

Órdenes de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR)

(Una aproximación)

Comité de Bioética Asistencial Departamento Hospital General Valencia

Octubre 2016

El desarrollo científico y técnico de la medicina de los últimos 50 años, ha permitido actuar para retrasar el final de la vida, esta actuación ha sido propiciada por el desarrollo de las técnicas de soporte vital, que han provocado un cambio en el proceso de morir.

La Parada Cardíaca (PC) se define como la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y de la respiración espontánea.

El adjetivo “**inesperada**” hace referencia a aquellas situaciones donde no se conociera la existencia de alguna alteración mórbida que pudiera conducir a la PC. La calificación como “**potencialmente reversible**” permite diferenciar a la PC de la muerte, la cual representa la última estación en la evolución natural y terminal de una enfermedad incurable.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) comprende un conjunto de maniobras estandarizadas y de aplicación secuencial dentro de la llamada “Cadena de Supervivencia”, encaminadas a revertir la PC, sustituyendo la respiración y la circulación espontáneas e intentando su recuperación, de forma que existan posibilidades razonables de recobrar las funciones neurológicas superiores

Obviamente, cuando esta situación no se revierte en los primeros minutos de evolución, el resultado inexorable es la muerte biológica. La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) moderna se articuló entre los años 50 y 60 del siglo pasado como un conjunto de procedimientos para revertir la PC que ocurría a pacientes en el quirófano, desde este escenario se extendió su práctica a cualquier paciente y en cualquier lugar. Desde entonces, con el desarrollo constante de la reanimación han ido surgiendo en paralelo un gran número de problemas éticos.

El entusiasmo inicial por la RCP se moderó al observar los malos resultados que se obtenían de su aplicación indiscriminada y se comenzó a reconocer que la RCP no estaba indicada “en casos de enfermedad terminal irreversible cuando la muerte no es inesperada”, apareciendo poco después las primeras guías clínicas sobre órdenes médicas para no resucitar. Paulatinamente se ha comprobado que las personas que llegan al final de su vida con salud frágil apenas se benefician de la reanimación.

Sin embargo un resultado inesperado de estas técnicas ha sido la generación de un nuevo tipo de pacientes: aquellos que lograron que lograron sobrevivir con mayor o menor daño neurológico, con mayor o menor dependencia de terapias médicas intensivas y de la ayuda de otras personas. Es muy posible, además, que nadie hubiera desarrollado tal procedimiento para usarlo en dicha población.

De la propia definición de PC se puede deducir cuáles son las indicaciones para iniciar la RCP. El adjetivo “inesperada” hace referencia a aquellas situaciones donde no se conociera la existencia de alguna alteración mórbida que pudiera conducir a la PC. La calificación como “potencialmente reversible” permite diferenciar a la PC del proceso de la muerte, el cual representa la última estación en la evolución natural y terminal de una enfermedad incurable. Las diferencias entre el proceso de morir y la parada cardíaca, podrían ser:

Morir	Parada cardíaca
Un proceso	Un suceso
Natural y esperado	Emergencia médica
Los criterios diagnósticos incluyen la falta de pulso y respiración	Los criterios diagnósticos incluyen la falta de pulso y respiración
Precedido por declive progresivo	Acontecimiento súbito sobre una estabilidad relativa
Deterioro a pesar de máximo tratamiento médico apropiado	Se dispone de posterior tratamiento médico apropiado
Causa subyacente irreversible	Es posible mejorar la causa subyacente
La RCP no tiene probabilidad realista de éxito	La RCP tiene probabilidad realista de éxito

La medicina trabaja permanentemente en la incertidumbre. La emisión de una Orden de No Reanimación frecuentemente se toma también con un 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 toma de decisiones, se puede plantear un conflicto en cuanto a quién la toma. Emitir una orden de no intentar un reanimación cardiopulmonar sin contar con la participación del paciente podría significar una injerencia en su autonomía, aunque recabar su consentimiento supone que hay que darle toda la información sobre su situación clínica. Sería una forma de abuso de poder del médico no tener en cuenta los valores del paciente. Estas decisiones deben buscar un equilibrio entre la autonomía del paciente y la del profesional.

