

Más allá de la orden de no resucitar

Beyond the do-not-resuscitate (DNR) order

doi.org/10.23938/ASSN.0024

D. Salas¹, R. Rojí^{2,3}, A. Noguera^{2,3}, C. Centeno^{2,3}

Sr. Director:

En la práctica clínica en un hospital sigue costando interpretar qué significa la orden de no resucitar (ONR). A veces es solo eso, no intentar maniobras de resucitación en caso de una parada cardiorrespiratoria. Otras parece que es la expresión de no tomar más medidas que las paliativas. Y a veces, que se deberían hacer todos los procedimientos y maniobras terapéuticas, salvo intubar al paciente.

En 2016, *New England Journal of Medicine (NEJM)*¹ y *Annals of Palliative Medicine*^{2,3}, cuestionaban el uso actual de la ONR en Canadá y en Estados Unidos. En el primero de los trabajos, Burns y Troung¹ reflexionan sobre los últimos cuarenta años de la ONR en los Estados Unidos. En 1976 en NEJM se publicó por primera vez la experiencia de dos hospitales sobre la práctica de la ONR, momento a partir del cual se generalizó este procedimiento. Se había comprobado en la década de los 60 que la aplicación indiscriminada de la maniobras de reanimación suponían sufrimiento al paciente y a la familia y frustración en el equipo médico.

En el segundo artículo, Henry² afirma que la ONR no expresa con exactitud lo que se debe hacer en estas situaciones. De hecho en diferentes hospitales recibe nombres muy diversos, como, por ejemplo, “no resucitar”, “no intubar”, etc. Otros entienden que indicar la ONR supone no hacer nada, ni siquiera tratar un proceso agudo reversible como una neumonía, lo que provoca un rechazo de la ONR por parte del paciente y sus familiares. Por último, también hay quien piensa equivocadamente que cuando no está indicada la reanimación cardiopulmonar (RCP) tampoco están indicadas el uso de medidas que suelen acompañarla por ejemplo, el uso de drogas vasoactivas en un paciente con sepsis. El mismo autor reflexiona también sobre la necesidad de elaborar un consentimiento informado en el que quede reflejado con exactitud qué significa la no reanimación cardiopulmonar, debido a los conflictos que surgen sobre las medidas terapéuticas en los pacientes al final de la vida.

El término de la ONR podría sustituirse por otro que hiciera referencia exclusivamente a no iniciar las maniobras de reani-

An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (2): 315-317

1. Departamento de Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
2. Unidad de Cuidados Paliativos. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
3. Programa de Investigación ATLANTES. Instituto de Cultura y Sociedad (ICS). Universidad de Navarra. Pamplona.

Correspondencia:

D. Salas Benito
Clínica Universidad de Navarra
Departamento de Oncología Médica
Avd. Pío XII, 36
31008 Pamplona (Navarra)
E-mail: dsalas@unav.es

mación cardiopulmonar, como por ejemplo “no intentar maniobras de reanimación” o simplemente “no reanimación cardiopulmonar”². Todas las demás intervenciones que quedan fuera del proceso de la reanimación cardiopulmonar no son objeto de esta orden y por lo tanto no se puede justificar mediante la misma su no realización.

Actualmente, esta ONR supone el último paso, o un paso más, en la toma de decisiones sobre la atención al final de la vida, un proceso en el que el paciente, el médico y la familia elaboran conjuntamente el plan de cuidados y que se debe en parte a la integración de los cuidados paliativos en la práctica clínica.

En un estudio realizado en un hospital de nuestro medio en pacientes cardiopatas, Martínez-Sellés y col muestran que la orden de no reanimación cardiopulmonar suele ir precedida de maniobras terapéuticas agresivas (65,5% de los pacientes en las últimas 24 horas), siendo no consensuada con el paciente y la familia en muchos casos, de hecho solo un 4% de los 113 pacientes en los que se reflejó por escrito la ONR habían recibido información sobre la misma. Otro aspecto llamativo que refieren los autores es el poco uso de cuidados paliativos en estos pacientes⁴.

