

Órdenes de no reanimar y cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de cardiología. ¿Qué podemos mejorar?

Manuel Martínez-Sellés, Laura Gallego, Juan Ruiz y Francisco Fernández Avilés

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Con el objetivo de evaluar el uso de órdenes de no reanimar y de cuidados paliativos en cardiopatas, registramos 198 muertes consecutivas en nuestro servicio. En 113 (57%) se decidió no reanimar, se reflejó en la historia clínica en 102 (90,3%) y en 74 (65,5%) en las hojas de enfermería. Se informó a 5 pacientes (4,4%) y a 95 familias (84,1%). El uso de medidas paliativas fue escaso en pacientes no reanimables, 56 (49,6%) recibieron cloruro mórfico y 5 (4,4%), asistencia espiritual. Sin embargo, previamente a la orden de no reanimar recibieron con frecuencia tratamientos agresivos y costosos como intubación orotraqueal, 49 (43,4%), coronariografía, 27 (23,9%), inotrópicos, 55 (48,7%) y balón intraaórtico de contrapulsación, 15 (13,3%). Concluimos que casi tres quintos de los pacientes que mueren en un servicio de cardiología no se consideran subsidiarios de reanimación, tomándose con frecuencia esa decisión tras realizar procedimientos agresivos, con una posterior infrutilización de medidas paliativas.

Palabras clave: Resucitación. Edad. Muerte. Cuidados paliativos. Terminal.

Do-Not-Resuscitate Orders and Palliative Care in Patients Who Die in Cardiology Departments. What Can Be Improved?

The use of do-not-resuscitate orders and palliative care was studied in 198 consecutive deaths of patients with heart disease that occurred in our department. In 113 (57%), it was decided not to resuscitate. The decision took into account the patient's medical history in 102 patients (90.3%) and departmental medical charts in 74 (65.5%). In total, 5 patients (4.4%) and 95 patients' families (84.1%) were informed. Little palliative treatment was used in patients with do-not-resuscitate orders: 56 (49.6%) received morphine and 5 (4.4%), spiritual support. However, prior to issuing the do-not-resuscitate order, these patients frequently received aggressive and expensive treatment such as orotracheal intubation in 49 (43.4%), coronary angiography in 27 (23.9%), inotropic drugs in 55 (48.7%) and intra-aortic balloon counterpulsation in 15 (13.3%). In conclusion, almost three-fifths of patients who died in a cardiology department had a do-not-resuscitate order. The decision to issue the order was frequently taken after administering aggressive treatment and little palliative care was provided afterward.

Key words: Resuscitation. Age. Death. Palliative care. Terminal.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

Más de la mitad de las muertes que se producen en nuestro país ocurren en hospitales¹. Las órdenes de no reanimar se usan cada vez con más frecuencia y, de hecho, la mayoría de las muertes no súbitas que se producen en Europa vienen precedidas por

estas órdenes². Sin embargo, las órdenes de no reanimar y la discusión sobre la reanimación son menos frecuentes en pacientes con enfermedades cardiovasculares que en aquellos con otras enfermedades como el cáncer³⁻⁵. Nuestro objetivo es evaluar el uso de órdenes de no reanimar y de cuidados paliativos en cardiopatas. Nuestra hipótesis es que hay un amplio margen de mejora en la aplicación de estas medidas.

Este trabajo fue financiado en parte por la Red Temática de Enfermedades Cardiovasculares (RECAVA).

Correspondencia: Dr. M. Martínez-Sellés.
Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: mmselles@secardiologia.es

Recibido el 29 de abril de 2009.

Aceptado para su publicación el 3 de junio de 2009.

MÉTODOS

Registro retrospectivo de todos los fallecidos en el servicio de cardiología de un hospital terciario de enero de 2007 a febrero de 2009. La recogida de datos incluyó:

– Variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hiperlipemia, tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad con índice de masa corporal [IMC] > 30) y antecedentes reflejados en la historia clínica.

