

## La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar

Grupo de Estudios de Ética Clínica  
de la Sociedad Médica de Santiago<sup>a</sup>.

### *Cardiopulmonary resuscitation and do not resuscitate orders*

*In medical practice, the different scenarios in which cardiorespiratory resuscitation (CPR) may be applied must be taken into account. CPR is crucial in subjects that arrive in emergency rooms or suffer a cardiac arrest in public places or at their homes. It is also critical in hospitalized patients with potentially reversible diseases, who suffer cardiac arrest as an unexpected event during their evolution. In intensive care units, the decision is particularly complex. The concepts of therapeutic proportionality, treatment futility and therapeutic tenacity can help physicians in their decision making about when CPR is technically and morally mandatory. The do not resuscitate (DNR) decision is taken when a patient is bearing an irreversible disease and his life is coming to an end. DNR decisions are clearly indicated in intensive care units to limit the therapeutic effort and in other hospital facilities, when death is foreseeable and therapeutic tenacity must be avoided. DNR orders must be renewed and reconsidered on a daily basis. It does not mean that other treatment should be discontinued and by no means should the patient be abandoned. DNR and previous directives, DNR and quality of life and DNR communication are also commented in the present article (Rev Méd Chile 2007; 135: 669-79).*

**(Key words:** *Cardiopulmonary resuscitation; Intensive care units; Resuscitation orders*)

Recibido el 22 de marzo, 2007. Aceptado el 8 de mayo, 2007.

<sup>a</sup>Documento elaborado por el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago y aprobado por su Mesa Directiva (9 de marzo de 2007). Integrantes del Grupo: Drs. Carlos Echeverría B. (Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar), Alejandro Goic G. (Presidente del Grupo de Estudios; Facultad de Medicina, Universidad de Chile), Alberto Rojas O. (Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar), Carlos Quintana V. (Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile), Alejandro Serani M. (Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes), Paulina Taboada R. (Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile), Ricardo Vacarezza Y. (Centro de Bioética, Hospital del Salvador).

El desarrollo creciente y sostenido de la tecnología ha hecho posible mantener la vida de numerosos pacientes en situación crítica. Sin embargo, la utilización de procedimientos y

tecnologías de apoyo vital ha dado lugar a discusiones sobre la licitud de su uso en determinadas circunstancias y pacientes. No es ajena a ellas la práctica de la reanimación en una

situación tan extrema como es un paro cardiorrespiratorio<sup>a</sup>.

El reanimar a una persona con un paro cardiorrespiratorio reconoce el valor de la vida cuando se está frente a una situación vitalmente límite que se estima reversible. En estos casos, debe considerarse una obligación médica y ética intentar la reanimación. Sin embargo, la aplicación indiscriminada de tal tipo de maniobra implica, también, el riesgo de menoscabar la dignidad del morir y de dejar a los pacientes con graves secuelas neurológicas<sup>1-3</sup>.

Es imperioso establecer criterios éticos que permitan orientar la actitud y conducta del médico cuando enfrenta un paciente en paro cardiorrespiratorio. Se trata de una situación relativamente frecuente que afecta al paciente, a su familia y al equipo de salud que lo asiste. Hoy no se aprecia una clara y definida delimitación de responsabilidades del médico tratante y del equipo de salud, sino más bien una cierta ambigüedad de comunicaciones verbales e incertidumbre de asumir o no una determinada conducta, lo que se agrava a menudo por la disparidad de criterios para enfrentar el paro cardiorrespiratorio<sup>4</sup>.

El presente documento revisa el concepto y los alcances éticos de la reanimación cardiorrespiratoria y de la orden de no reanimar en la práctica médica.

## I. REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA (RCR)

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua "reanimar es dar vigor, restablecer las fuerzas, hacer que recobre el conocimiento alguien que lo ha perdido"<sup>5</sup>. En medicina, la palabra "reanimación" debe ser entendida como un conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar y mantener las funciones vitales del organismo.

Se entiende por reanimación cardiorrespiratoria el conjunto de medidas de soporte vital, básico y avanzado, que intentan restablecer la función cardiopulmonar una vez que en una persona se

ha producido un paro cardiorrespiratorio<sup>6</sup>. Clínicamente el paro cardiorrespiratorio se define por tres hechos fundamentales: 1. Pérdida de conciencia; 2. Apnea; y 3. Ausencia de pulso central.

Las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria comprenden dos niveles:

El primer nivel apunta a tres objetivos fundamentales, conocidos como el ABC (*Airway, Breathing, Circulation*):

- A. Mantener una vía respiratoria permeable;
- B. Recuperar la respiración o efectuarla a través de una respiración boca a boca;
- C. Recuperar la circulación a través del masaje cardíaco.

Actualmente se estima que el clásico ABC debe convertirse en ABCD, siendo la D una referencia al uso del desfibrilador, al que nos referiremos más adelante. El masaje cardíaco externo con ventilación asistida –sea boca a boca o con dispositivo manual– es una medida que ha permitido recuperar numerosos pacientes en paro. El masaje cardíaco externo mediante maniobras vigorosas aplicadas sobre el tórax cerrado debe ser efectuado en forma oportuna, técnicamente bien realizado y con los medios adecuados de apoyo posterior<sup>7,8</sup>. La práctica de la etapa básica de reanimación no requiere de elementos extraordinarios y puede ser realizada exitosamente por cualquier persona que tenga un conocimiento elemental de la función cardiorrespiratoria, así como un mínimo de entrenamiento y capacidad de decisión.