En la actualidad existe la convicción generalizada de que estas técnicas no son susceptibles de ser aplicadas indiscriminadamente a toda persona que sufra el cese de su función cardíaca o respiratoria, pues en muchos casos el paro cardiorrespiratorio (PCR) sobreviene en el momento de la muerte natural y esperada de un paciente, que no tiene posibilidad de continuar viviendo, ya sea por un evento agudo irreparable, por una enfermedad progresiva (ej. cáncer o demencia), por deterioro crónico de funciones hasta ya no ser compatibles con la vida (ej. insuficiencia crónica de algunos órganos), el agotamiento de las capacidades fisiológicas sin capacidad de mayor soporte por una enfermedad aguda (ej. fallo multiorgánico). Todos estos ejemplos son claramente entendibles como casos en que la aplicación de maniobras de RCP, resulta una acción médica fútil.

Existen unos factores de mal pronóstico asociados a la RCP, y que pueden agruparse en tres grupos:

a) Previos a la RCP:

- Hipotensión/hipoperfusión
- Cáncer metastático hematológico
- Depresión de la función del SNC
- Ictus agudo
- Fracaso multiorgánico
- Insuficiencia hepática
- Fracaso renal/diálisis
- Fallo cardíaco en situación NYHA IV
- Enfermedad respiratoria crónica avanzada y limitante
- Infección/sepsis grave
- Trauma grave

b) Intervenciones aplicadas antes de la PC

- Vasopresores
- Vía aérea artificial
- Ventilación mecánica

c) Concomitantes a la PC

- Parada no presenciada
- Retraso en el soporte vital básico (SVB)
- mayor de 8 min
- Primer ritmo no desfibrilable
- Retraso en desfibrilar mayor de 10min

Las órdenes de no reanimación (ONR) o órdenes de no intentar la reanimación cardiopulmonar (ONIR) forman parte del concepto de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en el apartado de no instauración de medidas, y parece adecuado clasificar a los pacientes en diferentes niveles según la situación clínica en la que se encuentren, y asociarlos con los niveles de intervención de que son subsidiarios:

- 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:

1. Decisiones médicas unilaterales.
2. Decisiones del paciente.
3. 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. Si bien en este caso sería una decisión médica y por tanto una orden similar a pautar un tratamiento, en la actualidad el respeto a la autonomía del paciente, basado en las leyes de derechos de los pacientes (41/2002 y demás legislación autonómica relacionada), hace necesario que se debe hacer saber al paciente o 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 en la mencionada situación. De esta forma se solicite su consentimiento para aplicar una ONIR cuando llegue el momento.

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 sus valores y 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 se podría hablar de una “*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 maleficente. 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 terapia 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.

Marco ético. Principios de bioética aplicables a la RCP

El desarrollo tecnológico acontecido en el siglo pasado, que ha originado un desarrollo parejo de la medicina, ha originado la necesidad de una reorientación de los objetivos y fines de la misma. Esto se puso en evidencia tras la publicación, en el año 1996, del documento del Hasting Center “los fines de la **medicina**”, que constituyó un intento de desmitificar la medicina, para que su ejercicio constituya, efectivamente, un progreso para la humanidad. Los fines de la medicina, a finales del siglo XX y comienzos del XXI, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. En este documento los fines se podían concretar en cuatro objetivos fundamentales:

- a) Prevención de las enfermedades y lesiones, y promoción y mantenimiento de la salud
- b) Alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias
- c) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados
- d) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Al menos los tres últimos tienen relación directa con la RCP, siendo el cuarto el que está más relacionado, ya que en los pacientes recuperables estas maniobras, pueden evitar una muerte

prematura, y después la no utilización de la misma puede facilitar la búsqueda de una muerte tranquila y no prolongar una vida que solo puede ser una fuente de agonía y sufrimiento.

La ética médica moderna surge de la convergencia de diversas fuentes, de la propia tradición médica, del ámbito de la tradición jurídica y de la política. De ellas derivan los principios ampliamente aceptados que guían la actuación de los profesionales sanitarios: de la tradición médica los principios de **Beneficencia** y de **No Maleficencia**, del ámbito jurídico el principio de **Autonomía** y de la tradición política, el principio de Justicia. La Dignidad y la Honestidad se añaden con frecuencia a los principios básicos de la ética clínica. Los pacientes siempre tienen el derecho de ser tratados con dignidad y la información debe ser honesta sin evitar hechos importantes.