– Ubicación del paciente y resultado de pruebas.
 – Variables relacionadas con la orden de no reanimar: existencia o ausencia de la orden, detallada o no en historia clínica y en las hojas de enfermería, comentada o no con el paciente y su familia. Fecha de la orden. Medidas de limitación del esfuerzo terapéutico. Uso previo de terapias agresivas.

– Uso de medidas paliativas: cloruro mórfico, asistencia espiritual por el capellán del hospital u otros medios, desconexión de desfibrilador automático implantable.

– Autopsia: solicitud a la familia y realización.

En todos los casos, la decisión de no reanimar la tomó el médico responsable del paciente de forma individual. El estudio fue aprobado por el comité ético de nuestro centro.

Para la comparación de los grupos se utilizó el test de χ^2 o el test exacto de Fisher para las variables categóricas y el test de la t de Student. Se utilizó el programa SPSS, versión 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos).

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se realizaron en nuestro servicio 9.587 ingresos y fallecieron 198 (2%) pacientes. De estos pacientes, los 113 (57%) considerados no reanimables tenían mayor edad, más comorbilidad, más ingresos motivados por insuficiencia cardíaca, admisiones más prolongadas y con menos frecuencia en la unidad coronaria que los considerados reanimables (tabla 1).

Los datos que damos a continuación se refieren a estos 113 pacientes en los que se reflejó por escrito la decisión de no reanimar. En 3 pacientes esta orden se dio en las primeras 24 h del ingreso. La mediana de días desde el ingreso hasta la orden fue de 7 (percentil 25, 3 días; percentil 75, 21,3 días). En la mayoría hubo varios motivos que precipitaron la decisión de no reanimar, que incluían frecuentemente edad avanzada, comorbilidad y cardiopatía. El principal motivo para esta decisión se refleja en la figura 1.

Se escribió esta orden en la historia clínica en 102 (90,3%) casos y en las hojas de enfermería en 74 (65,5%). Se dejó constancia de informar de esta orden al paciente en 5 (4,4%) casos y a la familia en 95 (84,1%). Además de la orden de no reanimar, en las 24 h que precedieron a la muerte se realizaron en 39 (34,5%) pacientes las mediadas explícitas de limitación del esfuerzo terapéutico reflejadas en la

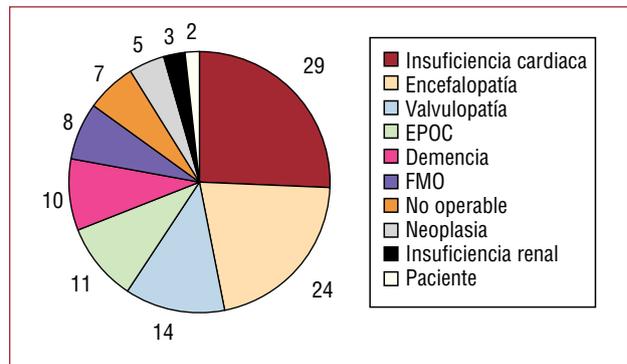


Fig. 1. Motivo principal por el que se consideró no reanimables a 113 pacientes consecutivos. Demencia: deterioro cognitivo; Encefalopatía: encefalopatía severa o electroencefalograma de mal pronóstico; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FMO: fallo multiorgánico; Insuficiencia cardíaca: insuficiencia cardíaca severa o shock cardiogénico; Neoplasia: enfermedad neoplásica avanzada; No operable: afecciones quirúrgicas no valvulares no operables por alto riesgo; Paciente: deseo del paciente; Valvulopatía: valvulopatía severa no operable.