El segundo nivel de maniobras de reanimación lo constituye un sistema de soporte más avanzado, generalmente se cumple en un recinto hospitalario o en un vehículo de emergencia especialmente equipado y comprende:

1. Intubación de la vía aérea para asegurar su permeabilidad y ventilación con un dispositivo manual;
2. Instalación de una vía venosa para la administración de drogas vasoactivas, antiarrítmicas u otras;
3. Utilización de un desfibrilador;
4. Monitorización electrocardiográfica.

<sup>a</sup> En este trabajo preferimos utilizar el término «reanimación» y no el de «resucitación» cardiorrespiratoria, toda vez que esta última expresión tiene connotaciones filosóficas y teológicas ajenas a esta discusión.

Esta segunda etapa de la reanimación cardiorespiratoria sólo pueden llevarla a cabo personas que han recibido un entrenamiento específico y tienen experiencia en los distintos procedimientos técnicos relacionados con ella.

Conviene precisar que, si bien el diagnóstico de paro cardiorrespiratorio se basa en los tres hechos básicos que hemos señalado, la ausencia de pulso no siempre es fácil de establecer<sup>9</sup>. Aunque es costumbre explorar la presencia o ausencia de pulso en el cuello, la sensibilidad del pulso carotídeo se estima en 55% y su especificidad en 90%, cifras insuficientes para asegurar un diagnóstico de certeza<sup>10</sup>.

Es recomendable que si una persona que presta los primeros auxilios no tiene entrenamiento en las técnicas de reanimación y se ve enfrentada a un paciente inconsciente que no respira, tras verificar la permeabilidad de la vía aérea y de efectuar algunas respiraciones asistidas, inicie sin más las maniobras de compresión torácica. Si se dispone de un electrocardiograma pueden obtenerse elementos de valor pronóstico: pacientes con fibrilación ventricular o asistolia tienen mayor posibilidad de recuperación que los con disociación electromecánica<sup>11</sup>.

La utilización de un desfibrilador se justifica por la alta frecuencia en que el paro cardiorrespiratorio se presenta inicialmente como una fibrilación ventricular<sup>12</sup>. En ausencia de un ECG que lo confirme, se ha recomendado la aplicación del shock eléctrico desfibrilatorio dentro de los 5 min de iniciado el incidente, toda vez que la posibilidad de sobrevida disminuye de 7% a 10% por cada minuto de fibrilación ventricular no corregida<sup>13,14</sup>. En EE.UU. de Norteamérica, este tema ha conducido a regulaciones legales como la *Cardiac Arrest Survival Act* de 1999, que establece la recomendación de contar con desfibriladores automáticos externos en los edificios públicos<sup>15</sup>. En un estudio multicéntrico (*Ontario Prehospital Advanced Life Support Study*)<sup>16</sup>, que incluyó 5.638 pa-

cientes que sufrieron paro cardiorrespiratorio fuera del hospital en 17 ciudades diferentes, se estableció que las medidas de soporte avanzado, aplicadas luego de desfibrilación rápida, no mejoraban la tasa de sobrevida. Es en este contexto, como lo señalamos anteriormente, que en la actualidad el uso del desfibrilador se incluye dentro de las medidas básicas de reanimación, convirtiendo el ABC en ABCD.

Las maniobras de reanimación no están exentas de riesgos y complicaciones como ser fracturas costales y esternales, aspiración broncopulmonar de contenido gástrico, hemorragia mediastinal anterior, hemopericardio, contusión miocárdica, neumotórax, contusión pulmonar, lesiones orales y dentarias secundarias a la intubación orotraqueal. No obstante, la complicación más temida son las secuelas neurológicas de diverso grado que pueden hacerse evidentes una vez recuperada la circulación espontánea<sup>17</sup>.

Las maniobras de reanimación han experimentado un importante progreso y difusión en el desarrollo de la medicina actual, especialmente en las ciudades modernas, y cada vez se cuenta con más personal capacitado para efectuarlas.

## II. ORDEN DE NO-REANIMAR (ONR)<sup>b,c</sup>

Cuando nos enfrentamos a un paro cardiorrespiratorio existe la posibilidad de efectuar maniobras de reanimación, pero también la de abstenerse y, en este caso, adoptar o dar la instrucción de no-reanimar (*do not resuscitate order* o DNR, en la nomenclatura anglosajona)<sup>18</sup>.

En opinión de la *American Heart Association* la evaluación científica ha demostrado que no hay criterios claros para predecir con seguridad la futilidad de una reanimación cardiorespiratoria. Por ello, recomienda que todo paciente en paro cardíaco reciba reanimación, a menos que<sup>19</sup>:

<sup>b</sup> Se ha propuesto utilizar la expresión «Orden de no intentar la reanimación» en vez de «Orden de no reanimar», pero esta última ha sido consagrada por el uso.

