

A background image of a healthcare worker wearing a white surgical cap and a white face mask, looking down. The image is overlaid with colorful, abstract shapes in shades of green, yellow, and red. A dark red horizontal band is positioned behind the main title text.

Establecimiento de  
las **órdenes de  
no reanimación**  
**CARDIOPULMONAR**

Comisión de **Bioética**  
de Castilla y León



Junta de  
Castilla y León



# índice

1. Hechos. Justificación de la guía.....	5
<i>Consentimiento implícito</i> .....	6
<i>Eficacia</i> .....	6
<i>Indicaciones y contraindicaciones</i> .....	6
2. Consideraciones sobre la toma de decisiones y valores en conflicto..	8
<i>Incertidumbre</i> .....	8
<i>Autonomía</i> .....	9
<i>Dificultades prácticas de la información</i> .....	10
3. Clasificación de los pacientes en orden al esfuerzo terapéutico y tipos de decisiones.....	12
<i>Decisiones médicas unilaterales</i> .....	13
<i>Decisiones del paciente</i> .....	15
<i>Decisiones bilaterales</i> .....	16
<i>¿Cuándo informar?</i> .....	16
<i>¿Cómo informar?</i> .....	17
<i>¿De qué informar?</i> .....	18
4. Recomendaciones: aspectos formales de las ONR y proceso de decisión.....	19
5. Anexos.....	22
<i>Algoritmo de decisiones</i> .....	22
<i>Modelo de “Orden de no intentar la reanimación”</i> .....	23
<i>Reanimación cardiopulmonar:</i> <i>Información para pacientes y familiares</i> .....	24
Bibliografía.....	26





# 01 Hechos.

## Justificación de la Guía.

Con el desarrollo de la tecnología médica a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se implantaron en la práctica clínica tratamientos de soporte vital que recuperaron o mantuvieron con vida a pacientes cuya supervivencia era impensable hasta entonces. A partir de entonces también fue cuando se acuñaron términos como: “*encarnizamiento terapéutico*”, “*prolongación mecanizada de la agonía*”, “*furor farmacológico*”, etc. para referirse a la aplicación de un tratamiento que no había conseguido recuperar al paciente, sino que producía una prolongación de la vida en unas condiciones que se consideraban indeseables.

En 1960<sup>1</sup> se describió la compresión torácica externa como un método de recuperar a los pacientes que han tenido una parada cardiaca, y desde entonces el personal médico utiliza la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de una forma habitual en la práctica clínica.

Se entiende por RCP el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria (PCR), sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la respiración y la circulación espontánea, con el objetivo fundamental de recuperar las funciones cerebrales de forma completa.

La utilidad y sencillez de estas maniobras ha motivado que se haya establecido como norma que se debe intentar reanimar por medio de la RCP a todo paciente que fallece en una institución sanitaria salvo que haya una indicación expresa en contra, con lo cual se ha conseguido recuperar a muchos pacientes que de otra forma hubieran fallecido.

Además de la mayor o menor eficacia de la RCP, es necesario señalar que en aquellos pacientes en los que se consigue la reanimación, las maniobras pueden conllevar un coste notable en cuanto a secuelas. Entre ellas destacan las lesiones cerebrales secundarias al tiempo de anoxia cerebral, que pueden variar desde déficit menores hasta estados vegetativos. En las maniobras de reanimación también se producen frecuentemente fracturas costales o esternales, y si la reanimación con-

sigue recuperar el latido cardiaco el paciente ha de ser trasladado necesariamente a una Unidad de Cuidados Intensivos y precisará ventilación mecánica.

## **Consentimiento implícito**

Con las maniobras de Reanimación sucede lo contrario que con todas las restantes intervenciones médicas.

Como norma general, para actuar sobre otra persona el médico debe de disponer del Consentimiento del paciente, y el consentimiento debe de ir precedido por la Información adecuada sobre el procedimiento para que el paciente pueda decidir si lo permite o no. En las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar, dada la urgencia del caso porque los segundos cuentan, no es posible obtener el Consentimiento, éste se asume implícito y las maniobras se inician pensando que son para beneficio del paciente salvo que exista una Orden escrita en contra. Esta indicación expresa en contra ha recibido el nombre de Orden de No Reanimación (ONR), pero también es llamada Orden de No Intentar la Reanimación (ONIR) queriendo con ello resaltar que la inhibición es sobre un intento, y no sobre un hecho seguro.

## **Eficacia**

El éxito de las maniobras de RCP (entendiendo como éxito que el paciente puede irse de alta del Hospital) es muy variable. Según sea la población en la que se aplique, las tasas de éxito publicadas pueden variar desde el 30% en pacientes monitorizados que sufren arritmias ventriculares al 0-6% cuando se aplica en personas atendidas en residencias de ancianos<sup>ii</sup>. No obstante, es improbable que las tasas de supervivencia referidas en los estudios previos nos proporcionen una idea de los resultados en la población ingresada en la actualidad en los Hospitales<sup>iii</sup>. Esta población está constituida generalmente por ancianos frágiles, con una gran comorbilidad y con alta mortalidad. En la práctica, en estos pacientes no monitorizados, la muerte frecuentemente no es observada por el personal sanitario, y en estas circunstancias las probabilidades de éxito de la reanimación son casi inexistentes<sup>iv</sup>.

## **Indicaciones y contraindicaciones**

Toda vida que acaba lo hace finalmente con ausencia de respiración y de latido cardiaco, y teóricamente sería susceptible de iniciar maniobras de Reanimación. A

todas las personas les llega un momento en que la muerte es inevitable; por lo tanto es esencial identificar a aquellos pacientes en los cuales el cese de la respiración y el latido cardíaco son hechos terminales y en los cuales no debe de intentarse la Reanimación, para diferenciarlos de aquellos en que la parada cardiorrespiratoria es inesperada y en los cuales se debe hacer todo lo posible por evitar la muerte.

