

Orden de no reanimar en pacientes oncológicos en la UCI

Gustavo Batista Ferro¹, Carlos Arthur da Silva Morais¹, Erick Antonio Rodrigues Mendes¹, Francinei Gomes Pinto¹, Marcelo Gaia Epifane¹, Ana Cristina Vidjgal Soeiro¹

1. Universidade do Estado do Pará, Belém/PA, Brasil.

Resumen

La reanimación cardiopulmonar es un procedimiento estándar en situaciones de parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, en pacientes oncológicos con enfermedad en etapa terminal, el beneficio de la reanimación es cuestionable, y deben evitarse intervenciones que prolonguen el sufrimiento sin mejorar la calidad de vida. No obstante, la ausencia de consenso mundial y la falta de legislación específica en Brasil acerca de la orden de no reanimar generan inseguridad y temor entre los profesionales. Por lo tanto, problematizar el tema es crucial para asegurar decisiones médicas que respeten la dignidad y las directrices éticas de la profesión.

Palabras clave: Órdenes de resucitación. Oncología médica. Unidades de cuidados intensivos.

Resumo

Ordem de não reanimação em pacientes oncológicos na UTI

A reanimação cardiopulmonar é procedimento padrão em situações de parada cardiorrespiratória. No entanto, em pacientes oncológicos com doença em estágio terminal, o benefício da reanimação é questionável, e devem ser evitadas intervenções que prolonguem o sofrimento sem melhorar a qualidade de vida. Contudo, a ausência de consenso global e a falta de legislação específica no Brasil sobre ordens de não reanimação geram insegurança e receio entre os profissionais. Assim, problematizar o tema é crucial para garantir decisões médicas que respeitem a dignidade e as diretrizes éticas da profissão.

Palavras-chave: Ordens de não ressuscitar. Oncologia. Unidades de terapia intensiva.

Abstract

Do-not-resuscitate order in ICU cancer patients

Cardiopulmonary resuscitation is a standard procedure in situations of cardiorespiratory arrest. However, in terminally ill cancer patients, the benefit of resuscitation is questionable, and interventions that prolong suffering without improving quality of life should be avoided. However, the lack of global consensus and specific legislation in Brazil on do-not-resuscitate orders leads to insecurity and fear among professionals. Thus, problematizing the issue is crucial to ensure medical decision-making that respects the dignity and ethical guidelines of the profession.

Keywords: Resuscitation orders. Medical oncology. Intensive care units.

En el escenario médico actual, la reanimación cardiopulmonar (RCP) es el procedimiento estándar en casos de parada cardiorrespiratoria (PCR). Sin embargo, en el caso de pacientes gravemente enfermos, especialmente aquellos con cáncer en etapa terminal, existen controversias sobre los beneficios de esta intervención¹. Por lo tanto, se han implementado protocolos que incluyen la orden de no reanimar (ONR) en la planificación de la atención médica para evitar procedimientos invasivos que podrían prolongar la vida pero también aumentar el sufrimiento².

La ONR implica la no aplicación de protocolos de soporte vital avanzado en casos de parada cardíaca, especialmente en pacientes con pérdida irreversible de consciencia o con cáncer avanzado. Esta decisión, cuando se toma de forma ética, requiere diálogo entre el equipo de salud, el paciente y su representante, con el fin de asegurar que la información se comparta de manera apropiada³.

Los aspectos éticos y legales de la ONR no son uniformes en el ámbito mundial y varían según la legislación y las culturas locales. En países como el Reino Unido, Australia, Canadá y Francia, la ONR está legalmente reconocida, lo que permite a los pacientes o a sus representantes rechazar tratamientos, incluida la RCP, con el apoyo de un profesional de la salud⁴.

En Brasil, la mayoría de los profesionales de la salud apoyan el uso de la ONR en pacientes con cáncer terminal. Sin embargo, la falta de legislación específica crea barreras para su aplicación y genera inseguridad entre los profesionales, que temen complicaciones legales y acusaciones de omisión de socorro⁵.

En muchos países, la ONR es parte de las directivas anticipadas de voluntad (DAV) del paciente, mediante las cuales el paciente elige qué procedimientos desea recibir cuando no sea capaz de comunicarse. La ONR es esencial porque respeta la autonomía del paciente y es una directriz ética en situaciones de final de vida. Además, promover intervenciones invasivas y agresivas sin beneficios comprobados en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos (UCI) puede afectar negativamente la calidad de la muerte⁶.

La falta de respaldo legal a la ONR en Brasil también resulta en la ausencia de protocolos de conducta médica, lo que genera conflictos en los equipos de salud y dificulta la toma de decisiones

en situaciones de muerte inminente⁵. En ausencia de DAV o de manifestación previa de voluntad, la responsabilidad recae en el médico, quien puede insistir en la reanimación, por temor a ser acusado de negligencia y omisión⁷.

La inexistencia de legislación específica sobre ONR en Brasil hace urgente la necesidad de debate, especialmente debido a la complejidad de los cuidados al final de la vida⁸. Esta brecha puede generar dudas sobre cuándo iniciar o suspender los intentos de reanimación, lo que implica no solo aspectos técnicos, sino también éticos⁵. Además, el beneficio no debe ser solo clínico, sino también existencial, lo que hace la decisión aún más compleja.