<sup>c</sup> En 1974, la Asociación Médica Canadiense aceptó por vez primera, explícitamente, la ONR; en 1975, el Estado de Nueva York reglamentó su práctica y, en 1976, la Corte de Apelaciones de Massachusetts sancionó la legalidad de esta orden.

1. El paciente tenga una instrucción válida de no ser reanimado;
2. El paciente presente signos de muerte irreversible como el rigor mortis, decapitación o livideces en sitios de declive;
3. No se pueda esperar un beneficio fisiológico, dado que las funciones vitales se han deteriorado a pesar de un tratamiento máximo para condiciones como el shock séptico o cardiogénico progresivos;
4. También es apropiado abstenerse de intentos de reanimación en la sala de partos cuando se trata de un recién nacido con gestación menor de 23 semanas o un peso al nacer menor de 400 g, o que tiene una anencefalia, así como también en casos confirmados de trisomía 13 o 18.

Algunas de estas proposiciones no son legalmente vinculantes y están sujetas a discusión. Por ejemplo, no hay acuerdo sobre qué es una «instrucción válida» y ciertos criterios que se refieren a los recién nacidos están en permanente evaluación dadas las posibilidades que puede brindar la tecnología actual.

Debemos enfatizar que la ONR no es una decisión médica que se indique de una vez para siempre sino que debe ser revisada periódicamente y, eventualmente, revertida si es que la situación del paciente por alguna circunstancia ha cambiado. Tampoco significa dejar al enfermo sin ningún cuidado médico; por el contrario, un paciente en situación tan grave debe recibir mayor atención y cuidado de parte del médico tratante y del equipo de salud.

### III. ESCENARIOS EN QUE SE PLANTEA LA REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA Y LA ORDEN DE NO-REANIMAR

Establecido el marco general precedente, nos parece adecuado enfocar el tema de la reanimación cardiopulmonar y de su contraparte la Orden de no reanimación en las diversas circunstancias en que puede presentarse el dilema. Lo hacemos así porque estamos muy conscientes que en esta materia fijar normas de conducta está supeditado a una gran cantidad de variables, entre ellas el sitio donde se produce el paro cardiorrespiratorio, la patología del paciente, los recursos disponibles,

el conocimiento previo del paciente por parte del médico, etc. Es comprensible, como algunos han señalado, que el éxito de las maniobras de reanimación depende, entre otros factores, del lugar en que se produzca el paro: quirófano; UCI, salas de hospitalización o fuera del hospital.

En la práctica médica es muy importante distinguir los diferentes escenarios en que se plantea la reanimación cardiorrespiratoria, dado que cada uno plantea problemas y conductas distintas para el médico y el equipo tratante: servicios de urgencia, salas de hospital, unidades de cuidados intensivos y lugares públicos o el domicilio del sujeto.

**1. Servicios de Urgencia.** En este caso, las maniobras de reanimación forman parte de la atención de emergencias. Se trata de pacientes de los cuales no se tiene mayores antecedentes y la demora en verificarlos puede ser vital para su destino. Por eso la decisión debe ser tomada de inmediato. Conocer la voluntad previa del paciente no suele ser fácil y, aunque ella se conozca, difícilmente podrá ser vinculante en una situación inesperada o no prevista.

Por otra parte, en este contexto no existen métodos lo suficientemente exactos y rápidos para formular un diagnóstico y pronóstico seguros, tanto del paro cardiorrespiratorio como de la patología de base del enfermo, razón que justifica dar inicio inmediato a las maniobras de reanimación por el médico u otros miembros del equipo de salud. No puede tampoco desconocerse el hecho de que las nuevas generaciones de médicos se han formado en un ambiente de gran predominio tecnológico y que si cuentan con los medios y recursos para aplicar un procedimiento no dudan en hacerlo, tanto más cuanto estas situaciones suelen darse en un ambiente de presiones sociales y familiares difíciles de manejar. Las consideraciones sobre eventuales responsabilidades legales no deberían ser un factor que interfiera en la decisión que se adopte.

Por lo tanto, salvo situaciones muy calificadas, cuando se enfrenta un paro cardiorrespiratorio en los Servicios de Urgencia, el médico o el equipo de salud deben proceder a la reanimación. Sólo si se aportan datos fidedignos sobre una patología previa terminal o la voluntad explícita del paciente, estas maniobras se podrían suspender. El tema de la voluntad del paciente expresada con anticipación se discute más adelante.

El tiempo transcurrido desde que se produjo el paro cardiorrespiratorio y el momento en que se inician las maniobras es un elemento determinante para iniciar o no la reanimación; lamentablemente, no siempre es posible precisarlo. Por otra parte, las estadísticas señalan que si no se logra reanimar a un paciente después de 30 min de maniobras de reanimación, aunque ellas se prolonguen por más tiempo, ningún paciente se recupera; y que sólo lo hace 5% de aquellos en que la reanimación dura 15 min<sup>20</sup>.

Las consideraciones hechas respecto a los Servicios de Urgencia son aplicables también en el caso de paros cardiorrespiratorios inesperados que ocurren en lugares públicos o en el hogar, por lo que, en general, en estas circunstancias deben iniciarse las maniobras de reanimación.

