-resuscitate orders or other directives that limit treatment. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en: <https://www.asahq.org/quality-and-practice-management/standards-and-guidelines>
- Canadian Anesthesiologists' Society Committee on Ethics, 2002. Peri-operative status of 'do not resuscitate' (DNR) orders and other directives regarding treatment. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en: [https://www.cas.ca/English/Page/Files/97\\_ethics.pdf](https://www.cas.ca/English/Page/Files/97_ethics.pdf)

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

17. Knipe M, Hardman JG. Past, present, and future of 'Do not attempt resuscitation' orders in the perioperative period. *Br J Anaesth.* 2013;111:861-3.
18. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med.* 2003;31:1543-50.
19. Cereceda L. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. *Rev Med Clin Condes.* 2011;22:369-76.
20. Sentencia C-239 de 1997. Corte Constitucional Colombiana. Magistrado Ponente, Carlos Gaviria Díaz. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
21. Sentencia T- 659 de 2012. Corte Constitucional Colombiana. Magistrada Ponente, Dra. Clara Inés Vargas Hernández. [consultado 29 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-659-02.htm>