Los debates sobre la ONR se intensificaron tras las Resoluciones 1.805/2006⁹ y 1.995/2012¹⁰ del Consejo Federal de Medicina (CFM). La primera aborda la ortotanasia y permite limitar o suspender los procedimientos de soporte vital en individuos con enfermedades terminales, siempre que se respete la voluntad del paciente y se aseguren los cuidados para aliviar el sufrimiento. La segunda aborda las DAV en la práctica médica. A su vez, la *Carta de Derechos de los Usuarios de la Salud* aseguró el derecho a elegir el lugar de la muerte y el nombramiento de representantes para la atención sanitaria¹¹.

Aunque la ortotanasia protege el derecho a morir con dignidad, la ONR aún enfrenta desafíos en Brasil, especialmente en el Sistema Único de Salud. Además, en el caso de pacientes oncológicos graves, el prejuicio contra la enfermedad, vista como sinónimo de muerte y sufrimiento, es un obstáculo adicional¹².

Considerando la relevancia y la complejidad del tema, el estudio tuvo como objetivo investigar la opinión de los médicos que trabajan en UCI acerca de la no reanimación cardiopulmonar en pacientes oncológicos. Esta discusión es relevante no solo para la formación de futuros profesionales, sino también para mejorar las prácticas médicas frente a los desafíos éticos y bioéticos existentes.

Método

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo, con la participación de médicos de un hospital oncológico estatal de referencia ubicado en Belém, Pará. La recopilación de datos se inició tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación.

Participaron médicos de ambos sexos y de diferentes edades, seleccionados por muestreo por conveniencia. La participación se llevó a cabo mediante la firma del consentimiento libre, previo e informado (CLPI), y se incluyeron médicos y residentes que trabajaban en la UCI, independientemente de la especialidad. Se excluyeron aquellos que no se encontraban en pleno ejercicio de sus funciones durante el período de recopilación de datos, así como los que se negaron o desistieron de participar.

Los datos se recopilaron de forma presencial, mediante el llenado de un cuestionario semiestructurado compuesto por preguntas abiertas y cerradas. El instrumento se dividió en tres secciones referentes a las categorías de interés de los investigadores: datos sociodemográficos, conocimientos sobre no reanimación cardiopulmonar en la práctica clínica en oncología.

Los datos obtenidos se sistematizaron y se analizaron mediante métodos estadísticos simples, con cálculo de porcentajes y valores absolutos. Se utilizó el análisis multivariado para evaluar los efectos de las variables e identificar posibles asociaciones, por medio de los *softwares* Excel 2016 y Word 2016, con el apoyo de la plataforma Bioestat 5.3.

Resultados

En el momento de la recopilación de datos, 37 médicos trabajaban en la UCI del hospital, y de este total, el 54% (n=20) participó en el estudio. Entre los participantes, el 55% (n=11) era hombre y el 45% (n=9) mujer, y la mayoría (50%, n=10) tenía entre 30 y 39 años, con religión predominantemente católica (65%, n=13). Además, el 60% (n=12) era médico de cuidados intensivos y el 90% (n=18) completó su carrera entre el 2016 y el 2020. El tiempo de servicio en la institución varió entre dos y tres años, equivalente al 80% (n=16).

La relevancia del tema de estudio fue destacada por el 100% (n=20) de la muestra, que lo clasificó como "muy importante". Respecto al conocimiento sobre la orden de no realizar reanimación cardiopulmonar, cuando se les preguntó sobre la existencia de algún protocolo, el 65% (n=13) no conocía ninguno; el 20% (n=4) respondió que sí a nivel nacional; el 10% (n=2) no supo responder; el 5% (n=1) respondió que sí a nivel nacional e

internacional. En las justificaciones, se mencionaron dos expresiones: "cuidados paliativos exclusivos" y "Protocolo SPIKES". Cabe mencionar que el Protocolo SPIKES es un protocolo para comunicar noticias difíciles y, por lo tanto, no está relacionado con el contenido de la pregunta formulada.

Cuando se les pidió que evaluaran su conocimiento sobre los criterios para no realizar reanimación cardiopulmonar en pacientes en la UCI, el 50% (n=10) lo calificó como "bueno"; el 40% (n=8) como "regular"; el 5% (n=1) como "malo", y el 5% (n=1) como "terrible". Respecto al contacto con el tema en la formación profesional, el 65% (n=13) respondió afirmativamente, y el 35% (n=7) negativamente. En las respuestas afirmativas, destacaron los estudios de grado y curso/evento específico, con un 35% (n=7) cada uno; la residencia médica, con un 30% (n=6); y el desempeño profesional, con un 5% (n=1). Se resalta que el participante podía seleccionar más de una opción en esta sección.

Respecto a la pregunta sobre la existencia de dilemas éticos en la ONR, el 75% (n=15) estuvo de acuerdo, y el 25% (n=5) estuvo en desacuerdo. Entre las justificaciones se mencionaron cuestiones religiosas (40%, n=6); valores personales y familiares (40%, n=6); falta de conocimiento sobre el tema por parte de los familiares (26,6%, n=4), del equipo de salud (20%, n=3) y de los pacientes (13,3%, n=2). Cabe señalar que uno de los participantes mencionó como justificación la prohibición de la eutanasia en el País, lo que denota que no se entienden algunos conceptos, especialmente cuando se aborda la no reanimación.

Cuando se les solicitó que informaran la frecuencia con la que experimentaron conflicto ético entre la indicación médica de no reanimación cardiopulmonar y sus concepciones/valores personales, el 35% (n=7) de los participantes respondió "nunca"; el 35% (n=7), "rara vez"; el 20% (n=4), "a veces"; el 5% (n=1), "frecuentemente"; y el 5% (n=1) no supo responder.