**2. Salas de hospitalización.** Cuando el paro cardiorrespiratorio se presenta en otras dependencias hospitalarias, especialmente en la sala de hospitalización, es conveniente distinguir diversas situaciones según las características de los pacientes:

2.1. Pacientes considerados terminales. A veces se

cataloga como enfermos terminales a pacientes debido a su edad avanzada o portadores de enfermedades crónicas en diversos estados evolutivos o con cáncer de distinto tipo. Reconociendo que no siempre es una tarea fácil determinar si se trata o no de un paciente terminal, recordamos aquí que los criterios para calificarlo como tal implican el cumplimiento de al menos 3 condiciones<sup>21</sup>:

a) Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave de carácter progresivo, diagnosticada por un médico experto; b) La enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada en el momento en que se formula el diagnóstico, o bien los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces. La eficacia de una determinada intervención médica debe medirse por el beneficio global que se logra en un paciente y no sobre posibles efectos en un parámetro fisiológico específico; c) La enfermedad o condición diagnosticada implica un compromiso anatómico y funcional de carácter irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve. Generalmente, se acepta que ese plazo

sea no más allá de 3 meses (aun cuando algunos lo prolongan hasta 6 meses o un año). Para los efectos de la presente discusión, es prudente utilizar un concepto más bien restringido de enfermo terminal, considerando como tal a aquel paciente en el que se espera un desenlace fatal en los próximos minutos, horas o días, más bien que en plazos más prolongados. En estos casos, si se produce un paro, la reanimación cardiorrespiratoria no tiene indicación. En cambio, cuando se trata de un paciente con una enfermedad de base de carácter irreversible pero que se estima que le quedan meses de vida y presenta un paro cardiorrespiratorio como un hecho inesperado dentro de la evolución de su enfermedad, en general, no parece lícito omitir la reanimación privándolo así de la posibilidad de vivir un tiempo más.

2.2. Existe un segundo grupo de pacientes que padecen de enfermedades crónicas no malignas pero muy invalidantes e irrecuperables que no se estiman terminales propiamente tales de acuerdo a los criterios mencionados anteriormente y que pueden presentar un paro cardiorrespiratorio en el curso de su evolución: por ejemplo, enfermos diabéticos con compromiso renal y vascular graves o portadores de lupus con severo daño renal y de otros órganos o pacientes con enfermedad bronquial obstructiva crónica y grave insuficiencia respiratoria, etc. Estos casos son complejos y para el médico es difícil formular un pronóstico vital y, en el caso que se produzca un paro cardiorrespiratorio, decidir si procede o no a la reanimación cardiorrespiratoria. Pensamos que cada situación debe ser analizada en su propio mérito antes de adoptar una resolución. Lo que debe primar es el análisis de la utilidad y proporcionalidad de las medidas a tomar y la evaluación de la calidad de vida del paciente. La experiencia clínica del médico juega un rol importante en la decisión.

**3. Unidades de Cuidados Intensivos.** La indicación de una reanimación cardiopulmonar adquiere especial complejidad y trascendencia en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Los cuidados intensivos se han definido como un servicio prestado a pacientes con una condición clínica potencialmente recuperable, que puedan

beneficiarse de un monitoreo estrecho y de tratamientos invasivos que no pueden ser administrados con seguridad en otras unidades del hospital. Aunque los esfuerzos terapéuticos en la UCI están motivados por un genuino deseo de ofrecer una oportunidad de sobrevivida a los pacientes críticos, es sabido que en algunos casos esos esfuerzos sólo logran prolongar la agonía, incrementando así el sufrimiento tanto de los pacientes como de sus familiares; además, los tratamientos intensivos suponen un elevado costo. La identificación de criterios que permitan distinguir cuándo la reanimación cardiopulmonar resulta moralmente obligatoria y cuándo no, permitirá evitar caer en conductas extremas ya sea por exceso (“medicalización de la muerte”) o por defecto u omisión<sup>22</sup>.

La decisión de ofrecer cuidados intensivos a un paciente se funda en el concepto de beneficio potencial. Aquellos pacientes que están “demasiado bien”, o “demasiado mal” como para recuperarse, no deberían ser admitidos en UCI. Por lo tanto, la terapia intensiva se reserva habitualmente para pacientes con falla orgánica aguda establecida o potencial. De aquí que los pacientes que encontramos en una UCI habitualmente se agrupan en dos grandes categorías: 1. Aquellos con un alto riesgo actual de muerte inminente (por ej: paciente críticos con falla respiratoria o cardiocirculatoria), y 2. Aquellos con riesgo potencial de muerte (por ejemplo: pacientes admitidos en UCI para realizar un procedimiento potencialmente peligroso como el manejo de arritmias). Ante un paciente que en este contexto presenta un paro cardiorrespiratorio nos planteamos la pregunta de iniciar o no maniobras de reanimación cardiopulmonar, entendiendo que la no reanimación significará la muerte del paciente. Si asumimos que al ingresar a la UCI ese paciente cumplía con el criterio del beneficio potencial, debemos suponer que su condición clínica se evaluó –en principio– como reversible. Por tanto, la conducta habitual en una UCI será iniciar una reanimación cardiopulmonar cuando un paciente sufre un paro.

Sin embargo, el rápido proceso de toma de decisiones que se debe realizar en estos casos presentará algunas diferencias según la categoría del paciente. Así, en un paciente que fue ingresa-

do a la UCI por un riesgo actual de muerte inminente secundario a una falla del sistema respiratorio, cardiocirculatorio u otro, el beneficio potencial que se esperaba obtener del apoyo intensivo podría variar de acuerdo a la evolución de la condición clínica subyacente. Por tanto, deberemos evaluar si durante su evolución con el soporte intensivo el riesgo actual de muerte inminente aumentó o disminuyó. Si la terapia intensiva no ha logrado revertir el riesgo de muerte inminente asociado a la falla orgánica inicial, sino que –por el contrario– este riesgo ha aumentado, es probable que el paro cardiorrespiratorio represente el desenlace de una condición clínica que se ha hecho irreversible. En este caso, el inicio de una reanimación cardiopulmonar estaría contraindicado.

Por otro lado, si el paro cardiorrespiratorio se presenta en un paciente que había sido ingresado a la UCI por presentar un riesgo potencial de muerte asociado a procedimientos diagnósticos o terapéuticos potencialmente peligrosos (por ejemplo: manejo de arritmias o posoperatorio de cirugía cardíaca), podremos asumir que un paro cardiorrespiratorio probablemente representa una complicación inesperada que deberemos intentar revertir. En este contexto, el beneficio potencial que le podemos ofrecer al paciente en la UCI aún no ha sido sometido a prueba, por lo que la reanimación estará habitualmente indicada. Recién después de intentarla podremos discernir si el beneficio potencial que le podía ofrecer a ese paciente al ingresar a la UCI era real o no. En otras palabras, la conducta médica adecuada ante un paciente que presenta un paro cardiorrespiratorio en la UCI será aquella que respeta tanto el deber moral de preservar la salud y la vida, como el deber moral de aceptar la muerte. Esto supone afirmar que existe un criterio ético que nos permite delimitar cuándo una reanimación cardiopulmonar se realiza en el contexto del respeto por la vida y cuándo atentaría contra el respeto debido a la muerte<sup>23</sup>. En último término, la ponderación de los juicios de proporcionalidad terapéutica, de futilidad del tratamiento y de obstinación terapéutica son los que nos ayudan a determinar cuándo la reanimación cardiopulmonar será considerada técnica y moralmente obligatoria y cuando no.

IV. ALGUNAS CONSIDERACIONES MÉDICAS  
Y ÉTICAS ADICIONALES

La decisión de iniciar o no maniobras de reanimación se enmarca en el contexto de una deliberación no sólo técnica sino que también ética, porque se trata de un acto en el cual el médico está íntimamente involucrado en cuanto agente moral. La reanimación cardiorrespiratoria como toda acción médica debe estar guiada por el ejercicio prudente de la libertad que siempre implica responsabilidad. En la decisión de no reanimar cobran especial relevancia los principios éticos de proporcionalidad terapéutica, el ejercicio de la libertad responsable y la inviolabilidad de la vida humana, en la medida que tal determinación trae como consecuencia cierta, ineludible e inmediata la muerte de la persona afectada por un paro cardiorrespiratorio. Los médicos debemos atenernos a estos principios éticos fundamentales.

En el caso de la reanimación cardiorrespiratoria, la opinión que tenga el paciente cobra especial relevancia. Sus razones pueden no ser de índole médica sino que expresión de sus principios y valores, el juicio que le merece la forma en que ha vivido su propia vida, de las relaciones que ha tenido con otros, de su pensamiento religioso o cultural, etc. Sin embargo, en la práctica médica en muchos casos no es posible obtener un consentimiento informado de un paciente respecto a una eventual reanimación cardiorrespiratoria porque ha perdido competencia por su enfermedad; ni consultar con la familia o representante legal por la urgencia de la situación que debe resolver el médico. En muchos países, entre ellos el nuestro, no existe o no está extendida la cultura de la expresión de voluntad en forma anticipada, de modo que no es posible conocer oportunamente la opinión de un paciente en una situación vitalmente comprometida. Si ha expresado previa y legítimamente su voluntad, es una obligación ética respetarla.

*Limitación del esfuerzo terapéutico.* La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) guarda relación con el principio de proporcionalidad de las acciones médicas y es un criterio que, a nuestro juicio, corresponde aplicar en toda acción que realice un médico, particularmente las de orden terapéutico<sup>24</sup>. Debemos enfatizar que la propor-

cionalidad del esfuerzo terapéutico se refiere siempre a una situación clínica particular, que debe ser producto de una amplia deliberación del equipo médico y siempre debe dejarse abierta la posibilidad de una reconsideración.

La LET tiene como propósito evitar tanto la obstinación terapéutica como los tratamientos fútiles<sup>22</sup>. Este criterio es válido para cualquier paciente en cualquier escenario pero tiene especial aplicación en las UCI donde muchos pacientes están sometidos a soporte vital total. En estos pacientes talvez la decisión más dramática de LET es la orden de no reanimar en caso de paro cardiorrespiratorio.

En medicina intensiva, la LET incluye la limitación en el inicio de determinadas medidas de soporte vital o el retiro de éstas una vez iniciadas. Desde el punto de vista ético una u otra decisión no son en esencia diferentes, aunque para el médico la determinación de retirar una medida de soporte vital ya instalada es, al parecer, más difícil que la de no iniciarla<sup>22</sup>. En el ámbito de la LET también puede incluirse la restricción de ingreso de un paciente a una UCI. Se ha intentado definir algunos criterios para limitar la admisión de pacientes que no se van a beneficiar con su ingreso a las UCI, considerando la necesidad de monitorización activa, la reversibilidad del proceso y la imposibilidad de que el tratamiento necesario se realice fuera de ella<sup>25</sup>. Sin embargo, en la práctica estas recomendaciones básicas no son siempre fáciles de cumplir por las circunstancias emocionales que habitualmente rodean el ingreso de un paciente a la UCI.

En la experiencia internacional, la secuencia en la LET no es uniforme en las diferentes unidades de cuidados intensivos, dependiendo, entre otros factores, de las características de los pacientes. En un estudio la LET se establecía en el siguiente orden: fármacos vasoactivos (72%), ventilación mecánica (43%), antibióticos (27%) y nutrición (2%). Diversos trabajos muestran que entre 40% y 60% de las muertes en UCI son precedidas de decisión de LET, porcentaje que parece ir en aumento<sup>26-28</sup>.

Una vez adoptada la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico, existe la obligación médica y ética de no abandonar al paciente durante el proceso de muerte y garantizar las medidas necesarias de bienestar, cuidados, analgesia y

sedación, asegurando la ausencia de dolor físico o psíquico.

**ONR y directivas previas.** En algunas circunstancias, la vida de un paciente está en riesgo sin que él tenga la posibilidad de hacer presente su voluntad respecto a los tratamientos a que va a ser sometido por estar parcial o totalmente impedido debido a una alteración de la conciencia o incapacidad física. Se conoce como «directiva previa», «voluntad anticipada» o «testamento vital» la expresión anticipada de la voluntad de una persona sobre tratamientos médicos que desea recibir o no recibir en la eventualidad de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le lleve a un estado que le impida expresarse por sí misma. En nuestro medio, su uso está poco difundido y carece de validez legal<sup>29</sup>, aun cuando se considera que tiene validez moral como toda declaración personal de voluntad.

En una directiva previa el sujeto puede dejar establecido explícitamente que no desea ser sometido a reanimación en caso de presentar un paro cardiorrespiratorio. Sin embargo, esto no exime al médico de la responsabilidad profesional y ética de ponderar cada situación particular y adoptar aquella decisión que sea proporcionada a la condición del paciente. Lo propio hará en caso de que, en ausencia de un testamento vital del paciente, la directiva de no reanimación sea expresada verbalmente por la familia del enfermo. En este caso, el médico tendrá que tener presente, además, la existencia de un eventual conflicto de intereses. El caso de la mujer embarazada presenta una particular dificultad, dado que su decisión afecta a un tercero.

No puede ignorarse que la decisión de reanimar o no la debe adoptar un médico en cuestión de segundos, lo que hace prácticamente imposible que espere disponer de mayor información o documentación. De producirse un conflicto grave entre los deseos del paciente o de su familia y las convicciones técnicas y éticas del médico tratante, deben consultarse otras opiniones expertas. Inclu-

so es legítima la posibilidad de que el médico tratante ponga al enfermo en manos de otro facultativo.

Cualquiera sea la situación, nos parece relevante establecer que si se decide una orden de no reanimación ello no significa en caso alguno descuidar la calidad de los cuidados hacia el paciente. Por el contrario, en esta circunstancia el paciente requiere de mayor cuidado y atención de parte del equipo de salud.

**ONR y calidad de vida.** En ocasiones se aduce la calidad de vida del paciente como argumento a favor o en contra de una reanimación. Habitualmente, se pone especial atención en la repercusión que sobre la calidad de vida de un sujeto pudiera tener una reanimación exitosa.

¿Qué se entiende por calidad de vida? Existen diversas definiciones como la «ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico mental y social», o «el sentimiento personal de satisfacción y bienestar con la vida»<sup>30</sup>. Esto no es fácil de objetivar, por lo que se han ideado diversos indicadores para cuantificar la calidad de vida<sup>d</sup> en base a cuestionarios que, en general, han sido desarrollados en el mundo anglosajón, con sus particulares patrones culturales y valóricos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un instrumento que pretende ser transcultural<sup>e</sup>, ha definido la calidad de vida como «la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones». Según la OMS la calidad de vida tiene diversos componentes o dominios, como el de la salud física, el psicológico, las relaciones sociales y otros vinculados con el ambiente, que incluyen aspectos políticos, financieros y los propios del hogar. Sin embargo, estas definiciones están matizadas fuertemente por la subjetividad del individuo; por ejemplo, objetivamente una persona puede estar en buen estado de salud y, sin embargo, no percibirlo así.

d. Por ejemplo, el SF-36 (*Medical Outcomes Study*), el SIP (*Sickness Impact Profile*), el PGWB (*Psychological General Well-Being Index*), el PAIS-SR (*Psychosocial Adjustment to Illness Scale*) o el NPH (*Nottingham Health Profile*).

e. WHOQOL-BREF.



Atendiendo a la autonomía de las personas, quien debiera calificar la calidad de vida es el paciente mismo pero, muchas veces, estará impedido de expresarlo. En estos casos es posible recurrir a quien tenga la representación del paciente, como puede ser el cónyuge, hijos, padres o un tercero designado; sin embargo, ellos pueden hacer un análisis basado en su propia idea de calidad de vida o en el modo cómo los afecte la sobrevivencia de la persona en cuestión, sin llegar a poder representar cabalmente la valoración propia del paciente. Si la discusión se lleva a un nivel utilitario valorando solamente el bienestar físico, se puede justificar moralmente todo lo que produzca ese bienestar pero se dejará de lado el respeto por la dignidad de la persona, mejor salvaguardado en estos casos por un análisis que considere además la beneficencia y la no maleficencia.

Es posible que la referencia a la calidad de vida futura de un paciente pueda ser útil en algunos casos límites, pero el tema debe analizarse cuidadosamente a la luz de las dificultades de predecirla. Debe evitarse el riesgo de que el médico imponga a una tercera persona valoraciones basadas en su propia concepción de calidad de vida, o que ceda a la presión de familiares que se verán eventualmente afectados en su vida diaria por la supervivencia de una persona con determinadas dependencias o invalideces.

**Comunicación de la ONR.** Finalmente, es importante discutir cuál es la manera más adecuada de comunicar y hacer efectiva la orden de no reanimar<sup>31-33</sup>. En términos generales y como cualquier otra decisión médica de importancia, debe anotarse en la ficha clínica la decisión tomada, con los fundamentos que se tuvieron en cuenta para ello y las personas que intervinieron en la decisión, dejando constancia si la familia está o no en conocimiento de tal decisión y si la comparte o no.

Además, se debe diseñar un sistema o señal que permita al personal de turno, médicos, residentes, enfermeras y auxiliares, que puedan o no conocer al paciente, tomar rápidamente conocimiento de lo acordado por el equipo tratante y proceder en consecuencia. Sin duda, la ONR constituye una valiosa ayuda para un médico que es llamado de emergencia para atender a un

paciente en paro cardiorrespiratorio y que no conoce en detalle sus antecedentes. No obstante, creemos que en tal situación siempre ese médico tiene la libertad y responsabilidad moral de adoptar una decisión distinta a la indicada por el equipo tratante si tiene razones para hacerlo, dejando debida constancia en la ficha clínica de los fundamentos de su decisión discrepante.

Es extremadamente importante que la señal o clave que en definitiva se adopte para comunicar la orden de no reanimar al personal sanitario no sea descifrable por los otros pacientes, las visitas o el personal ajeno al cuidado de los enfermos, de modo que no pueda significar un eventual daño psicológico o emocional para el enfermo. Estamos conscientes de las dificultades prácticas para comunicar la orden de no reanimar y consideramos que lo más importante no son los aspectos formales de la comunicación sino que la educación del personal de salud para enfrentar esta situación respetando la dignidad del proceso de morir.

#### CONCLUSIÓN

El fundamento clínico y ético de la decisión de reanimar o no reanimar a un paciente es de responsabilidad del médico tratante, en función de la naturaleza reversible o irreversible de la enfermedad que afecta al paciente, de su estado o condición clínica y de las circunstancias en que se produce el paro cardiorrespiratorio.

La reanimación cardiorrespiratoria es perentoria en los pacientes que llegan a los Servicios de Urgencia en paro cardiorrespiratorio y cuyos antecedentes mórbidos se desconocen. Igualmente lo es en sujetos que sufren inesperadamente un paro cardiorrespiratorio en lugares públicos o en su hogar. También debe procederse a la reanimación en pacientes hospitalizados que padecen afecciones potencialmente reversibles y en los que el paro cardiorrespiratorio se presenta como un hecho inesperado en su evolución.

La decisión de no reanimar la adopta el médico tratante cuando la naturaleza y el curso de la enfermedad de un sujeto indican que su vida está llegando al término. Sin embargo, tampoco puede ser una resolución arbitraria, por más competente que sea el médico. La fuerza de la

decisión es mayor cuando es una conclusión compartida, fruto de una deliberación del médico tratante con el equipo médico de la sala, con el paciente y su familia, o el producto de una reunión clínica o del concurso de interconsultores idóneos. Eventualmente, cuando las opiniones no sean concordantes, de la recomendación del comité hospitalario de ética. En algunas circunstancias, la expresión de la voluntad del paciente puede ser un elemento determinante en la decisión médica.

La orden de no reanimación parece tener vigencia clara en la UCI como una decisión de limitación del esfuerzo terapéutico, así como en la sala de hospital cuando la muerte es previsible y debe evitarse la obstinación terapéutica. La intención de no incurrir en obstinación terapéutica debe ser informada a la familia del paciente y las

instrucciones específicas de no reanimar al personal que participa en el cuidado del enfermo.

Es muy importante tener presente que la orden de no reanimación no se indica una vez y para siempre, sino que debe ser diariamente actualizada y siempre estar sometida a reconsideración de acuerdo a la evolución y condiciones del paciente.

Por último, la orden de no reanimar no debe implicar necesariamente la suspensión de otros tratamientos médicos que esté recibiendo el enfermo, ya que su eventual suspensión significa un grado mayor de limitación del esfuerzo terapéutico, lo que requiere en cada caso un análisis minucioso. Mucho menos debe significar el abandono del paciente, en circunstancias que por su situación extremadamente crítica merece mayor cuidado y atención de parte del médico y el equipo de salud.