No es inusual que los distintos niveles socioculturales, conocimientos médicos, influencia de los medios, creencias filosóficas o religiosas, expectativas, apoyo o dependencia de la familia, en fin, el sufrimiento físico o espiritual causen conflictos entre médicos, enfermeras, pacientes y sus parientes cercanos. Son estos los factores que en gran parte generan los problemas.

La aplicación de estos principios de la Bioética a la RCP puede concretarse, en términos generales, así: ante una PC siempre está indicado iniciar inmediatamente RCP, ya que se trata de una emergencia extrema y se considera implícito el consentimiento de la víctima, y donde no hay tiempo ni datos para conocer con exactitud la conveniencia de su aplicación o no. En el medio extrahospitalario la toma de decisiones en un caso concreto puede resultar especialmente conflictiva. Ante la duda, debe actuarse en mejor beneficio de la víctima, comenzar de inmediato la reanimación. Una vez iniciada esta, la adquisición de nuevas informaciones o valoraciones permitirán al equipo reanimador reconsiderar la conveniencia o no de continuar con los esfuerzos de reanimación.

Sin embargo de esta norma general se apartan tres excepciones:

1. Respeto al principio de autonomía: cuando se conozcan los deseos en contra de aplicar la RCP por parte del paciente, expresados en un documento válido de instrucciones previas (IP) o mediante el testimonio fehaciente de sus familiares próximos o de su representante legal. En ausencia de IP claras -entre las que pueden estar incluidas las “Órdenes de no Intentar la Reanimación” (ONIR)- debe iniciarse RCP inmediatamente, excepto que los familiares presentes expresen la que sea o hubiera sido la voluntad del paciente con respecto a la RCP, aunque no conste por escrito.

Consideramos que tal expresión debe aceptarse para no iniciar la RCP en contra de los deseos del paciente, pues hay que suponer que está adecuadamente representado por sus familiares. Sólo la buena comunicación entre allegados de la víctima y profesionales sanitarios, así como el buen juicio de estos últimos, puede resolver los eventuales conflictos.

2. Respeto a los principios de beneficencia y de no maleficencia: cuando se tenga la certeza de que la RCP no es apropiada por resultar inútil o fútil. La RCP es inútil si la víctima presenta signos indiscutibles de muerte biológica. A este respecto cabe recordar que la midriasis no constituye por sí misma un signo definitivo de muerte. La RCP es fútil si se aplica a pacientes cuyo proceso de una enfermedad irreversible los conduce a una situación terminal.

3. Respeto al principio de justicia: cuando la realización de RCP conlleve graves riesgos para la salud o la integridad del reanimador, o cuando otras víctimas simultáneas puedan beneficiarse de la RCP con mayores probabilidades de supervivencia.

La RCP sólo tiene sentido cuando las expectativas de recuperación sean razonables, no sólo de la actividad cardíaca, si no de todas aquellas funciones que caracterizan a la persona . Se trata, en definitiva, de que se aplique la RCP a quien está indicada, se omita en el proceso de morir o si el paciente la hubiera rechazado, y se suspenda cuando no existan posibilidades razonables de éxito .

Aunque en base al principio de autonomía, los pacientes tienen el derecho a rechazar un tratamiento, sin embargo, no tienen el derecho de poder exigir un tratamiento específico, como por ejemplo, no pueden insistir en que la RCP se les aplique en todas las circunstancias. El médico debe facilitar el tratamiento que, con probabilidad, va a beneficiar al paciente (hay que tener en cuenta que la medicina se mueve dentro de la incertidumbre), y no se pide que aplique un tratamiento que puede considerarse fútil.

Los objetivos de la RCP son preservar la vida, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, limitar la discapacidad, y respetar las decisiones, derechos y privacidad del paciente. Si el propósito de un tratamiento médico no puede lograrse, el tratamiento puede considerarse fútil

Tampoco son éticamente aceptables los retrasos voluntarios y las maniobras de reanimación simbólicas llevadas a cabo de manera deliberada, utilizadas generalmente como engaño para dar una falsa impresión a los familiares o seres cercanos en el momento de la PCR, las cuales realmente pueden poner en peligro la relación médico-paciente.