En las circunstancias en las cuales la muerte es un hecho esperable las maniobras producen sufrimiento innecesario añadido a familiares, y al paciente si sobrevive transitoriamente a las maniobras, consiguiendo únicamente alargar el proceso de muerte. Las maniobras de RCP en estos pacientes generan frustración en los profesionales<sup>5</sup> que participan en ellas, y someten a los pacientes a agresiones gratuitas, lejanas a la muerte digna deseable. Además, en los casos en los cuales la Reanimación recupera transitoriamente el latido cardíaco del paciente, es necesario el ingreso en la UCI donde es aislado del entorno familiar y detrae recursos materiales y humanos para otros pacientes.

Por todo ello es necesario que en aquellos pacientes en los cuales la situación clínica se considera irreversible y se está esperando la muerte o ésta es un hecho probable y se piensa que las maniobras de Reanimación no tendrían sentido, el médico responsable emita una Orden de No Reanimación. Así se evitarían numerosas maniobras que se inician en situaciones de urgencia porque el personal sanitario de guardia no conoce la situación previa del paciente, y que son reanimaciones que retrospectivamente se ven como inútiles y frustrantes.



La trascendencia de la emisión de dicha Orden implica la conveniencia de un proceso formal de elaboración que asegure, en lo posible, que está emitida tras la reflexión necesaria, que respete cuando sea necesario el derecho del paciente a recibir la información y el tratamiento adecuados, y que evite que se inicien maniobras no indicadas por los médicos de guardia en ausencia del médico responsable.

La presente Guía comenta las dificultades existentes y trata de orientar en el proceso de decisión a la hora de emitir una Orden de No Reanimación. Da pautas de actuación en las diferentes situaciones clínicas en las cuales se contempla emitir una ONR. Esta guía justifica por qué las decisiones clínicas bien fundamentadas son suficientes para evitar la exigencia de consentimiento del paciente cuando no es necesario; y quiere promover su implantación para evitar que se realicen maniobras en pacientes en los que no está indicado y dar pautas para recoger los deseos de los pacientes cuando esté indicado.



## 02 Consideraciones sobre la toma de decisiones y valores en conflicto.

### **Incertidumbre**

La medicina es una profesión que trabaja permanentemente en la incertidumbre. La emisión de una Orden de No Reanimación frecuentemente se toma también con un cierto grado de incertidumbre y en algunos casos puede conllevar un conflicto: emitirla sin fundamento podría privar a un paciente de un tiempo de vida, y no emitir la Orden cuando está justificada podría suponer una agresión innecesaria.

Independientemente de la incertidumbre inherente a la decisión puede plantearse un conflicto en cuanto al agente que toma la decisión. Emitir la ONR sin contar con la participación del paciente podría significar una falta de respeto a la Autonomía del sujeto, pero por otra parte, recabar el consentimiento del paciente requiere darle previamente una información completa sobre su situación clínica, lo que podría significar una revelación brutal de una verdad que no ha sido solicitada, lo que puede ser maleficente<sup>9</sup>.



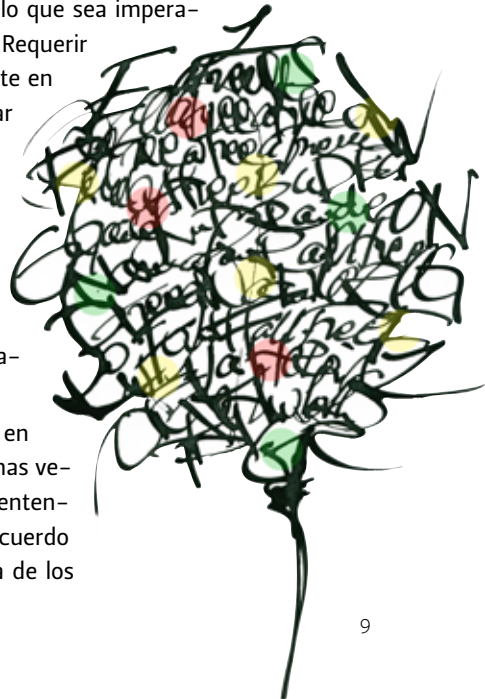
La decisión sobre las posibilidades de éxito de la RCP en un paciente requiere conocimientos médicos y experiencia clínica; es apropiado que los médicos decidan que en determinados pacientes no se deben de iniciar maniobras de RCP y consideran injusto ser obligados a reanimar a un paciente que no tiene posibilidades de éxito.

## Autonomía

Pero la decisión de los médicos de forma unilateral sin consultarlo ni comunicarlo al paciente ha sido vista como una forma de abuso del poder médico que no toma en cuenta los valores del paciente, una intromisión en sus derechos y una falta de respeto a su Autonomía. Esto ha provocado normativas de actuación dispares en diferentes ámbitos y ha generado fricciones que debieran resolverse de antemano<sup>vi</sup>.

La toma de decisiones sobre la RCP debe de buscar acomodo entre la autonomía del paciente y la del profesional. Es un principio básico tanto ético como legal –recogido tanto en la Ley estatal 41/2002 como en la autonómica 8/2003– el respeto a las decisiones que tomen los pacientes sobre las actuaciones sanitarias que se les propongan. Es imperativo por ello el consentimiento para las acciones, pero no se debe de deducir de ello que sea imperativo el consentimiento para las omisiones. Requerir normativamente la participación del paciente en la emisión de una ONR puede exigir desvelar una situación clínica y un pronóstico que no habían sido solicitados, así como puede producir como efecto secundario que el profesional, en desacuerdo con esa participación por juzgarla indeseable o dañina, se abstenga de iniciar el proceso teniendo como resultado que no se emitan ONR claramente indicadas.