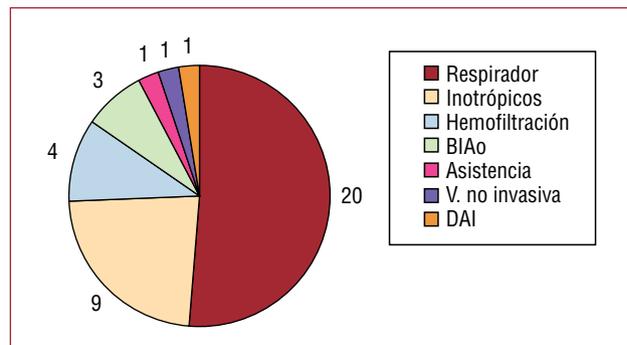


Fig. 2. Medidas retiradas por limitación del esfuerzo terapéutico en las 24 h previas al fallecimiento de 39 pacientes. Asistencia: parada de asistencia ventricular previamente implantada; BIAo: retirada de balón intraaórtico de contrapulsación; DAI: desconexión de desfibrilador automático implantable; Hemofiltración: retirada de hemofiltración venovenosa continua; Inotrópicos: retirada de perfusión de inotrópicos; Respirador: extubación y retirada de ventilación mecánica (2 de ellas con retirada de inotrópicos y 1 con retirada de balón intraaórtico de contrapulsación); V. no invasiva: retirada de ventilación no invasiva.

figura 2. El uso de medidas paliativas fue escaso en los pacientes no reanimables, y con anterioridad a dicha orden muchos de ellos recibieron tratamientos agresivos y costosos (tabla 2). Ningún paciente tenía «documento de voluntades anticipadas» reflejado en la historia clínica.

DISCUSIÓN

Casi 3/5 muertos en nuestro servicio tenían una orden de no reanimar, en muchos casos tras ingresos prolongados que incluyeron frecuentemente medidas agresivas previas a dicha decisión. Sólo la mitad de los pacientes considerados no reanimables recibieron cloruro mórfico como medida paliativa, la asistencia espiritual fue excepcional y no se

TABLA 1. Características clínicas de los 198 pacientes que murieron durante el ingreso en función de si se los consideró reanimables

	Total (n = 198)	Reanimables (n = 85)	No reanimables (n = 113)	p
Edad (años)	76,3 ± 10,5	73,9 ± 11,9	78 ± 8,7	0,008
Mujeres	93 (47)	41 (48,2)	52 (46)	0,89
Factores de riesgo cardiovascular	185 (93,4)	79 (92,9)	106 (93,8)	0,91
Hipertensión arterial	145 (73,2)	61 (71,8)	84 (74,3)	0,31
Diabetes mellitus	76 (38,4)	25 (29,4)	51 (45,1)	0,01
Tabaquismo	64 (32,3)	33 (38,8)	31 (27,4)	0,38
Dislipemia	74 (37,4)	35 (41,2)	39 (34,5)	0,58
Obesidad	21 (10,6)	11 (12,9)	10 (8,8)	0,48
Cardiopatía previa	165 (83,3)	69 (81,2)	96 (85)	0,42
Arritmias	73 (36,9)	26 (30,6)	47 (41,6)	0,06
Isquémica	130 (66,7)	55 (64,7)	75 (66,4)	0,18
Valvular	57 (28,8)	19 (22,4)	38 (33,6)	0,07
Portadores de DAI	9 (4,5)	5 (5,9)	4 (3,5)	0,68
Comorbilidad (índice de Charlson)	4,3 ± 4,2	3,2 ± 3,1	5 ± 4,4	0,04
EPOC	33 (16,7)	11 (12,9)	22 (19,5)	0,15
Insuficiencia renal	64 (32,3)	29 (34,1)	35 (31)	0,86
Enfermedad vascular periférica	30 (15,2)	13 (15,3)	17 (15)	0,97
Accidente cerebrovascular	28 (14,1)	11 (12,9)	17 (15)	0,53
Demencia	20 (10,1)	6 (7,1)	14 (12,4)	0,22
Neoplasia ^a	27 (13,6)	10 (11,8)	17 (15)	0,49
Motivo de ingreso				
Insuficiencia cardíaca	64 (32,3)	20 (23,5)	44 (38,9)	0,01
IAM	56 (28,3)	33 (38,8)	23 (20,4)	0,02
Parada cardiorrespiratoria	26 (13,1)	8 (9,4)	18 (15,9)	0,10
Shock cardiogénico	13 (6,6)	9 (10,6)	4 (3,5)	0,09
Ninguno de los anteriores	39 (19,7)	15 (17,6)	24 (21,2)	
Ingreso programado ^b	12 (6,1)	3 (3,5)	9 (7,9)	
Arritmia	11 (5,6)	5 (5,9)	6 (5,3)	
Angina inestable	9 (4,5)	7 (8,2)	2 (1,8)	
Insuficiencia cardíaca y neumonía	3 (1,5)	1 (1,2)	2 (1,8)	
Otros ^c	4 (2)	1 (1,2)	3 (2,7)	
Estancia, ubicación y autopsia				
Ingreso (días)	9,2 ± 9,1	4,6 ± 5,1	9,9 ± 10,6	< 0,001
Ubicación inicial en UC	120 (60,6)	64 (75,3)	56 (49,6)	< 0,001
Autopsia solicitada	13 (6,6)	11 (12,9)	2 (1,8)	0,12
Autopsia realizada	7 (3,5)	5 (5,9)	2 (1,8)	0,17

DAI: desfibrilador automático implantable; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; UC: unidad coronaria.

^a4 tumores de piel distintos de melanoma, 14 tumores activos, 9 en remisión completa.

^bPara realización de procedimiento invasivo.

^cHemorragia digestiva secundaria a tratamiento antiagregante de síndrome coronario agudo, disección aórtica, fractura de cadera complicada con insuficiencia cardíaca, ictus complicado con IAM.

Los datos expresan n (%) o media ± desviación estándar.

desconectó el desfibrilador automático implantable en 3 de los 4 portadores de este dispositivo, lo que indica que hay margen de mejora.

La mayoría de las muertes no súbitas de nuestro entorno vienen precedidas por órdenes de no reanimar². Hemos observado que los pacientes no reanimables tenían más comorbilidad y mayor edad. En estudios previos la edad era la variable más relacionada con estas órdenes⁶.

En nuestra serie fueron escasos los intentos de averiguar las preferencias de los pacientes y sólo se

informó al 4% de esta decisión. Se ha descrito que en más de dos tercios de los casos la decisión se toma sin tener en cuenta los deseos del paciente⁶, pese a que en muchas ocasiones no se debería privar a los pacientes de la posibilidad de reanimación sin discutirlo previamente⁶. Goodlin et al⁷, estudiando 2.505 paradas cardíacas en octogenarios, encontraron claras discrepancias entre los deseos de recibir reanimación y la actitud de reanimar. De hecho, en la cuarta parte de los pacientes con insuficiencia cardíaca los médicos tienen una visión

TABLA 2. Tratamientos agresivos y paliativos en los 113 pacientes que después se consideró no reanimables y murieron durante el ingreso

	n (%)
Terapias agresivas previas a la decisión de no reanimar	
Inotrópicos	55 (48,7)
Intubación orotraqueal	49 (43,4)
Balón de contrapulsación	15 (13,3)
Técnicas de reperfusión	28 (24,8)
ICP programado	16
Angioplastia primaria	7
Fibrinolisis	5
Medidas paliativas	
Cloruro mórfico con fines paliativos	56 (49,6)
Asistencia espiritual	5 (4,4)
Desconexión de DAI	1/4

DAI: desfibrilador automático implantable; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

equivocada sobre el deseo del paciente de recibir reanimación³. Por otro lado, la capacidad decisoria del paciente con cardiopatía terminal puede verse afectada por situaciones inherentes a lo avanzado de su enfermedad. Además, a veces los pacientes no quieren información, no desean tener que decidir o tienen opiniones ambivalentes y cambiantes³. La decisión de no reanimar no se consensuó con la familia en un 16% de los casos de nuestra serie. La mayoría de los pacientes y los familiares consideran esencial hablar con los médicos de la muerte y de estas órdenes³, pero para los médicos es difícil este diálogo⁶. Esta decisión debería figurar explícitamente en todos los documentos clínicos. En nuestra serie es llamativo que en el 34% de los casos esta orden no figurase en las hojas de enfermería. La decisión última de reanimar o no frecuentemente la puede adoptar un médico de guardia en cuestión de segundos, por lo que es imprescindible que esta orden esté reflejada en la documentación más al alcance, habitualmente las hojas de enfermería.

Respecto al déficit de cuidados paliativos encontrado, se ha descrito la falta de formación de los especialistas de cuidados paliativos en lo que respecta a las cardiopatías y viceversa⁸. Esta escasez contrasta con la amplia utilización de medidas agresivas durante el mismo ingreso en pacientes a los que después se consideró no reanimables. Mención aparte merece el hecho de que en 3 de los 4 portadores de desfibrilador automático implantable de nuestra serie no se lo desconectó. Goldstein et al⁹, tras entrevistar a 100 familiares de pacientes que murieron con un desfibrilador, mostraron que sólo se planteó la posibilidad de desconexión del aparato a 27, de los que 21 la aceptaron.

En nuestra estudio, se limitó el esfuerzo terapéutico en un 35% de los pacientes. Desde el punto de

vista ético, la limitación inicial de las medidas de soporte vital o la retirada de éstas no son en esencia diferentes, pero para el médico la decisión de retirar una medida ya instalada es más difícil¹⁰. El problema es relevante, ya que el porcentaje de muertes precedidas de limitación del esfuerzo terapéutico parece ir en aumento¹¹, lo que apunta a la necesidad de herramientas que permitan identificar precozmente a pacientes que no se beneficien de un manejo agresivo.

Por último, la bajísima tasa de solicitud y realización de autopsias que encontramos es un reflejo del descenso en el número de autopsias en los hospitales españoles, ya clasificado como alarmante¹².

Nuestro estudio tiene las limitaciones inherentes a la recogida de datos retrospectiva. Al usar diagnósticos previos, probablemente se infradiagnosticó la demencia. Por otro lado, el número de pacientes analizados impide sacar conclusiones definitivas. Por último, al ser un registro monocéntrico, refleja el manejo en nuestro hospital y las extrapolaciones deben ser cuidadosas.

En conclusión, no se considera subsidiarios de reanimación a casi 3 de cada 5 pacientes que mueren en un servicio de cardiología, y con frecuencia se toma esa decisión tras realizar procedimientos agresivos, con una posterior infrautilización de medidas paliativas.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez-Puente A, Perea-Milla E, Rivas-Ruiz F. Distribución y tendencia de los fallecimientos en el medio hospitalario en España durante el periodo 1997-2003. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;80:377-85.
- Van Delden JJ, Löfmark R, Deliens L, Bosshard G, Norup M, Cecioni R, et al; EURELD Consortium. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med*. 2006;34:1686-90.
- Krumholz HM, Phillips RS, Hamel MB, Teno JM, Bellamy P, Broste SK, et al. Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from the SUPPORT project. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Circulation*. 1998;98:648-55.
- Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:95-7.
- Martínez-Sellés M, Vidán MT, López-Palop R, Rexach L, Sánchez E, Datino T, et al. El anciano con cardiopatía terminal. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:409-21.
- Ebrahim S. Do not resuscitate decisions: flogging dead horses or a dignified death? Resuscitation should not be withheld from elderly people without discussion. *BMJ*. 2000;320:1155-6.
- Goodlin SJ, Zhong Z, Lynn J, Teno JM, Fago JP, Desbiens N, et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. *JAMA*. 1999;282:2333-9.
- Hauptman PJ. Palliation in heart failure: when less and more are more. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23:150-2.

9. Goldstein NE, Lampert R, Bradley E, Lynn J, Krumholz HM. Management of implantable cardioverter defibrillators in end-of-life care. *Ann Intern Med.* 2004;141:835-8.
10. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar. *Rev Med Chil.* 2007;135:669-79.
11. 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.
12. González González MM. La comisión de mortalidad: la gran aliada del patólogo. *Rev Esp Patol.* 2004;37:19-22.