También cabe señalar y reafirmar que a pesar de las dudas y disquisiciones públicas al respecto, desde el punto de vista ético y legal no existe diferencia alguna entre no iniciar un tratamiento y retirarlo o suspenderlo. A efectos de la RCP no existe por tanto diferencia ética entre no iniciar o suspender una reanimación una vez comenzada si se tiene constancia posterior del deseo contrario expresado anteriormente por el paciente o si se comprueba que la PC es consecuencia de una enfermedad o situación irreversible, sin alternativa terapéutica y su aplicación puede considerarse fútil.

¿Cuándo no se debe iniciar una RCP?

Existen una serie de circunstancias en el estado del paciente, en las que no debe iniciarse maniobras de RCP:

1. Cuando existan signos evidentes de muerte biológica (rigidez, livideces declives, decapitación) o cuando se compruebe la exteriorización masiva de tejidos intracavitarios (vísceras torácicas o abdominales, pérdida de masa encefálica, etc.).
2. Cuando se tenga constancia fehaciente de que el paciente ha expresado su voluntad de no ser sometido a maniobras de RCP en caso de PC.
3. Cuando la PC sea consecuencia de una enfermedad crónica, debilitante y terminal: neoplasias metastásicas, uremia no susceptible de diálisis, Insuficiencia Cardíaca Congestiva clase IV (NYHA), encefalopatía anóxica sin recuperación neurológica en las 48-72 horas post-PC, disfunción respiratoria irreversible, cirrosis descompensada (Child III).
4. Cuando la PC sea el final de un proceso agudo que ha continuado su evolución fatal, pese a los esfuerzos terapéuticos instaurados. Se concreta en las situaciones de fracaso funcional de 3 o más sistemas orgánicos durante 3 días o más y en pacientes con edad superior a 70 años.
5. Cuando la víctima de la PCR se halle en situación de daño cerebral permanente e irreversible o de deterioro intelectual progresivo, conocido y limitante (demencia, enfermedad de Alzheimer, situación de coma permanente catalogado o no de estado vegetativo permanente, etc.) y la RCP, aun cuando pueda ser efectiva, no puede revertir tal situación.

6. Cuando haya un retraso de más de 10 minutos entre el inicio de la PC y el de las maniobras de RCP.
7. La edad no constituye, por sí misma, ni una indicación ni una contraindicación a la RCP.

La decisión de no iniciar maniobras de RCP compete en exclusiva al responsable del equipo de reanimación, habitualmente un médico (aunque no exclusivamente) y en su defecto a quien disponga de la mayor capacitación y experiencia entre los miembros de dicho equipo en ese momento. Cualquier otra decisión independiente del facultativo, teóricamente responsable directo, como el asesoramiento de un experto, de un comité, o la consulta a la autoridad judicial, son inoperantes y sólo pueden asociarse a retrasos y resultados indeseados.

¿Cuándo y qué suspender una vez iniciada la RCP?

Los profesionales deben recordar que la mayoría de intentos de RCP no alcanzan un resultado satisfactorio. Ello no implica que sistemáticamente se deba omitir un esfuerzo de RCP. Deben considerarse distintos factores para decidir suspender los esfuerzos de reanimación.

1. La recuperación de la circulación espontánea, efectiva y persistente. Las maniobras de RCP han alcanzado su objetivo esperado, la reversión de la PC. Se podrá mantener un soporte ventilatorio, hemodinámico o de cualquier otro tipo, combinado con los tratamientos post-parada recomendados, pero la RCP como tal deberá suspenderse.
2. La constatación fehaciente de la voluntad del paciente.
3. La comprobación de una decisión terapéutica registrada en la documentación clínica.
4. Comprobar que la PC es consecuencia de una enfermedad o situación irreversible y sin alternativa terapéutica que a la larga va a terminar con la vida del individuo. En esta situación se incluye la catalogación de enfermo terminal conforme las definiciones al uso.
5. Cuando se verifique el potencial fracaso de la RCP.
 - a) Inicio del soporte vital básico tras más de 10 min en situación de PC sin intento de reanimación.
 - b) Comprobar que han transcurrido 20 min o más de esfuerzos de reanimación sin recuperación de la circulación espontánea.
 - c) Comprobar que han transcurrido 10 min o más de RCP sin pulso externo demostrable (RCP ineficaz).
6. Agotamiento o riesgo de peligro (que no estaba presente al inicio de la RCP) del equipo de reanimación.