Por otra parte es necesario señalar que si en general en las decisiones sanitarias es muchas veces cuestionable la “autonomía efectiva” –entendiendo como tal la toma de decisiones de acuerdo a los intereses propios sin que la influencia de los



condicionantes externos altere la decisión que tomaría la “autonomía formal”<sup>vii</sup>, en las decisiones como las que afectan a la RCP debemos aceptar que es mucho más cuestionable.

Es necesaria una relación de mutua confianza<sup>viii</sup> para evitar que el imperativo de la normativa provoque una reacción –en las antípodas del paternalismo previo– tendente a utilizar la autonomía del paciente como solución a los conflictos en las tomas de decisiones: el profesional puede hacer una exposición “aséptica” de las diferentes posibilidades terapéuticas para que el paciente tome la decisión, desentendiéndose de dar su opinión o consejo en aras del supuesto respeto a la autonomía conduciendo a una situación de tanto desamparo como la ausencia de comunicación<sup>ix</sup>.

Cuando el médico juzga que la RCP no está indicada, para emitir la ONR debe de buscar en todo caso el asentimiento más que el consentimiento, informando al paciente o a sus representantes de que la RCP y el ingreso en la UCI solamente produciría una prolongación del proceso de muerte. El proceso de información debe plantearse como una comunicación de “malas noticias” más que como una información para el consentimiento<sup>x</sup>. Es muy poco probable que en nuestro medio hoy día nos encontremos con un paciente que quiera enfrentarse a su final conociendo todos los aspectos y decidiendo de forma autónoma el momento a partir del cual no desea que el médico intente una RCP. Lo habitual es que nuestros pacientes no hayan previsto nada, ignoren parcialmente la realidad y sea el médico quien plantee, que la RCP ya no tiene sentido en él, aunque no lo quieran ver el paciente o la familia.

## **Dificultades prácticas de la información**

Las decisiones médicas en la medicina hospitalaria actual son más complejas que lo fueron antes. Es muy frecuente que cuando el paciente ingresa en el Hospital su médico responsable sea diferente a aquellos otros médicos que le han atendido previamente. El médico responsable en el ingreso puede considerar la conveniencia de emitir una Orden de No Reanimación, y entonces, si para ello se requiere el consentimiento, surge la necesidad de proporcionar una información realista y detallada al paciente sobre su situación clínica pues no hay Autonomía ni Consentimiento válido sin una información adecuada.

La tarea es difícil desde el punto de vista técnico y desde el punto de vista humano.

Desde el punto de vista técnico es difícil transmitir información con un grado de precisión razonable en el pronóstico, pues aquí es donde la incertidumbre de la práctica clínica se manifiesta con su mayor crudeza. A las preguntas habituales de ¿cuánto tiempo de vida es esperable? o ¿que posibilidades de éxito tiene el tratamiento? las respuestas siempre han de ser ambiguas con márgenes amplios.

Pero es aún más difícil desde el punto de vista humano. La mayoría de los pacientes tienen escasa información sobre precisiones de su diagnóstico y en especial sobre su pronóstico. Sin embargo, frecuentemente son pacientes con un extenso historial y contacto repetido con sus médicos, los cuales puede que ante la dificultad de concretar los pronósticos, ante la conveniencia de mantener una actitud esperanzadora o ante lo penoso de comunicar malas noticias no hayan facilitado una información exhaustiva –que por otra parte se demanda excepcionalmente–. La generalidad del fenómeno obliga a plantearse que no solo es una dificultad de los médicos; los pacientes frecuentemente rehuyen o al menos no solicitan información al respecto, y prefieren mantenerse en una aparente ignorancia esperanzadora que enfrentar un pronóstico ominoso que no les aporta ningún beneficio.

Podría asumirse que si el paciente se ha mantenido ignorante hasta ese momento lo mejor sería continuar en la misma línea de desinformación, dando por sentado que es lo que ha deseado. No obstante, existen posturas que rechazan las decisiones médicas unilaterales de forma tajante y abogan por el imperativo del consentimiento a pesar de la angustia que genere en el informado y en el informador, aceptando que éste es el coste de la Autonomía de las personas<sup>xi</sup>.

Informar al paciente sobre un desenlace fatal probablemente próximo, y proponer que se renuncie a la Reanimación son tareas de tal envergadura, que las Guías escritas que indican las cualidades que deben de tener los profesionales que lo hagan describen a un profesional con una experiencia, virtudes y formación en el rango del deseo más que de la realidad<sup>xii</sup>. La dificultad del proceso queda manifiesta en un estudio prospectivo en el cual sólo un 20% de los pacientes pudo o aceptó hablar sobre la Reanimación<sup>xiii</sup>, en un país en el que las directrices oficiales mantienen la información al paciente como un requisito deseable para emitir una Orden de No Reanimación en un paciente competente<sup>xiv</sup>.

No debemos informar de una dura realidad a quien no quiere saberla pero tampoco debemos engañarle. Debemos mantener una actitud abierta a dar esa información al paciente y a la familia, aunque frecuentemente sean los pacientes quienes busquen consuelo y esperanza en la ignorancia, rechazando las oportunidades sutiles de informarse que le brindamos. Que no suceda, que nosotros los médicos, demos por supuesto que no desean esa información, especialmente en pacientes que han sido educados durante toda su vida en que no debían preguntar mucho al médico. Para ellos será difícil cambiar de actitud al final, cuando tienen temor a la respuesta.



