



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

Órdenes de no reanimación y anestesia



Fritz Eduardo Gempeler-Rueda^{a,*} y Ana María de Brigard-Pérez^b

^a Médico Anestesiólogo, Magister en Bioética, Profesor asociado del Departamento de Anestesiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

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

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de octubre de 2015

Aceptado el 28 de enero de 2016

On-line el 19 de marzo de 2016

Palabras clave:

Bioética

Paro cardíaco

Anestesiología

Ética

Resucitación cardiopulmonar

R E S U M E N

Conocidos los pobres desenlaces derivados de la reanimación cardiopulmonar, se adoptaron, hace varias décadas, las llamadas órdenes de no reanimación, entendidas como las decisiones médicas unilaterales que se adoptaban en situaciones extremas cuando no se esperaba la recuperación o sobrevida de un enfermo. De manera más actual, y dado el desarrollo de las garantías individuales y su adopción en la práctica clínica, se entiende por órdenes de no reanimación las decisiones concertadas entre los médicos y sus pacientes o representantes de no ser sometidos a una reanimación cardiocerebropulmonar en el evento de presentar un paro cardíaco. Poco a poco se ha ido aceptando la definición de límites en la actividad asistencial en consideración a sus resultados ulteriores en la vida de las personas; sin embargo, aún no es clara la compatibilidad de este tipo de decisiones —calificadas como restrictivas— en pacientes que van a ser llevados a procedimientos bajo anestesia. El objetivo de este artículo es establecer el marco conceptual de este dilema y ofrecer una respuesta sobre la formulación, las consecuencias y las implicaciones de una orden de no reanimación en el periodo perianestésico.

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

Do not resuscitation orders and anesthesia

A B S T R A C T

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

Keywords:

Bioethics

Heart arrest

Anesthesiology

Ethics

Cardiopulmonary resuscitation

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

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

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

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

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

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

Introducción

A través de la experiencia clínica y de la evidencia se ha llegado a concluir que las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en adultos tienen éxito solo en una minoría de los pacientes, siendo el fracaso de la RCP y posterior muerte del paciente el desenlace más frecuente, con una supervivencia al salir del hospital que oscila entre el 6,5 y el 24%, la mayoría con daños neurológicos variables¹⁻⁶. La baja tasa de éxito de la RCP y sus desenlaces ha sido desde hace más de 3 décadas uno de los factores primordiales para la creación de las órdenes de no reanimación (ONR).

Órdenes de no reanimación

Debido al creciente desarrollo —teórico y judicial— de la autonomía de las personas, quienes tienen derecho a conocer su estado de salud o enfermedad y a tomar decisiones sobre el tratamiento médico sugerido, basados en una explicación adecuada de su situación y alternativas, las decisiones médicas deben ser hoy en día el resultado de un diálogo entre el paciente y el equipo médico, y en ningún caso entenderse como una prerrogativa unilateral del profesional tratante⁷⁻⁹.

En RCP el manejo debe ser igual e incluso más estricto, en la medida en que existe una alta tasa de secuelas asociadas de considerable severidad. El paciente tiene el derecho a saber con anterioridad si se encuentra en riesgo de presentar un paro cardíaco y, en caso afirmativo, en conjunto con su médico determinar si desea o no que se le realice RCP^{10,11}. Habrá pacientes que no deseen pasar por una RCP y otros que deseen aferrarse a la mínima posibilidad de sobrevivir, aun con mala calidad de vida, y esta decisión debe respetarse.

¿Por qué la RCP ha sido recomendada de rutina en todos los paros cardíacos a pesar de conocer el pobre pronóstico subsecuente? Se podría argumentar que es la única alternativa ante la muerte, pero ¿se está pensando en el bienestar del paciente y de la sociedad? ¿o únicamente se piensa en mantener vivo al paciente a toda costa sin importar su calidad de vida posterior? Es aquí donde preguntarle al paciente —con antelación, claridad y respeto— qué desearía en el supuesto de presentar un paro cardíaco es fundamental. Será él quien defina si prefiere vivir sin importar el resultado o morir sin tener que pasar por una RCP.

Estos cuestionamientos han incrementado (desde la década pasada) el número de ONR en la práctica clínica, llegando en algunos países, como Inglaterra, a que más del 80%

de las personas que mueren en un hospital tengan una ONR, evitando así que la muerte en un hospital signifique pasar necesariamente por una RCP^{12,13}.

El término reanimación en las ONR únicamente se refiere a la no realización de maniobras de RCP en el supuesto de presentar un paro cardíaco pero no implica una restricción o una renuncia a los restantes cuidados, médicos y de enfermería, que necesita y merece el paciente. Subordinar los cuidados a la existencia o no de una ONR resulta absolutamente desproporcionado.

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

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

Orden de no reanimación y anestesia

Hasta la década pasada en el Reino Unido y en los Estados Unidos de Norteamérica los anestesiólogos exigían a los pacientes que tenían una ONR establecida suspenderla temporalmente al entrar a procedimientos bajo anestesia². En otras palabras, se condicionaba el acceso a una sala de cirugía a la revocatoria, así fuese temporal, de la ONR¹⁴⁻¹⁶.

Argumentaban que sus actividades eran muy parecidas a las actividades en la RCP (intubación traqueal, ventilación mecánica, administración de vasopresores, etc.) y si el paciente presentaba un paro cardíaco era como consecuencia de un acto iatrogénico involuntario, quirúrgico o anestésico, que se debería atender con todo el arsenal terapéutico disponible². Por lo tanto, una ONR sería contradictoria con la realización misma del procedimiento anestésico.

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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767675>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767675>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)