Debe hacerse especial mención que los tiempos indicados para establecer el fracaso del esfuerzo de reanimación no son de aplicación en situaciones en las que se ha comprobado recuperación posterior a los mismos:

- Intoxicación por barbitúricos.
- Fulguración por rayo o electrocución.
- Ahogamiento.
- Hipotermia (muy frecuentemente asociado al anterior).
- Abuso de drogas de adicción.

Al igual que en el supuesto de no iniciar, es el médico, o responsable del equipo de reanimación, quien debe tomar esa decisión tras consultar con los miembros del equipo, quienes pueden aportar otras opiniones de manera responsable y fundamentada.

Órdenes de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR)

En los pacientes cuyas posibilidades de sobrevivir o mantener una calidad de vida aceptable tras una PC son escasas y, por lo tanto, la RCP puede ser considerada fútil, se aconseja establecer un orden de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR).

La ONIR proporciona instrucciones a los profesionales sanitarios, única y exclusivamente, para no iniciar o suspender medidas de RCP si el paciente sufre una PC.

Al igual que en otros procesos de toma de decisiones, en el caso de las ONIR se debe incluir:

1. La valoración por parte del facultativo responsable
2. La discusión con el resto del personal médico y de enfermería. La participación de enfermería es importante, no sólo en la discusión junto con los médicos del servicio y en la información a los familiares sino también como iniciadoras del proceso de toma de decisiones, ya que la percepción que tienen del enfermo y su entorno (familia, condicionantes sociales, hábitos, etc.) enriquece sin duda la visión de la situación clínica del paciente.
3. En aquellos casos en que la atención al paciente requiere la colaboración de otros especialistas, es recomendable que participen en el proceso de deliberación.
4. Valoración de la existencia de instrucciones previas y comprobar que se cumplen todos los criterios para considerar que dichas instrucciones siguen siendo válidas en la situación en que se encuentra el paciente en ese momento
5. La información al paciente y/o a los familiares
6. La adopción de un acuerdo sobre el plan de cuidados y tratamientos que el paciente va a recibir.
7. En los casos en los que la atención del paciente requiera de la colaboración de otros especialistas, es recomendable que participen en la deliberación sobre la conveniencia de iniciar o no las maniobras de RCP en caso de PC. Es fundamental su opinión para conocer el pronóstico y las opciones de tratamiento, tanto en el momento de la discusión como en el caso de que el paciente pudiera sobrevivir sin secuelas graves, a una parada cardíaca.
8. Es recomendable que dicho acuerdo se refleje por escrito en la documentación clínica del paciente (papel o soporte informático), como es la historia clínica, la hoja de tratamiento y el informe de alta.

Ello permite que todo profesional que atiende al paciente conozca no sólo las decisiones adoptadas sino también los motivos por las que se han llegado a ellas, puesto que no son decisiones arbitrarias sino el resultado de una discusión argumentada. Por otro lado permite que las pautas de actuación sean más uniformes y no dependan tanto de quién es el médico o enfermera que atiende en ese momento al enfermo. Anticipar las decisiones y reflejarlas en la hoja de tratamiento, disminuyen además la ansiedad que genera en los profesionales la duda de qué hacer ante un paciente que sufre una parada cardíaca.

Procedimiento para la toma de decisiones sobre ONIR.

Los aspectos a considerar en la toma de decisiones para su recomendación son:

1. Como norma general, siempre que no exista una ONIR en la historia clínica del enfermo, se realizará RCP si éste presenta una PC.
2. Conviene que el médico responsable del paciente adulto inicie un diálogo informativo con éste sobre la RCP/ONIR, cuando considere que es un aspecto a valorar en su tratamiento global, (o con su representante si el enfermo no es competente para decidir por sí mismo).

Idealmente, el proceso informativo debería ser oportuno, empático, realista, y sin tecnicismos.