## 03 Clasificación de los **pacientes** en orden al **esfuerzo terapéutico** y tipos de **decisiones**.

Las ONR forman parte del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en el apartado de no instauración de medidas, y es adecuado clasificar a los pacientes en varios niveles según la situación clínica en la que se encuentren, para diferenciar los niveles de intervención de que son subsidiarios<sup>xv</sup> :

- ▲ **Nivel A:** Pacientes en los que se espera que el tratamiento sea satisfactorio y pueden ser dados de alta en el hospital, o aquellos en los cuales se desconoce el pronóstico de la enfermedad subyacente (con frecuencia sucede esto en los servicios de urgencias).
- ▲ **Nivel B:** Pacientes con enfermedades crónicas y debilitantes, físicas o mentales, en los cuales la intervención terapéutica es de resultado incierto o la indicación es dudosa.
- ▲ **Nivel C:** Pacientes con pronóstico fatal en breve plazo en los que la terapéutica se ha mostrado ineficaz o se conoce ineficaz.

En cuanto a los modos posibles de decisión podemos considerar tres:

- ❶ **Decisiones médicas unilaterales.**
- ❷ **Decisiones del paciente.**
- ❸ **Decisiones bilaterales, tras acuerdo entre el médico y el paciente.**

## Decisiones médicas unilaterales

La conveniencia de no Reanimar es planteada habitualmente por el médico, que considera que las maniobras están contraindicadas porque la enfermedad del paciente no es reversible y la muerte no se puede evitar (pacientes en el Nivel C). Aquí podríamos hablar de “futilidad objetiva”; el profesional, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia sabe que no tiene sentido oponerse al curso de la enfermedad por que la muerte es irremediable. Muchos de los pacientes ingresados en los hospitales finalizan sus vidas en situaciones irreversibles, como cánceres metastásicos sin respuesta a los tratamientos, sepsis que no han respondido al tratamiento intensivo, infartos intestinales masivos, etc.

Es en estos pacientes donde se puede considerar la emisión de una ONR unilateral. Pero las críticas y las opiniones en contra de las decisiones unilaterales de los médicos son norma en las publicaciones y guías sobre este tema<sup>xvi, xvii, xviii</sup>. Se considera que no son tolerables porque no respetan la Autonomía del paciente, el cual es el que debiera de decidir si merece la pena intentar o no la Reanimación de acuerdo a sus preferencias y valores.



No obstante, es de aceptación general que los médicos no están obligados a realizar actuaciones que estén en contra de su criterio profesional<sup>xx</sup>. Además, la práctica médica cotidiana es una toma continua de decisiones técnicas unilaterales en la cual no se pide permiso para no hacer lo que no se considera indicado, sino que el permiso se pide para hacer lo que se considera indicado. El médico no solicita permiso para no trasplantar un órgano a todo paciente con insuficiencia cardiaca, renal o diabetes avanzada, sino que estima las posibilidades, y de ser posible plantea al paciente la posibilidad de trasplante. Y así hasta las decisiones más cotidianas, en las que por ejemplo, no se solicita permiso para no administrar un antibiótico en un cuadro viral, sencillamente porque no está indicado.

Del mismo modo en el caso de la Reanimación que se sabe fútil el médico no tendría porqué solicitar permiso para emitir la ONR al paciente si piensa que el éxito de la RCP es inverosímil<sup>xx</sup>. Los casos de los que estamos hablando son situaciones finales en las que la esperanza de retorno está ausente. Requerir el consentimiento implicaría la información explícita de dicha ausencia de esperanza y pormenorizar el diagnóstico y pronóstico para que el paciente pudiese tomar una decisión informada, ya que una información suavizada o edulcorada siempre podría dar lugar a un juicio de la realidad erróneo y a que el paciente demandase ser reanimado en caso de parada cardiorrespiratoria, lo cual no solicitaría si la información fuese precisa y franca.

Por otra parte es difícil de comprender que el médico solicite permiso al paciente para no realizar un procedimiento encaminado a prolongar la vida. Si el médico plantea al paciente la posibilidad de reanimarle en el caso de parada cardiorrespiratoria, el paciente entenderá que si se le está preguntando es porque el médico piensa que la reanimación aporta alguna utilidad o esperanza; si no fuese así no se le preguntaría. Esta solicitud de permiso supone una confusión lógica al paciente.

La situación planteada, de decisiones unilaterales, se basa en la idea de que el médico estima fútil la intervención. A pesar de que el concepto de futilidad ha escapado a los intentos de definición y precisión deseables<sup>xxi</sup>, es indiscutible que hay situaciones en las que se puede tener la certeza de estar en el final de la vida y en las cuales sería indeseable realizar maniobras de reanimación. Dado que la

interpretación de estas situaciones requiere experiencia clínica y está sometida como todas las decisiones clínicas a un cierto grado de incertidumbre, y dada la gravedad de la decisión, es necesario que en la medida de lo posible sea tomada de forma colegiada y no sea una decisión individual.

No obstante, debemos hacer saber a su familia la situación real de final de la vida irreversible, de la inutilidad y del aumento del sufrimiento que podrían causar ciertas actitudes, como intentar una RCP cuando finalmente muera. Buscaremos así su asentimiento. Además, verbalizar los argumentos ante su familia y ante el equipo sanitario, servirá para limitar el riesgo de que adoptemos decisiones médicas unilaterales atípicas o poco prudentes.

## **Decisiones del paciente**

Por otra parte, un paciente adecuadamente informado sobre su enfermedad, así como del riesgo de parada cardiorrespiratoria, podría optar por prohibir que se le reanimase porque estimase que la calidad de la vida restante, riesgo de fracturas, de daño neurológico residual, permanencia en una UCI tras la reanimación, etc., no merecerían la pena de acuerdo a su criterio de lo que es una vida buena. Tal puede ser el caso de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, que con frecuencia han tenido múltiples ingresos hospitalarios, ingresos previos en la UCI, que han precisado anteriormente ventilación mecánica, etc. En este caso podríamos hablar de “futilidad subjetiva”; es el propio paciente el que no desea sobrevivir a una parada cardíaca en una situación que implicaría un tratamiento y sufrimiento que no desea. La Orden es requerida de acuerdo a sus deseos.