También se les preguntó a los participantes si consideraban necesaria la existencia de recomendaciones/protocolos médicos de no reanimación específicos para pacientes oncológicos. Todos los participantes respondieron "sí", de los cuales el 80% (n=16) justificó su respuesta. Entre las justificaciones, destacan: ayuda en la toma de decisiones (40%, n=8), evaluación del pronóstico terapéutico (40%, n=8), introducción de cuidados paliativos

(15%, n=3), apoyo médico y legal (10%, n=2). Cabe señalar que, al ser una respuesta abierta, era posible abarcar más de un tema.

Con relación a la experiencia profesional de los participantes con la no reanimación cardiopulmonar en oncología, se observó que el 75% (n=15) interviene frecuentemente durante una parada cardiorrespiratoria (PCR) de un paciente oncológico internado en la UCI, y solo el 25% (n=5) interviene a veces o rara vez.

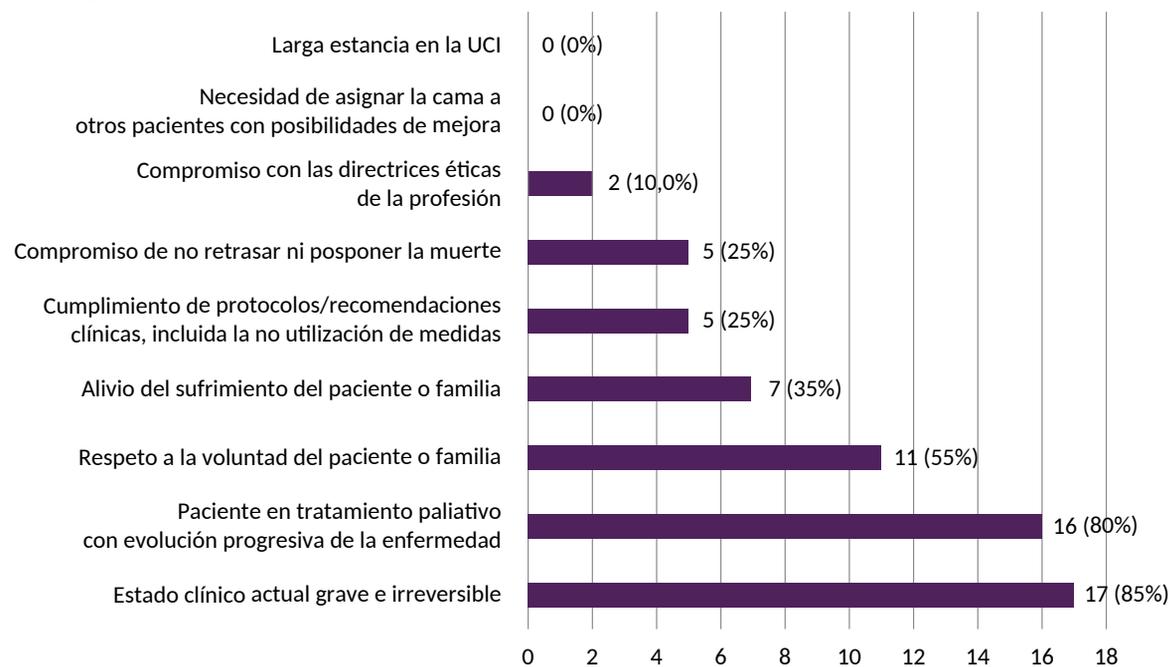
En cuanto al grado de importancia atribuido al tema en el ámbito hospitalario, todos estuvieron de acuerdo y evaluaron el tema como muy importante para la atención al paciente oncológico en la UCI.

También se les preguntó a los participantes si conocían alguna guía, protocolo o directriz médica de no reanimación dirigida a pacientes oncológicos en la UCI, y ningún participante respondió afirmativamente. La frecuencia de respuestas fue diferente

cuando se preguntó sobre los protocolos de ONR. El 35% (n=7) manifestó conocer algún protocolo nacional o internacional, lo que corrobora el desconocimiento de protocolos específicos de ONR para pacientes oncológicos.

Entre los argumentos para justificar el acto de no reanimar a un paciente oncológico en la UCI que se encuentra en PCR, destacaron tres (los participantes podían elegir más de una alternativa y añadir sus propias justificaciones): estado clínico actual grave e irreversible (85%, n=17), paciente en tratamiento paliativo con evolución progresiva de la enfermedad (80%, n=16) y respeto a la voluntad del paciente o familia (55%, n=11). Ningún participante estuvo de acuerdo en que el tiempo de estancia en la UCI o la necesidad de asignar la cama a otros pacientes con posibilidades de mejoría fueran justificaciones para no realizar la reanimación (Figura 1).

Figura 1. Principales justificaciones para considerar no realizar reanimación cardiopulmonar en pacientes oncológicos en la UCI



UCI: unidad de cuidados intensivos. Los porcentajes son relativos al número total de participantes (n=20).