No cabe duda de que, al margen de redefinir la ONR, quedan otras muchas cosas de las que hay que hablar con los pacientes acerca de los cuidados al final de su vida, evitando medidas terapéuticas agresivas. Recientemente Rodenbach y col han publicado un estudio en *Journal of Clinical Oncology* en el que se observa cómo es necesaria una mejora en la comunicación con nuestros pacientes, que les permita expresar de forma más precisa sus inquietudes⁵. La planificación anticipada de la asistencia médica (ACP, *Advance Care Planning*), es el proceso de diseñar con el paciente su atención sanitaria, previendo situaciones futuras y elaborando decisiones, basadas en sus deseos y preferencias, sobre cómo proceder en los sucesos que puedan sobrevenir⁶.

Me parece que la palabra clave para entender bien qué es la ACP es *proceso*.

Como en todo proceso hay unos tiempos de inicio y de desarrollo, ha de saber ser llevado y orientado y, en muchos casos, más que un cambio de posiciones estancas es un desarrollo progresivo. En definitiva, la ACP pone de manifiesto la confianza de la relación médico-paciente, en la cual el médico adquiere una actitud más orientada al cuidado que a la curación, y atiende otras cuestiones tales como la ayuda espiritual, el soporte social y emocional, y la elaboración con el paciente de un plan de cuidados para el final de la vida acorde con todos estos aspectos mediante los que ha expresado sus preferencias. La ONR, o su sustitutivo, queda entonces como una directriz que “debería surgir en el curso de la asistencia y ser fruto del diálogo médico-paciente, como una decisión conjuntamente tomada”⁷. El médico responsable debe traducir “la directriz del paciente en orden médica, documentándola de modo inmediato y visible en la historia clínica, de modo que la orden esté accesible a todos los que intervienen”⁷. El consentimiento informado de la ONR puede encubrir un legalismo del acto médico, un acto de defensa del médico, si no se fundamenta en un adecuado proceso de toma de decisiones conjunta.

La ACP implica un mejor cumplimiento de los deseos del paciente en cuanto a su cuidado, una mayor satisfacción con la asistencia, y se consigue una reducción de la depresión y de la ansiedad en el paciente y en la familia. El paciente puede afrontar, mediante este proceso de toma de decisiones conjunta, de una manera más reflexiva el final de su vida, llegando a las cuestiones fundamentales, siendo capaz de organizar asuntos pendientes con lucidez, así como disfrutar esos últimos momentos con sus seres queridos⁷.

La ACP no está circunscrita únicamente al ámbito de los cuidados paliativos, sino que cualquier médico debería ser capaz de iniciar dicho proceso, pues este se inserta en lo más esencial de la relación entre un médico y su paciente: su cuidado y todo lo que ocurre más allá de que exista o no una orden de no resucitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. BURNS JP, TRUOG RD. The DNR order after 40 years. *N Engl J Med* 2016; 375: 504-506.
2. HENRY B. A reasoned argument for the demise of the “do not resuscitate” order. *Ann Palliat Med* 2016; 5: 303-307.
3. BRADFORD MA. The meaning of do-not-resuscitate and its relationship to morality and outcomes research. *Ann Palliat Med* 2016; 5: 308-310.
4. MARTÍNEZ-SELLÉS M, GALLEGO L, RUIZ J, FERNÁNDEZ AVILÉS F. Órdenes de no reanimar y cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de cardiología. ¿Qué podemos mejorar? *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2010; 63: 233-237.
5. RODENBACH RA, BRANDES K, FISCELLA K, KRAVITZ RL, BUTOW PN, WALCZAK A et al. Promoting end-of-life discussions in advanced cancer: effects of patient coaching and question prompt lists. *J Clin Oncol* 2010; 35: 842-851.
6. RUSSELL S. Advance care planning: whose agenda is it anyway? *Palliat Med* 2014; 28: 997-999.
7. CENTENO C. Advance care planning. Talks with patients with progressive disease near the end of life. En: Carrasco de Paula I, Pagararo R, editores. *Assisting the elderly and palliative care*. Roma: Pontifical Academy of Life, 2015: 139-161.