Estas decisiones idealmente deberían formar parte de un documento más amplio de Instrucciones Previas realizado con la anticipación y asesoramiento adecuados.

Esta situación plantea pocos problemas de decisión. Como en todas las Instrucciones Previas, el paciente capaz y bien informado decide lo que en su opinión es preferible para él, y el médico únicamente debe de valorar si la capacidad del sujeto y la información que dispone son adecuadas. El médico debe de saber que no sólo desde el punto de vista ético, sino desde el punto de vista legal los

pacientes pueden rechazar los tratamientos que en su criterio no sean de beneficio, y ante el rechazo de un tratamiento en las condiciones dichas, no cabe más que el respeto a la decisión tomada.

## **Decisiones bilaterales**

En otros muchos casos la conveniencia de No Reanimar se plantea en personas cuya muerte no es inminente o irremediable con certeza, pero en los que el grado de incertidumbre sobre las probabilidades de éxito de la Reanimación es muy alto, o porque el sufrimiento que conlleva la situación clínica hace pensar que la calidad de vida es tan mala que prolongarla tras una PCR podría ser maleficiente. Frecuentemente se trata de pacientes con enfermedades crónicas que han requerido a veces numerosas estancias prolongadas en el Hospital, a veces en Cuidados intensivos con intubaciones repetidas (pacientes del Nivel B).

En estos casos el médico no puede estimar con una razonable seguridad los beneficios de la terapéutica ni sabe si el paciente aceptaría someterse a intervenciones agresivas de acuerdo a el beneficio esperable; se hace preciso conocer la opinión del paciente acerca de sus preferencias e informar sobre la situación clínica y las probabilidades reales de éxito de las maniobras de Reanimación.

Puesto que el elemento central para la toma de una decisión autónoma es una información adecuada, nos debemos plantear cuándo y cómo realizarla y cuál debe ser su contenido.

## **¿Cuándo informar?**

En principio parece conveniente que la información se realice con suficiente antelación al estadio terminal, con el fin de que el paciente esté lúcido y pueda entender lo que se le explica, hacer todas las preguntas que necesite y disponer de tiempo para tomar personalmente la decisión. En este sentido lo ideal sería que en un paciente con una enfermedad que se considere potencialmente mortal o de pronóstico oscuro y sobre todo en un anciano con una enfermedad crónica debilitante se abordase el tema en los estadios iniciales de la enfermedad.

Lo anterior implica, por supuesto, que antes se haya informado al paciente con veracidad y sin ambigüedades de su diagnóstico, situación y pronóstico,



animándolo a que exprese su opinión sobre los futuros pasos diagnósticos y terapéuticos.

## ¿Cómo informar?

En primer lugar es fundamental disponer de tiempo suficiente para dialogar con el paciente sin prisas. Para ello el profesional procurará buscar momentos en los que no sea previsible que se le interrumpa. En segundo lugar se respetará la intimidad del paciente, buscando un lugar apropiado para la información.

En el caso de que el intercambio de información se aborde con suficiente antelación, se pueden usar introducciones no traumáticas del tipo: *“Muchos pacientes desean charlar con su médico sobre lo que quisieran que se les hiciera si algún día llegaran a enfermar muy gravemente. ¿Le gustaría a Vd. que hablásemos de ello alguna vez?”*.

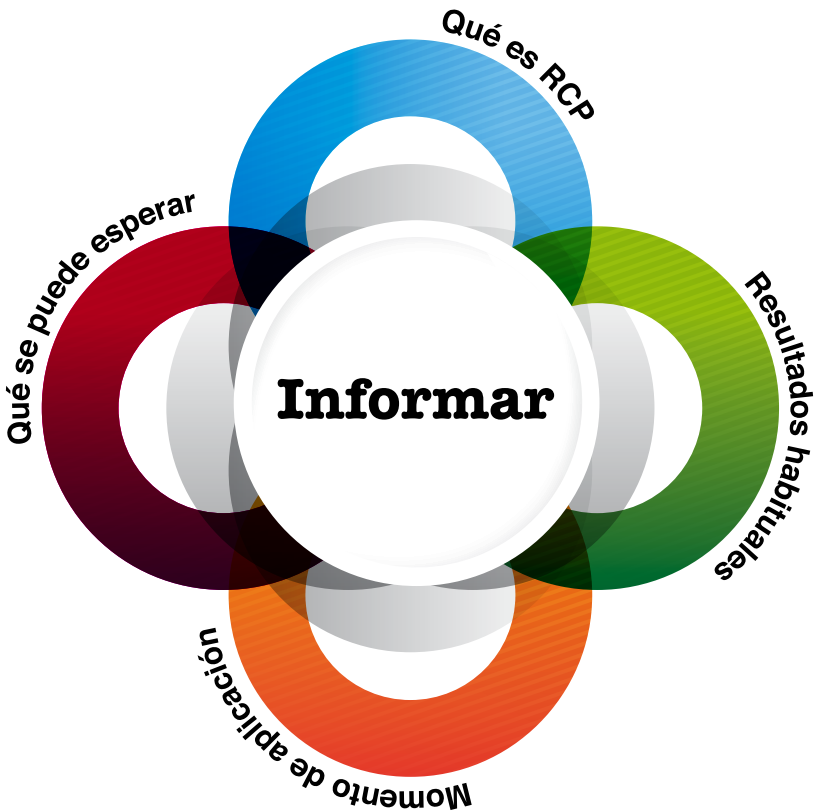
En caso de un paciente incompetente se aceptará que el tutor válido es quien mejor representa los deseos y derechos del paciente y con él se debe establecer el diálogo. Si bien el tutor no tiene las mismas posibilidades de decisión que el paciente, en el caso de que el paciente haya realizado una directriz anticipada nombrándole como representante o tutor, éste solo debe matizar la voluntad expresada del paciente, no cambiarla. El tutor solo debe actuar desde lo que sea considerado el mayor beneficio para el paciente en la sociedad en que vive, o siguiendo las instrucciones expresas del paciente.