Cuando se les preguntó a los participantes si, en un contexto de emergencia en la UCI, el médico debe valerse de todos los recursos disponibles para salvar la vida, incluso cuando se trata de un paciente oncológico, el 55% (n=11) estuvo totalmente de

acuerdo, el 40% (n=8) estuvo parcialmente de acuerdo, el 5% (n=1) estuvo parcialmente en desacuerdo y ninguno estuvo en completo desacuerdo. En complemento a esta pregunta, los participantes que estuvieron total o parcialmente de acuerdo

justificaron la elección de utilizar todos los recursos disponibles: cuando existe la posibilidad de reversibilidad de la situación actual con posterior calidad de vida (45%, n=9), por tratarse del derecho a la vida (15%, n=3), en caso de que el paciente no esté en cuidados paliativos (15%, n=3), por ser jurídicamente más seguro (5%, n=1), y el 15% (n=3) no justificó su respuesta. El único participante que estuvo parcialmente en desacuerdo lo justificó por la imposibilidad de revertir la causa de la PCR.

En el caso de pacientes en cuidados paliativos, el 55% (n=11) de los participantes afirmó que cambiaría su conducta en cuanto a utilizar todos los recursos disponibles para salvar la vida. Al justificar la respuestas, el 30% (n=6) destacó la importancia de la calidad de vida y la intención de no prolongar el sufrimiento. Aun el 15% (n=3) también mencionó la necesidad de un análisis individualizado del caso, con una evaluación de los beneficios de tal medida para el paciente.

Con relación a situaciones de urgencia y emergencia que caracterizan un peligro inminente de muerte, el 45% (n=9) de los participantes estuvo en total desacuerdo en cuanto a adoptar todas las medidas necesarias y reconocidas para preservar la vida del paciente, incluso en contra de la voluntad del paciente. De estos, el 55% (n=11) lo justificó por la importancia de respetar la decisión del paciente.

Aun sobre la pregunta anterior, si se tratara de un familiar cercano del médico, el 65% (n=13) de los profesionales manifestó que tendría en cuenta los deseos del paciente. Cuando se le preguntó si el paciente fuera el propio médico, el 60% (n=12) estuvo en total desacuerdo con la adopción de medidas, y el respeto a la decisión del paciente fue la justificación dada en un 30% (n=6) de las respuestas.

Cuando se les preguntó si estaban de acuerdo con la afirmación de que es deber del médico hablar con el paciente oncológico acerca de la no reanimación cardiopulmonar, el 75% (n=15) de los participantes estuvo totalmente de acuerdo. De este total, el 35% (n=7) señaló como justificación la importancia de informar al paciente sobre su estado clínico y los posibles pronósticos. Además, el 15% (n=3) destacó la importancia de evaluar el estado psicológico del paciente antes de hablar con él de este tema.

Cuando se les preguntó acerca del enfoque de la no reanimación cardiopulmonar con familiares/acompañantes de pacientes oncológicos, el 80% (n=16) de los participantes estuvo totalmente de

acuerdo en tomar dicha actitud. De estos, el 30% (n=6) lo justificó por la importancia de que los familiares conozcan el estado clínico del paciente, y el 20% (n=4) lo justificó mencionando la necesidad de explicar las limitaciones terapéuticas existentes.

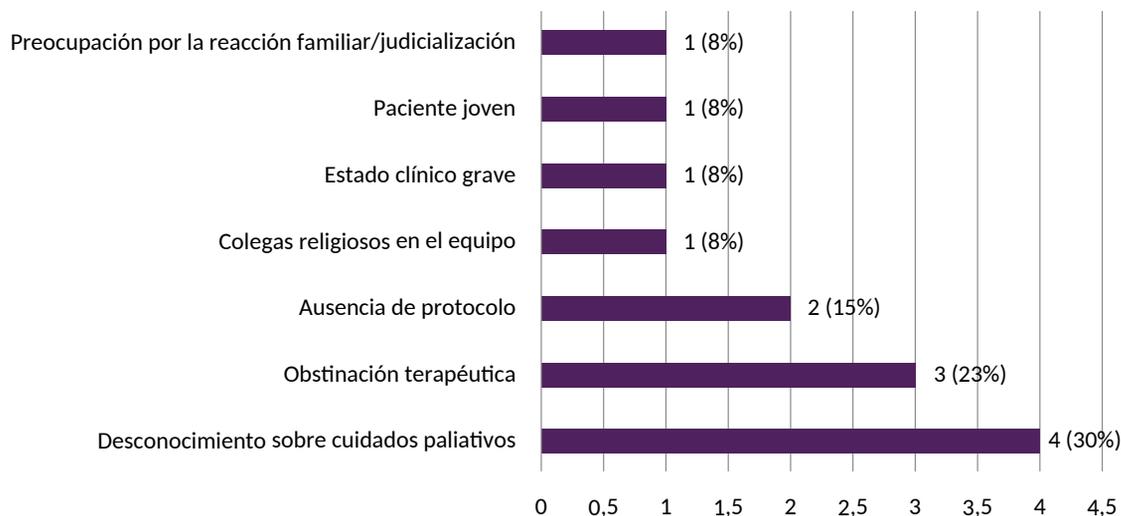
Cuando se les preguntó si estaban de acuerdo con que el médico debería hablar con los colegas del equipo sobre la no reanimación cardiopulmonar, para que esta decisión sea compartida, el 100% (n=20) estuvo totalmente de acuerdo, de los cuales el 70% (n=14) justificó su respuesta a esta pregunta. Las justificaciones se agruparon en categorías para facilitar la síntesis de las respuestas. El 45% (n=9) mencionó la naturaleza multidisciplinaria de las intervenciones; el 15% (n=3), la necesidad de compartir las decisiones entre el equipo para no generar posturas conflictivas en el abordaje familiar; el 5% (n=1) destacó el respaldo médico; y el 5% (n=1), la definición colectiva de metas y planes terapéuticos.

Con relación a la frecuencia con la que los profesionales hablan con los pacientes sobre la orden de no reanimar, el 40% (n=8) afirmó nunca tener este diálogo; el 25% (n=5), rara vez; el 25% (n=5), a veces; y el 10% (n=2), siempre. Respecto al acercamiento a los familiares, el 50% (n=10) respondió que siempre habla con la familia sobre el tema; el 40% (n=8), a veces; el 5% (n=1), raramente; y el 5% (n=1), nunca. Se observó que la comunicación es más común con el equipo, ya que el 85% (n=17) afirmó que siempre habla con otros miembros del equipo multidisciplinario sobre esta decisión, y el 15% (n=3), a veces.

Cuando se les preguntó si estaban de acuerdo en que la decisión médica de no realizar reanimación cardiopulmonar se registrara en la historia clínica, el 90% (n=18) respondió afirmativamente. De ese total, el 80% (n=16) justificó las respuestas: el 30% (n=6) mencionó la necesidad de seguir un plan terapéutico acorde a la condición clínica del paciente; el 25% (n=5), el respaldo legal y ético de la conducta; y el 25% (n=5), la necesidad de que los familiares/equipo estén informados.

La última pregunta del instrumento fue si la no reanimación cardiopulmonar para pacientes oncológicos en la UCI representaba un dilema ético en la práctica médica diaria. Del total de participantes, el 30% (n=6) afirmó que la orden de no reanimar siempre representó un dilema ético en la práctica médica diaria; el 45% (n=9) afirmó que a veces; y el 25% (n=5), rara vez. El 65% (n=13) de los participantes lo justificó, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Justificaciones para considerar el orden de no realizar la reanimación cardiopulmonar un dilema ético en la práctica médica diaria



Los porcentajes son relativos al número total de participantes que justificaron la pregunta (n=13).

Discusión

La distribución de participantes fue relativamente equilibrada entre hombres (55%) y mujeres (45%). Aunque esta diferencia no es grande, es importante considerar las posibles implicaciones de género en la percepción y manejo de las decisiones médicas, ya que algunos estudios muestran diferentes actitudes y prácticas clínicas entre hombres y mujeres¹³.

La mayoría tenía entre 30 y 39 años (50%), franja etaria en la que los profesionales aún están consolidando sus prácticas clínicas y postura ética, dada la reciente capacitación. Además, más de la mitad era médico intensivista (60%), grupo que frecuentemente se enfrenta a decisiones sobre no reanimar y tiene más experiencia con situaciones críticas y de final de vida¹⁴.

Todos los participantes consideraron el tema ONR "muy importante", especialmente por su impacto en las decisiones médicas al final de la vida. Además, con la progresiva consolidación de los cuidados paliativos, algunos temas han cobrado mayor visibilidad y, de este modo, han llamado la atención sobre la necesidad de compartir las decisiones y de contar con base legal para respaldar las intervenciones médicas¹⁵.

Hoy en día, se espera del médico un mayor cumplimiento de las directrices éticas y legales de la profesión y respeto a la autonomía y voluntad

del paciente. Aunque los participantes reconocen la importancia de compartir información con el paciente, la mayoría no adopta dicha práctica en el día a día, y suele transmitir la información a la familia, lo que corrobora los hallazgos de otros estudios¹⁶.

La constatación de que el 65% de los participantes no conocía los protocolos de ONR revela una brecha importante, ya que la falta de conocimiento de las directrices puede aumentar la inseguridad de los profesionales al gestionar algunas situaciones clínicas. Solo el 20% conocía los protocolos nacionales, y el 5% conocía tanto los protocolos nacionales como los internacionales, lo que sugiere una difusión limitada de lo que son las ONR. En Brasil, no hay una directriz específica para no reanimación en pacientes oncológicos en cuidados paliativos, mientras que, en el ámbito internacional, el tema se aborda en *guidelines* de instituciones como National Comprehensive Cancer Network (NCCN), European Society for Medical Oncology (ESMO), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y American Society of Clinical Oncology (ASCO)^{17,18}.

Los protocolos nacionales son esenciales para orientar y asegurar la calidad de la atención médica. Sin embargo, su eficacia depende del acceso a la información y a capacitación continua, lo que sin duda resulta en una atención más segura e individualizada. La combinación de protocolos bien definidos y educación continua es esencial

para lograr mejores resultados clínicos y una mayor seguridad en las decisiones.

La referencia al Protocolo SPIKES, utilizado para comunicar malas noticias, sugiere confusión sobre lo que constituye un protocolo ONR. Por otra parte, el 65% de los médicos tuvo contacto con el tema durante sus estudios de grado o por medio de cursos. Además, la residencia fue mencionada por el 30%, lo que destaca su relevancia en la adquisición de este conocimiento. Sin embargo, solo el 5% mencionó la práctica clínica, lo que sugiere que la experiencia cotidiana, por sí sola, no es suficiente para asegurar una comprensión sólida del tema.

Los datos indican la necesidad de abordar los criterios de no reanimación en la educación médica, especialmente en los programas de residencia, en los que los profesionales tendrán más contacto con la práctica. En la enseñanza de tales contenidos, el uso de metodologías activas puede ayudar a problematizar situaciones clínicas y aumentar la confianza de los médicos y, así, resultar en decisiones más prudentes y fundamentadas, especialmente en la UCI¹⁹.

Entre los participantes, el 75% reconoció dilemas éticos relacionados con la no reanimación, lo que refleja la complejidad de tal decisión. Las justificaciones de los dilemas éticos incluyeron cuestiones religiosas, así como valores personales y familiares, por su impacto en la decisión de no reanimar. Se observó aun preocupación por la violación de las normas legales y éticas y por el incumplimiento de las directrices institucionales.

La falta de conocimiento sobre la ONR, reportada por el 30% de los profesionales, puede llevar a decisiones éticamente inapropiadas, y este resultado debe resaltarse. Además, la ONR no debe confundirse con la eutanasia, ya que implica conceptos e interpretaciones distintos. La dificultad de establecer esta diferencia entre ambas acciones, mencionada por un médico, revela la importancia de fomentar la discusión de estos temas entre los intensivistas, con el fin de que sus decisiones se apoyen en aportes técnicos y científicos, y no solo en concepciones personales.

La formación profesional continua es crucial para mejorar la comprensión de los dilemas éticos y legales relacionados con la ONR. Aunque el 35% de los médicos no reportó conflictos entre la ONR y sus valores personales, el 20% afirmó que

enfrenta dilemas ocasionalmente, lo que resalta la necesidad de apoyo para enfrentar el impacto emocional de estas decisiones²⁰⁻²². La creación de espacios para discutir cuestiones éticas y programas de apoyo psicológico puede ayudar a mitigar el impacto de los dilemas y promover un entorno laboral más saludable y decisiones más equilibradas²⁰. Además, integrar la educación ética en la formación médica y fomentar discusiones regulares puede fortalecer la capacidad del médico para enfrentar estos desafíos de manera eficaz y alineada con el interés superior del paciente²¹.

Hubo consenso entre los médicos sobre la necesidad de protocolos específicos de no reanimación para pacientes oncológicos. Esto demuestra la importancia de contar con directrices claras en el contexto de la UCI, ya que la decisión de no reanimar puede ser compleja. Aun, el 40% de los médicos resaltó que tales protocolos proporcionarían una base sólida para decisiones éticas y clínicas, lo que reduciría la subjetividad y minimizaría los conflictos entre profesionales, pacientes y familiares¹⁹.

Cerca del 40% de los participantes mencionó que los protocolos ayudan en la evaluación y en las conductas frente a un pronóstico reservado, especialmente en casos oncológicos. Además, directrices bien definidas contribuyen a evitar intervenciones fútiles y obstinadas, así como a mejorar la comunicación con el paciente y sus familiares, especialmente en lo que respecta a la indicación de cuidados paliativos exclusivos.

Del total de participantes, el 15% resaltó que la introducción temprana de cuidados paliativos mejora la calidad de vida y ajusta las intervenciones a los deseos de los pacientes. El 10% resaltó el respaldo médico y jurídico que ofrecen los protocolos, en la medida en que aseguran que las decisiones de ONR sigan las mejores prácticas y normas legales y reduzcan riesgos de litigios.

Dada la frecuencia de PCR en pacientes oncológicos en la UCI, es esencial que los médicos estén preparados para abordar la dimensión ética y legal de sus decisiones, dado que muchas familias pueden no comprender las razones para la no reanimación. Por lo tanto, es necesario discutir y compartir las decisiones para privilegiar el acceso a la información, especialmente en situaciones críticas en las que haya divergencias de opinión.

A pesar de la escasez de regulación ético-profesional sobre la ONR en Brasil, la práctica común es implementarlas cuando la muerte es inminente y el estado del paciente es irreversible^{23,24}. Sin embargo, la falta de claridad entre los profesionales sanitarios acerca de la ONR a menudo retrasa la decisión y prolonga el sufrimiento del paciente. Esto podría evitarse con directrices más claras y un diálogo previo sobre las preferencias e indicaciones del tratamiento.

Cabe mencionar que el 85% de los profesionales coincidió en que la gravedad y la irreversibilidad del cuadro clínico son las principales justificaciones para no reanimar, y el 45% estuvo totalmente en desacuerdo con el uso de todos los recursos médicos en casos de compromiso grave, justificándolo por la necesidad de evaluar el pronóstico del paciente. Esta posición refleja la preocupación de favorecer la ortotanasia y evitar la prolongación innecesaria del sufrimiento. La calidad de vida tras la RCP se convierte, por lo tanto, en un punto clave²⁵. Sin embargo, solo el 55% de los participantes señaló como justificación el respeto al deseo del paciente o de la familia.

Se resalta que el 45% de los médicos estuvo en desacuerdo con el uso de todos los recursos en casos de rechazo terapéutico por parte del paciente, lo que demuestra una valoración progresiva de la autonomía en la práctica médica, en contraste con el paternalismo médico²³. Esta justificación se mantuvo incluso en la hipótesis de que el paciente fuera familiar del participante.

La mayoría (75%) coincidió en que es deber del médico abordar el tema con el paciente, a pesar de los posibles desafíos emocionales. Asimismo, se consideró importante evaluar el estado psicológico del paciente antes de compartir información, ya que aquellos con capacidad cognitiva comprometida pueden tener dificultades para tomar decisiones relacionadas con el fin de la vida²⁰.

Cuando se les preguntó sobre el diálogo con familiares o acompañantes de los pacientes, el 80% de los médicos dijo estar de acuerdo con esta práctica. Esta conducta está en consonancia con las recomendaciones de la literatura, pues hay situaciones en las que los familiares son responsables de tomar decisiones en nombre del paciente¹⁸. Además, la actitud de los médicos de incluir a los familiares en el proceso de toma de decisiones es positiva, considerando que muchos cuidadores son

invisibles para el sistema de salud, que los ve solo como ejecutores de tareas, sin reconocer su involucramiento emocional¹⁶.

El trabajo en equipo fue muy valorado por los profesionales en el contexto de los cuidados al final de la vida. En la UCI, las decisiones terapéuticas generalmente se toman por consenso entre los miembros del equipo, quienes deben evitar intervenciones que no aportarán beneficio al paciente¹⁵. Esta integración plantea preguntas esenciales sobre la condición clínica del paciente, los objetivos del tratamiento, la probabilidad de supervivencia, la calidad de vida y la necesidad de cuidados paliativos para evitar la distanasia. Un estudio japonés demostró que la edad, la presencia de malignidad y el estado posoperatorio son los principales factores que influyen en la decisión de no reanimar²⁶.

El respeto a la autonomía exige que el médico investigue las preferencias del paciente respecto al tratamiento. Sin embargo, los hallazgos revelaron una brecha: aunque los profesionales reconocen la importancia de esta comunicación, aún es poco común. Tal fragilidad puede indicar que la formación médica aún es limitada en lo que respecta a la problematización de los dilemas éticos de la ONR, lo que dificulta no solo la comunicación médica, sino también la participación del paciente y de los familiares en este tipo de discusión.

En el tratamiento oncológico, es fundamental que todos los profesionales tengan formación en cuidados paliativos, lo que facilitará la toma de decisiones respecto a la indicación de no reanimación. En el caso de los profesionales que trabajan en la UCI, dicho abordaje es especialmente necesario e importante, por la delicadeza del tema. No se trata de evitar conflictos éticos, sino de potenciar soluciones para que las intervenciones médicas en pacientes oncológicos en la UCI sean técnica y éticamente orientadas.

Consideraciones finales

Sí, por una parte, la mayoría de los participantes reconoce la importancia de las directrices de no reanimación, por otra, la falta de directrices o protocolos dirigidos al contexto oncológico señala la necesidad de intensificar la discusión del tema en el ámbito de la medicina. Además, las cuestiones éticas y legales relacionadas con la temática

deben problematizarse en profundidad, para cubrir los desafíos personales y comunicacionales que enfrentan los médicos intensivistas.

Por último, incluso teniendo en cuenta las limitaciones para generalizar los hallazgos, dado que la

investigación se realizó en un hospital oncológico del Norte de Brasil, se considera que los resultados pueden respaldar investigaciones futuras y enriquecer el debate acerca de la complejidad de las situaciones clínicas aquí abordadas.

Referencias

1. Wen FH, Chen CH, Chou WC, Chen JS, Chang WC, Hsieh CH, Tang ST. Evaluating if an advance care planning intervention promotes do-not-resuscitate orders by facilitating accurate prognostic awareness. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2020 [acceso 1 out 2024];18(12):1658-66. DOI: 10.6004/jncn.2020.7601
2. Martina D, Kustanti CY, Dewantari R, Sutandyo N, Putranto R, Shatri H *et al.* Advance care planning for patients with cancer and family caregivers in Indonesia: a qualitative study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2022 [acceso 1 out 2024];21(1):204. DOI: 10.1186/s12904-022-01086-0
3. St Ledger U, Reid J, Begley A, Dodek P, McAuley DF, Prior L, Blackwood B. Moral distress in end-of-life decisions: a qualitative study of intensive care physicians. *J Crit Care* [Internet]. 2021 [acceso 1 out 2024];62:185-9. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.12.019
4. Benbenishty J, Ganz FD, Lautrette A, Jaschinski U, Aggarwal A, Soreide E *et al.* Variations in reporting of nurse involvement in end-of-life practices in intensive care units worldwide (ETHICUS-2): a prospective observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2024 [acceso 1 out 2024];155:104764. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104764
5. Santos FL. Aspectos bioéticos na ordem de não reanimação: uma análise da percepção e conhecimentos dos médicos [dissertação] [Internet]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2019. Disponível: <https://bit.ly/44YgnUt>
6. Hou X, Lu Y, Yang H, Guo R, Wang Y, Wen L *et al.* Preferences for a good death: a cross-sectional survey in advanced cancer patients. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2022 [acceso 1 out 2024];12(4):570-7. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001750
7. Sultan H, Mansour R, Shamieh O, Al-Tabba' A, Al-Hussaini M. DNR and covid-19: the ethical dilemma and suggested solutions. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [acceso 1 out 2024];12(9):560405. DOI: 10.3389/fpubh.2021.560405
8. Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AW, Piscopo A *et al.* Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [acceso 1 out 2024];113(3):449-663. DOI: 10.5935/abc.20190203
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1.805, de 28 de novembro de 2006. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acceso 1 out 2024]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4kL23V4>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acceso 1 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3TNksWf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acceso 1 out 2024]. p. 1-30. Disponível: <https://bit.ly/3IATYow>
12. Dib RV, Gomes AMT, Ramos RS, França LCM, Paes LS, Fleury MLO. Pacientes com câncer e suas representações sociais sobre a doença: impactos e enfrentamentos do diagnóstico. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2022 [acceso 14 out 2024];68(3):e-061935. Disponível: <https://bit.ly/44R13Zx>
13. Carmichael J, Abdi S, Balaskas K, Costanza E, Blandford A. Assessment of optometrists' referral accuracy and contributing factors: a review. *Ophthalmic Physiol Opt* [Internet]. 2023 [acceso 1 out 2024];43(5):1255-77. DOI: 10.1111/opo.13183