3. Cuando se estime que la RCP será ineficaz o fútil, o no indicada, en el caso de una PC, habrá que informar al paciente (o a su representante...) de que no se realizará RCP (ver punto de no iniciar RCP). La probabilidad de supervivencia al alta hospitalaria en los pacientes que padecen estas condiciones es del 2 % o menor; la de retornar a un mínimo nivel de función, probablemente menor del 1 %. Se deben documentar las razones de la decisión y el hecho de que el paciente o representante han sido informados de la misma.
4. Cuando la RCP pueda ser eficaz, se solicitará al paciente, tras la información adecuada, que decida entre RCP y ONIR. Cuando el enfermo llegue a una decisión, esta será la que prevalezca y como tal se registrará. El paciente puede variar de opinión y revocar una ONIR previa. También puede solicitarla o serle ofertada por su médico, cuando cualquiera de ellos perciba que las circunstancias clínicas del paciente han cambiado sustancialmente.
5. La ONIR debe dejar firmemente establecido que la limitación del tratamiento se refiere exclusivamente a la instauración de la RCP, lo que no impide que al paciente se le proporcionen otras terapias o cuidados. Por ejemplo, una persona puede tener una ONIR y, sin embargo, beneficiarse del ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva y de otros tratamientos de soporte vital o de algunos procedimientos quirúrgicos.
6. En ocasiones la limitación de reanimación puede ser parcial. Por ejemplo, puede excluir el masaje cardíaco, la intubación u otros; permitir la desfibrilación y/o antiarrítmicos, etc. y así se debiera hacer constar.
7. La ONIR debiera ser reconsiderada durante situaciones especiales, como intervenciones quirúrgicas o maniobras diagnósticas (cateterismo, etc.), pues si el paciente presenta un paro durante ellas suele ser fácilmente revertido con escasas secuelas.
8. El médico responsable del paciente comprobará que todo el equipo sanitario conoce la existencia de la ONIR, comprende su significado, está de acuerdo con ella y proporciona adecuadamente el resto de cuidados que precise el paciente.
9. Algunos pacientes sufren alteraciones críticas que desembocan en una PC que se juzga irreversible, sin haber dado tiempo a inscribir una ONIR. En tales circunstancias y de manera excepcional, se debiera permitir una omisión de las maniobras de reanimación, al mismo tiempo que se encarece la redacción de una breve nota en la historia clínica con las razones de la omisión.
10. Para asegurar que las recomendaciones de No RCP se utilicen correctamente, convendrá revisar la experiencia que se va adquiriendo con ellas en nuestra institución, y adecuarlas a los nuevos conocimientos y circunstancias.

El proceso de toma de decisiones sería:

- 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 tratamiento de soporte vital en lo referente a la Reanimación Cardiopulmonar, buscando su asentimiento. Si el paciente está consciente deberá ser el persona a informar.

- d. Asegurarse del conocimiento de la Orden por las personas que tratan al paciente y de que sea accesible a los equipos de guardia (incluirlo en historia clínica, y que sea fácilmente accesible)
- II. El paciente plantea su deseo de limitar el tratamiento de soporte vital, en cuanto, a una ONIR o en el seno de unas Instrucciones 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 (incluirlo en historia clínica y que sea fácilmente accesible).
- 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 la posibilidad de nombrar un representante que haga de interlocutor.
 - 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 (incluirlo en historia clínica, y que sea fácilmente accesible) .

Formulario de ONIR

Al revisar la evolución clínica de los pacientes hospitalizados, las ONIR se acuerdan y registran tarde o no hay constancia de ellas. Esto sugiere que en muchos casos se inician las maniobras de RCP simplemente porque el personal sanitario responsable del paciente no ha sopesado la posibilidad de plantear una orden de no intentar reanimación; puede deberse a la falta de tiempo por la carga asistencial, pero también por la deficiente preparación sobre ética y cuidados en el final de la vida.

Hablar con el paciente y/o con sus allegados sobre la RCP aumenta el número de ONIR de forma significativa. La ONIR, debe ser comunicada a todos los implicados, incluyendo, los profesionales a cargo del paciente, el propio paciente, si procede, y a la familia.

También se recomienda recogerla por escrito en un documento, con las razones que la justifican y las personas que han estado relacionadas en la discusión. Estos documentos deben ser visibles en la historia clínica, de manera que sean accesibles y puedan ser efectivos en el caso de que se produzca una Parada Cardíaca. Las ONIR deben ser revaloradas periódicamente.

Se recomienda que el médico responsable del paciente compruebe que el equipo sanitario conoce la existencia de la ONIR, comprende su significado, y que se proporciona de forma adecuada el resto de cuidados que precise el enfermo.

El formulario de ONIR que debería incluir los siguientes apartados:

Título o encabezamiento.- Formulario de ONIR: Orden de No Intentar Reanimación Cardiopulmonar. Incluir el nombre del centro sanitario o área de Salud.