Si la situación es más grave o el desenlace previsiblemente más cercano la introducción puede ser: *“Hemos hablado de lo que Vd. tiene y de cual nos parece que podría ser la evolución de su caso. ¿Le gustaría a Vd. que hablásemos en algún momento sobre lo que deberíamos hacer en el caso de que su situación empeorase bruscamente?”*. Un elemento básico de una información correcta es la bidireccionalidad, entendiendo por tal la participación permanente del paciente en la conversación, permitiéndole y animándole a interrumpir, preguntar, disentir, etc.; no se debe olvidar que el objetivo es conocer sus valores, expectativas y creencias.

Otros elementos esenciales son la claridad del lenguaje, evitando jerga médica o palabras excesivamente *“cultas”* y empleando frases cortas y la concreción, ateniéndose al objetivo buscado y evitando digresiones innecesarias.

## ¿De qué informar?

El contenido de la información debe centrarse sobre qué es la RCP, lo que se puede esperar de ella y los resultados habitualmente obtenidos dependiendo de la situación del paciente y el momento de aplicación. Se sabe que la percepción que tienen los pacientes de los beneficios esperables sobreestima la eficacia de la Reanimación, entre otras cosas influidos por la imagen que se transmite en las películas de cine o televisión, donde el éxito de las reanimaciones representadas es muy elevado.





## 04 **Recomendaciones: aspectos formales de las ONR y proceso de decisión**

1. Es necesario señalar que la Orden debe de ser emitida por el médico de mayor jerarquía a cargo del paciente, su médico responsable. Las decisiones no deben tomarlas los médicos en formación, y siempre se debe de procurar que sean decisiones colegiadas, en las que participe todo el equipo terapéutico; si son emitidas de forma individual deben de ser refrendadas posteriormente por el resto del equipo. En el caso de emitirse en el curso del ingreso del paciente por los médicos de guardia deberán ser refrendadas lo antes posible por el médico responsable.
2. En las ONR debe de figurar el nombre del médico responsable del paciente que debe de firmar la orden con la fecha del día en que se emite y las razones médicas o razones del paciente para su emisión.
3. El médico que emite la Orden debe de asegurarse que el resto del equipo conoce su instauración, así como la enfermera responsable del paciente debe de asegurarse que la conoce el resto del equipo de enfermería.
4. Las ONR deben de figurar en un lugar visible en las historias clínicas de los pacientes, así como en las ordenes de enfermería de manera que todo el equipo sanitario que interviene en su tratamiento – médicos de plantilla, médicos residentes, personal de guardia, enfermeras, las conozca de antemano o se identifiquen rápidamente en caso de aviso por parada cardíaca.
5. Las ONR solamente afectan a la RCP, y no deben de modificar disminución en el nivel de cuidados o medidas de soporte vital, las cuales deben de ser modificadas si se estima oportuno en procesos de decisión diferentes.
6. Las ONR se revisarán periódicamente por el médico responsable del paciente, suprimiéndose si así se considera conveniente por cambios en la situación clínica del paciente.

## Proceso de la decisión

### **I. El médico considera que la situación clínica del paciente hace fútil la RCP (Pacientes en el nivel C):**

- a. Establecer consenso con el resto del equipo terapéutico.
- b. Emitir la Orden justificando las razones de ello, y especificando las personas que toman la decisión.
- c. Informe a la familia del juicio de irreversibilidad realizado y de la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico en lo referente a la Reanimación Cardiopulmonar, buscando su asentimiento. Rara vez será al paciente, como hemos reflejado previamente.
- d. Asegurarse del conocimiento de la Orden por las personas que tratan al paciente y de que sea accesible a los equipos de guardia.

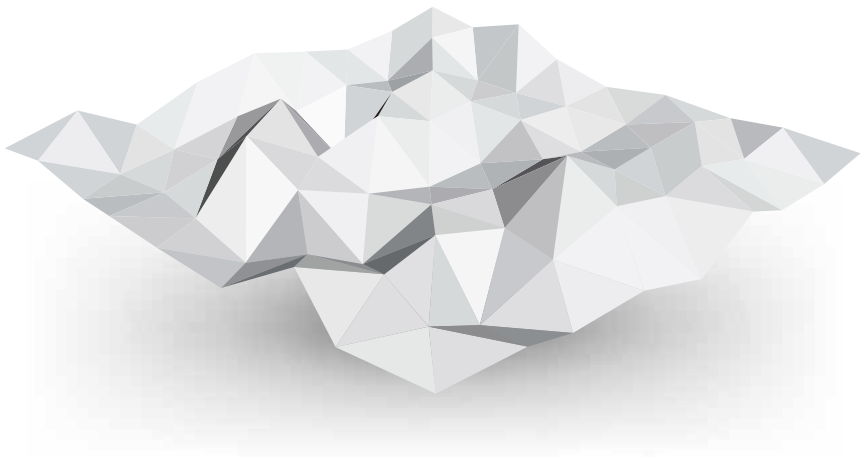
### **II. El paciente plantea su deseo de limitar el tratamiento en cuanto a una ONIR o en el seno de unas Directrices Previas:**

- a. Asegurarse de que la información de la que dispone el paciente y el nivel de competencia son adecuados.
- b. Emitir la Orden justificando las razones de ello, y especificando las personas que toman la decisión.
- c. Asegurarse del conocimiento de la Orden por las personas que tratan al paciente y accesible a los equipos de guardia.