14. Sui W, Gong X, Qiao X, Zhang L, Cheng J, Dong J, Zhuang Y. Family members' perceptions of surrogate decision-making in the intensive care unit: a systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2023 [acceso 1 out 2024];137:104391. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104391
15. Ajzenberg H, Connolly E, Morrison K, Oczkowski S. Exercising medical judgement: resuscitation and "Decision-making for end-of-life care," a new policy from the college of physician and surgeons of Ontario. *Can J Anaesth* [Internet]. 2024 [acceso 1 out 2024];71(4):447-52. DOI: 10.1007/s12630-024-02724-2
16. Nitkunan A. End-of-life care. *Pract Neurol* [Internet]. 2024 [acceso 1 out 2024];24(4):345-6. DOI: 10.1136/pn-2023-004075
17. Dans M, Kutner JS, Agarwal R, Baker JN, Bauman JR, Beck AC *et al*. NCCN Guidelines® Insights: palliative care, version 2.2021. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2021 [acceso 1 out 2024];19(7):780-8. DOI: 10.6004/jnccn.2021.0033
18. Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I *et al*. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open* [Internet]. 2021 [acceso 1 out 2024];6(4):100225. DOI: 10.1016/j.esmoop.2021.100225
19. Suija K, Mason SR, Elsner F, Paal P. Palliative care training in medical undergraduate education: a survey among the faculty. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2024 [acceso 1 out 2024];23(1):19. DOI: 10.1186/s12904-024-01351-4
20. Diviani N, Bennardi M, Gamondi C, Saletti P, Stüssi G, Delbue-Luisoni M, Rubinelli S. Awareness, attitudes, and beliefs about palliative care: results from a representative survey of the Italian-speaking swiss population. *PLoS One* [Internet]. 2023 [acceso 1 out 2024];18(11):0294807. DOI: 10.1371/journal.pone.0294807
21. Brasil. Ministério da Saúde. A avaliação do paciente em cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022 [acceso 1 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46h71oX>
22. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acceso 1 out 2024];27(4):743-53. DOI: 10.1590/1983-80422019274353
23. Baek SK, Kim HJ, Kwon JH, Lee HY, Won YW, Kim YJ *et al*. Preparation and practice of the necessary documents in hospital for the "Act on decision of life-sustaining treatment for patients at the end-of-life". *Cancer Res Treat* [Internet]. 2021 [acceso 1 out 2024];53(4):926-34. DOI: 10.4143/crt.2021.326
24. Tunesen LD, Bülow HH, Ågård AS, Strøm SM, Fromme E, Jensen HI. Patient-physician conversations about life-sustaining treatment: treatment preferences and participant assessments. *Palliat Support Care* [Internet]. 2023 [acceso 1 out 2024];21(1):20-6. DOI: 10.1017/S1478951521001875
25. Oliveira HC, Sauthier M, Silva MMD, Crespo MDCA, Seixas APR, Campos JF. Do-not-resuscitate order in covid-19 times: bioethics and professional ethics. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2021 [acceso 1 out 2024];42:20200172. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200172
26. Tsuji T, Sento Y, Nakanishi T, Tamura T, Kako E, Sato I *et al*. Incidence and factors associated with newly implemented do-not-attempt-resuscitation orders among deteriorating patients after rapid response system activation: a retrospective observational study using a Japanese multicenter database. *Acute Med Surg* [Internet]. 2023 [acceso 1 out 2024];10(1):870. DOI: 10.1002/ams2.870

Gustavo Batista Ferro – Estudiante de grado – gustavo.b.ferro@gmail.com

 0000-0002-2346-4065

Carlos Arthur da Silva Morais – Estudiante de grado – carlosarthur1234@gmail.com

 0000-0003-2846-1733

Erick Antonio Rodrigues Mendes – Estudiante de grado – erickrmendes2@gmail.com

 0000-0002-3423-9904

Francinei Gomes Pinto – Estudiante de grado – fr4ncinei.gpinto@gmail.com

 0000-0003-2963-8473

Marcelo Gaia Epifane – Estudiante de grado – marceloepifane@gmail.com

 0000-0003-3520-9560

Ana Cristina Vidigal Soeiro – Doctora – acsoeiro1@gmail.com

 0000-0002-1669-3839

Correspondencia

Gustavo Batista Ferro – Universidade do Estado do Pará. Travessa Perebebuí, 2623, Marco, CEP 66087-662. Belém/PA, Brasil.

Participación de los autores

Gustavo Batista Ferro participó en la concepción del tema, recopilación de datos, redacción y revisión final del artículo. Carlos Arthur da Silva Morais, Erick Antonio Rodrigues Mendes, Marcelo Gaia Epifane y Francinei Gomes Pinto participaron en la recopilación de datos, redacción y revisión final del artículo. Ana Cristina Vidigal Soeiro orientó y participó en todas las etapas del estudio, desde la concepción del tema hasta la aprobación de la versión final del manuscrito.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 15.9.2024

Revisado: 10.10.2024

Aprobado: 29.5.2025