Datos de Filiación del paciente: nombre, apellidos, número de Historia.

El acuerdo: en caso de parada cardiorrespiratoria, no se iniciarán maniobras de RCP

Motivos de la decisión:

Deseo del paciente – VA o Instrucciones previas.

Pronóstico de la enfermedad principal.

Escasas posibilidad de sobrevivir sin secuelas a una parada cardíaca (futilidad).

Acuerdo. El acuerdo de ONIR ha sido consensuado con:

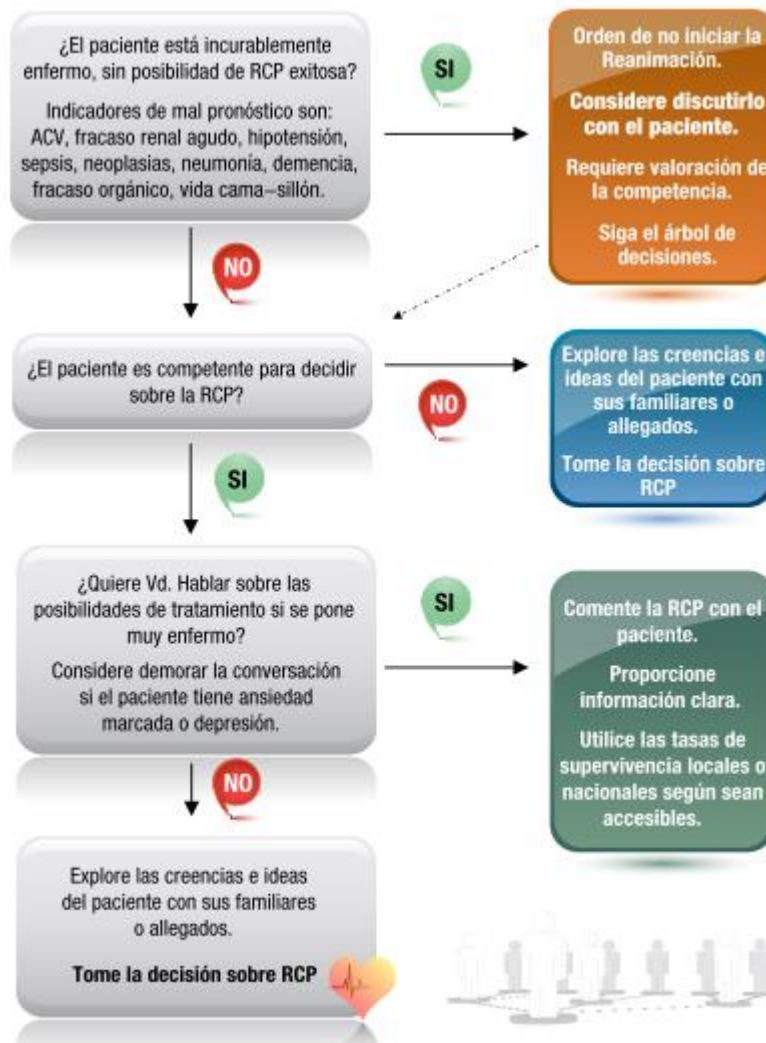
Paciente

Familiares o allegados

Identificación del médico que inscribe la ONIR: nombre, nº colegiado, fecha y firma.

Cláusula de rescisión: nombre, nº colegiado, fecha, y firma del médico responsable.

Algoritmo de toma de decisiones en ONIR



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

Bibliografía

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

Monzó JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R et als. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. Med Intensiva. 2010; 34: 534-549

Comité de Bioética Asistencial Departamento de Salud der Sagunto. Órdenes de no intentar resucitación cardiopulmonar (ONIR). Documentos del CBA. Junio 2011.

Cereceda L. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. Rev Med Clin Condes. 2011; 22: 369-376

Ruiz Garcia J. La orden de no reanimar y las decisiones al final de la vida en el paciente cardiológico: oportunidades de mejora, Tesis. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. 2015 [Consultada: 02/09/2016] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/33402/>

Comisión de Bioética de Castilla y León. Establecimiento de las órdenes de no reanimación cardiopulmonar. Junta de Castilla y León. 2010 [Consultada: 02/10/2016] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/guia-establecimiento-ordenes-reanimacion-cardiopulmonar>

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

y

ÓRDENES DE NO INTENTAR RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (ONIR)

Información para pacientes y familiares.