### **III. El médico cree conveniente plantearse una ONIR en un paciente en el nivel B:**

- a. Explorar los deseos del paciente competente en cuanto a la RCP, o de forma indirecta a través de los representantes del paciente si éste no fuera competente.
- b. Respetar la negativa del paciente competente a hablar del tema, explorando los deseos de nombrar representante.

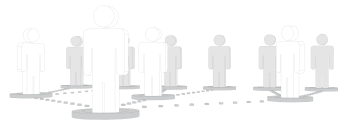
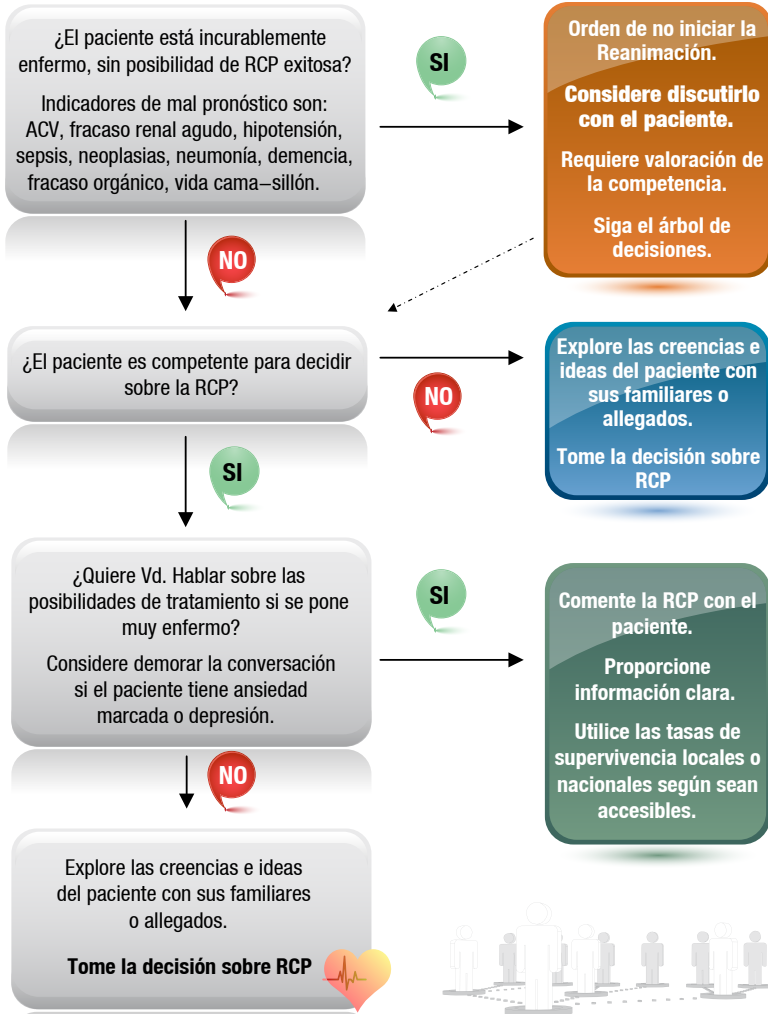
- c. Tomar la decisión de acuerdo a las preferencias del paciente de forma directa o de forma indirecta a través del representante.
- d. En el caso de decidir emitir una ONIR:
  - 1. Emitir la Orden justificando las razones de ello, y especificando las personas que toman la decisión.
  - 2. Asegurarse del conocimiento de la Orden por las personas que tratan al paciente y accesible a los equipos de guardia.





## 05 Anexos

### Algoritmo de **decisiones**



Tomado de: Harkness M, Wanklyn P. Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation. *Q J Med* 2006; 99:683-690.

## Modelo de “Orden de no intentar la reanimación”

### ORDEN DE NO INTENTAR LA REANIMACIÓN

Etiqueta de filiación  
del paciente.

**ATENCIÓN:** La Orden de No Intentar la Reanimación afecta exclusivamente a la reanimación cardiopulmonar, no afecta el resto de tratamientos y cuidados.

Fecha de ingreso: .....  
(Orden sólo válida para el presente ingreso)

Duración de la Orden (p. ej. 48 horas, 1 semana....).....

Revisada y prorrogada en (fecha).....

Razones de emisión de la presente Orden (futilidad médica, deseos del paciente,...).....  
.....

Comentada con (paciente, familiares –proporcione nombres– ) .....  
.....

Comentada por (nombre y cargo del profesional sanitario afecto) .....  
.....

Fecha de la conversación sobre la RCP .....

Impedimentos o limitaciones para la conversación (paciente confuso, demenciado, familiares ausentes....).....

Responsable de la decisión:.....

Firma:.....

Modificado de Harkness M., Wanklyn P. Q J Med 2006; 332:479<sup>3</sup>

## **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:** información para pacientes y familiares<sup>3</sup>.

### **Propósito de esta información.**

El equipo sanitario que cuida de usted sabe que es difícil para los pacientes hablar de temas delicados como la Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Esta hoja de información trata de explicar el tema. Esperamos que le anime a Vd. y su familia a hablar de RCP entre Vds. y con nosotros.

Por favor, recuerde que la necesidad de RCP es relativamente poco frecuente.

### **¿Que es la RCP?**

La parada cardiorrespiratoria significa que la respiración y el corazón de una persona se han detenido. Cuando esto sucede, a veces es posible reiniciar la respiración y el latido cardiaco con un tratamiento de urgencia llamado RCP. La RCP incluye:

- Empujar con fuerza sobre el pecho.
- Inyectar medicamentos en la vena
- Utilizar descargas eléctricas para reiniciar el corazón
- Insuflar aire en los pulmones a través de una máscara puesta en la cara o insertando un tubo en la tráquea.

### **Probabilidades de éxito**

La RCP puede tener éxito hasta en 4 de cada 10 ataques cardiacos en personas previamente sanas. No obstante en las personas debilitadas con enfermedades graves ingresadas en el Hospital la RCP tiene éxito en reanudar el latido cardiaco y la respiración en menos de 1 de cada 10 pacientes.

### **Después de la RCP**

Muchos de los pacientes que se recuperan de una parada cardiorrespiratoria tienen dolor en el pecho por la presión que se ha ejercido. Pueden sufrir hematomas o fracturas costales. Hasta 4 de cada 10 pacientes tienen daño cerebral.



## Toma de decisiones

Habitualmente se intenta reanimar a los pacientes hospitalizados. El equipo sanitario tiene el deber de salvar las vidas. No obstante, como en todas las decisiones, los riesgos y los beneficios deben de ser sopesados en cada individuo.

Si pensamos que la RCP sería exitosa, asumiremos que Vd. desea que lo intentemos, aunque no hayamos hablado de ello. Si no está Vd. de acuerdo puede decidir no ser reanimado. Por favor, díganoslo para que se respete su decisión.

A veces, cuando la muerte está cerca no podemos alargar la vida y nos concentramos en mejorar su calidad. El corazón se parará como parte del proceso natural de muerte. No intentaremos reanimar en estas situaciones, sino que dejamos que la muerte transcurra con dignidad.

Si el desenlace de la RCP es incierto, podríamos hablarlo con Vd. le animamos a que lo hable, acompañado de algún familiar o amigo. Si no desea hablarlo en persona, puede comunicarnos sus deseos su familia.

Las decisiones sobre la RCP pueden ser modificadas en cualquier momento, y no afectan a otros aspectos de su cuidado.

## Información adicional

Sus médicos hablarán gustosamente con Vd. si lo desea.

Recuerde que la parada cardiaca es un suceso relativamente raro.



# Bibliografía



- i** J. P. Burns. DNR (Do Not Resuscitate). En: Encyclopedia of Bioethics 3<sup>rd</sup>. Edition. 2004 McMillan Reference USA.Vol. 2: pgs. 683–5.
- ii** Conroy S.P., Luxton T., Dingwall R., Harwood R.H., Gladman J. Cardiopulmonary resuscitation in continuing care settings: time for a rethink? BMJ 2006;332:479–82
- iii** Harkness M, Wanklyn P. Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation. Q J Med 2006; 99:683–690.
- iv** Brindley PG, Markland DM, Mayers I, Kutsogiannis DJ. Predictors of survival following in- hospital adult cardiopulmonary resuscitation. CMAJ 2002; 167:343–348.
- v** Löfmark R., Nilstun T. Informing patients and relatives about do-not-resuscitate decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden. J Intern Med 1998; 243:191–195.
- vi** Hoffman J The last word on the last Breath. The New York Times 2006 Oct 10.
- vii** Schwab A.P. Formal and effective autonomy in healthcare. J Med Ethics 2006; 32:575–579.
- viii** Boyd K. Editorial. Deciding about resuscitation. J Med Ethics 2001; 27:291–294.
- ix** Ingelfinger F J. Arrogance. N Engl J Med 1980; 303:1507–1511.
- x** Workman S. Cardiopulmonary resuscitation: charting a course for the future. Q J Med 2006; 99:711–715.
- xi** Gill R. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: commentary 1:CPR and the cost of autonomy. J Med Ethics 2001; 27:317–8.
- xii** Weissman D. Do Not Resuscitate orders: a call for reform. AMA (Virtual Mentor) End of life Care Ethics. Accesible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/5330.html>

- xiii** Fidler H, Thompson C, Freeman A, Hogan D, Walker G, Weinman J. Barriers to implementing a policy not to attempt resuscitation in acute medical admissions: prospective, cross sectional study of a successive cohort. *BMJ*. 2006 Feb 25; 332:461–2.
- xiv** Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: a joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. *J Med Ethics*. 2001; 27(5):310–6
- xv** Modificado de las normas del Hospital Central de Asturias, accesibles en: <http://www.hca.es/html/websdepartam/documento3CAE.htm>
- xvi** Biegler P. Should patient consent be required to write a do not resuscitate order? *J Med Ethics* 2003; 29:359–363.
- xvii** Ebrahim S. Do not resuscitate decisions: flogging dead horses or a dignified death? *BMJ* 2000; 320:1155–6.
- xviii** Cherniack E P. Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *J Med Ethics* 2002; 28: 303–307.
- xix** Ditillo B A. Should there be a choice for cardiopulmonary resuscitation when death is expected? Revisiting an old idea whose time is yet to come. *J Palliat Med* 2002; 5:107–16.
- xx** Levack P. Live and let die? A structured approach to decision-making about resuscitation. *Br J Anaesth* 2002; 89:683–6.
- xxi** Helft P.R. Siegler M. Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *N Engl J Med* 2000; 343:293–29

## Comisión de **Bioética** de **Castilla y León**

> **Presidente:**

Diego Gracia Guillén

> **Vicepresidente:**

Antonio Blanco Mercadé

> **Secretario:**

José Miguel García Vela

> **Vocales:**

Gracia Álvarez Andrés

Agustín del Cañizo Fernández-Roldán

Carmen Cardeñosa García

M<sup>a</sup> Jesús Coma del Corral

Manuel García Urbón

Natalia de la Horra Vergara

M<sup>a</sup> Jesús Ladrón de San Ceferino

M<sup>a</sup> Ángeles de Marino Gómez-Sandoval

Juan Carlos Martín Escudero

Santiago Martín Moreno

Rafael Muñoz Garrido

Alberto Orfao de Matos

Mafalda Rodríguez-Losada Allende







**Junta de  
Castilla y León**