#### REFERENCIAS

1. LIM C, ALEXANDER MP, LAFLECHE G, SCHNVER DM, VERFAELLIE M. The neurologic and cognitive sequelae of cardiac arrest. *Neurology* 2004; 63: 1774-8.
2. LONGSTRETH WT. The neurologic sequelae of Cardiac Arrest. *West J Med* 1987; 147: 175-80.
3. MYERBURG RJ, CASTELLANOS A. Cardiovascular collapse, cardiac arrest and sudden cardiac death. En: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Kasper DL, Braunwald E et al., Eds. 16th Ed. McGraw-Hill, New York. 2005; 1618-24.
4. AMERICAN HEART ASSOCIATION: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Ethical Aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000; 102(suppl. I): I-12-I-21.
5. Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española*. XXI Edición, Madrid. 1992.
6. AMERICAN HEART ASSOCIATION: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Adult Basic Life Support. *Circulation* 2000; 102(suppl. I): I-22-I-59.
7. KOUWHEOVEN WB, JUDE JR, KICKERBOCKER GG. Closed Chest Cardiac Massage. *JAMA* 1960; 173: 1064-7.
8. CUMMINS RO, ORNATO JP, THEIR WH, PEPE PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept; a statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation* 1991; 83: 1832-47.
9. MATHER C, O'KELLY S. The palpation of pulses. *Anaesthesia* 1996; 51: 189-91.
10. EBERLE B, DICK WF, SCHNEIDER T, WISSER G, DOESTH S, TZANOVA I. Checking the carotid pulse: diagnostic accuracy of first responders in patients with and without a pulse. *Resuscitation* 1996; 33: 107-16.
11. SPRUNG J, RITTER MJ, RIHAL CS, WARNER ME, WILSON GA, WILLIAMS BA ET AL. Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitation and Predictors of Survival in Patients Undergoing Coronary Angiography Including Percutaneous Coronary Interventions. *Anesth Analg* 2006; 102: 217-24.
12. AMERICAN HEART ASSOCIATION: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. The automated External Defibrillator. Key link in the chain of survival. *Circulation* 2000; 102 (suppl. I): I-60-I-76.
13. CUMMINS RO. From concept to standard-of-care? Review of the clinical experience with automated

- external defibrillators. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 1269-75.
14. LARSEN MP, EISENBERG MS, CUMMINS RO, HALLSTROM AP. Predicting Survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1652-8.
  15. 106<sup>th</sup> Congress of The United States of America. Cardiac Arrest Survival Act of 1999.
  16. STELL IG, WELLS GA, FIELD B, SPAITE DW, NESBITT LP, DE MAIO VJ ET AL. Advanced Cardiac Life Support in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med* 2004; 351: 647-56.
  17. MARK P, ANSTADT J, LOWE E. Cardiopulmonary Resuscitation. En: *Cardiac Surgery in the Adult*. Cohn LH, Edmunds LHJr., Eds. Chapter 16. McGraw-Hill, New York, 2003.
  18. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Ethics Manual. *Ann Intern Med* 2005; 142: 560-82.
  19. AMERICAN HEART ASSOCIATION: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Ethical Aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000; 102(suppl. D): I-12-I-21.
  20. BEDELL SE, DELBANCO TL, COOK EF, EPSTEIN FH. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *N Engl J Med* 1983; 309: 569-76.
  21. GRUPO DE ESTUDIOS DE ETICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO. El Enfermo Terminal. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 547-52.
  22. TABOADA P. What is Appropriate Intensive Care? A Roman Catholic Perspective. In: Engelhardt, H.T. & Cherry, M. (Eds.): *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspective*. Georgetown University Press, Washington, D.C., USA. 2002.
  23. TABOADA P. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioética* (Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS 2000 (Año VI), 1, 91-101.
  24. GRUPO DE ESTUDIOS DE ETICA CLÍNICA. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 689-96.
  25. SMITH G, NIELSEN M. ABC of Intensive Care. Criteria for Admission. *BMJ* 1999; 318: 1544-7.
  26. CABRÉ PERICAS L, SOLSONA DURAN JF (Grupo de trabajo de bioética de la Semicicyuc). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva* (Barcelona) 2002; 26: 304-11.
  27. HOLZAPFEL L, DEMINGEON G, PIRALLA B, BIOT L, NALLET B. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1309-15.
  28. WUNSCH H, HARRISON DA, HARVEY S, ROWAN K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005; 31: 823-31.
  29. GARAY O. El testamento vital. Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y el ensañamiento terapéutico. *Revista de Derecho, Universidad Católica de Valparaíso* 2001; XXII: 341-57.
  30. MONÉS J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004; 76: 71-7.
  31. SGRECCIA E. *Manual de Bioética*. Editorial Diana: México. 1996: 613-15.
  32. HEFFNER JE, BARBIERI C, CASEY K. Procedure-specific do-not-resuscitate orders. Effect on communication of treatment limitations. *Arch Intern Med* 1996; 126: 793-7.
  33. HEFFNER JE, BARBIERI C, FRACICA P, BROWN L. Communicating Do-Not-Resuscitate Orders with a Computer-Based System. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1090-5.