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.

¿Qué es la Reanimación Cardiopulmonar (RCP)?

La parada cardiorrespiratoria significa que la respiración y el corazón de una persona se han detenido de manera brusca, inesperada y potencialmente reversible. Cuando esto sucede, a veces es posible reiniciar la respiración y el latido cardíaco con un tratamiento de urgencia llamado RCP, siendo clave el inicio precoz de las actuaciones.

La RCP incluye:

- Empujar con fuerza sobre el pecho o compresiones cardíacas (masaje cardíaco)
- Inyectar medicamentos en la vena
- Utilizar descargas eléctricas para reiniciar el corazón y que vuelva a latir
- Insuflar aire en los pulmones bien sea con respiración boca a boca o bien a través de una máscara puesta en la cara o insertando un tubo por la boca hasta la tráquea.

Probabilidades de éxito

La RCP puede tener éxito aproximadamente en la mitad de los ataques cardíacos en personas previamente sanas. No obstante en las personas debilitadas con enfermedades graves ingresadas en el Hospital la RCP la posibilidad de éxito en reanudar el latido cardíaco y la respiración, es mucho menor.

Después de la Reanimación Cardiopulmonar (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. Y en algunas ocasiones, dependiendo del tiempo transcurrido en el proceso de reanimación pueden quedar secuelas de 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 la 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.

Órdenes de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR)

Existen situaciones clínicas en las que los pacientes tienen pocas posibilidades de sobrevivir o mantener una calidad de vida aceptable tras una PC. Por lo que una reanimación cardiopulmonar (RCP) puede ser considerada como inútil, ya que pueden tener como consecuencia situaciones con diferentes grados de daño neurológico, diferentes grados de dependencia de terapias médicas intensivas, o dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades diarias, es decir, su resultado sería una pérdida de calidad de vida importante con respecto a la situación previa a la parada cardiorrespiratoria, en estos casos sería aconsejable establecer una orden de no intentar resucitación cardiopulmonar (ONIR).

En estos casos nunca se abandonará al paciente y entrarán en juego otros objetivos encaminados al confort y bienestar, con el fin de evitar el sufrimiento y prolongar una agonía sin sentido, se aplicarán los cuidados de final de la vida que el enfermo precise.

La orden de no intentar la resucitación se puede modificar en cualquier momento de la evolución clínica, ya que el paciente es libre de cambiar de opinión acerca de si es o no adecuada la resucitación cardiopulmonar para él. Estos cambios no afectarán a los otros aspectos de su cuidado.

Información adicional

Sus médicos hablarán gustosamente con Vd. si lo desea.

Recuerde que la parada cardíaca no es un suceso frecuente.

Orden de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR)

Nombre:

Apellidos:

Historia Clínica:

Etiqueta identificativa

ATENCIÓN: La orden de no intentar la reanimación, afecta exclusivamente a la reanimación cardiopulmonar, no afecta al resto de tratamientos y de cuidados

Fecha de la orden: Fecha de ingreso:

Duración de la orden (*p. ej. 48 horas, 1 semana, etc.*).....

Revisada y prorrogada en (*fecha*):

Razones de emisión de la presente orden:

- ☐ Deseo del paciente o documento de Instrucciones previas
- ☐ Pronóstico de la enfermedad principal
- ☐ Escasas posibilidades de sobrevivir sin secuelas ante una parada cardíaca (futilidad)

El **acuerdo** de ONIR se ha comentado y consensuado con:

☐ SÍ

☐ NO

☐ Paciente

☐ Familiares, allegados o representante

Fecha de la conversación sobre reanimación cardiopulmonar (RCP).....

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

Médico que inscribe la ONIR:

Nombre médico:

Código: Firma

Fecha:.....

Cláusula de revocación:

Nombre médico:

Código: Firma

Fecha:.....

Recomendaciones

- Es necesario señalar que la Orden debe de ser emitida por el médico responsable. Las decisiones no deben tomarlas los médicos en formación
- 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.
- En las ONIR 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
- 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.
- Las ONIR 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.
- Las ONIR 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.
- Las ONIR se revisarán periódicamente por el médico responsable del paciente, suprimiéndose si así se considera conveniente por cambios en la situación clínica del paciente.

Comentarios: