

# CARTA AL EDITOR

## LA ORDEN DE NO REANIMAR 40 AÑOS DESPUÉS<sup>1</sup>

Dr. José Luis Jiménez.

Especialista en Medicina Interna y Cuidados Intensivos.

Instructor de Soporte Básico de Vida por la Asociación Americana de Cardiología.

Diplomado en Bioética. Diplomado en Antropología.

Hace cuarenta años, el 12 de agosto de 1976, *The New England Journal of Medicine* fue el primero en informar de las políticas del hospital sobre el proceso para comunicar las decisiones sobre la reanimación de un paciente<sup>2</sup>. Hoy la orden de no reanimar (ONR), se ha convertido en una parte del ritual acerca de la muerte de nuestra sociedad, y es una de las abreviaturas médicas más reconocidas.

La ONR marcó una transformación en el ámbito tradicional del consentimiento informado. La ONR se convirtió en la primera directiva para “negar” el tratamiento. Sin embargo, como lo hizo en 1976 el pedido de la ONR, hoy sigue evocando controversia con respecto a la cuestión más amplia de la atención adecuada a los pacientes moribundos.

Descrita por primera vez en la literatura médica en 1960, la reanimación cardiopulmonar (RCP), parecía milagrosa en su eficacia y simplicidad. La serie inicial de casos se centró principalmente en pacientes que tenían un paro cardíaco inducido por la anestesia. Sin embargo, los autores señalaron la aparente facilidad de dominar la técnica del mensaje de tórax cerrado: “Cualquier persona, en cualquier lugar, ahora puede iniciar procedimientos de reanimación cardíaca. Todo lo que se necesita son dos manos.”<sup>3</sup> Los problemas asociados, con la aplicación rutinaria de la RCP a cualquier paciente al final de la vida, se convirtieron rápidamente evidentes. Los informes describieron el sufrimiento infligido a muchos pacientes con enfermedades terminales, por repetidos intentos de reanimación, que sólo prolongaron la muerte.

A principios de 1970, las ONR habían evolucionado hasta convertirse en un proceso de toma de decisiones. En 1974, la Asociación Médica de Estados Unidos propuso que la ONR a un paciente sea documentada formalmente en la historia clínica y se le comunique al personal médico<sup>4</sup>. Al proporcionar un marco formal para el proceso de toma de decisiones y la comunicación de estas decisiones, las políticas ONR llenan un vacío en las instituciones de salud. El personal médico puede ahora discutir las decisiones ONR con el paciente o la familia mucho antes de ser necesaria.

Así pues, la ONR representó un avance importante en la toma de decisiones al final de la vida. Pero el concepto ha

evolucionado considerablemente en los últimos 40 años. Hoy día, la decisión sobre si se debe intentar la reanimación es sólo una de muchas decisiones, que anima a los médicos a discutir con los pacientes o sus representantes, la atención deseada al final de su vida. El movimiento de los cuidados paliativos nos ha ayudado a ver que esta distinción es demasiado simplista. Morir es un proceso; el paro cardíaco es sólo el evento final.

Finalmente, siguen existiendo importantes controversias considerando que para algunos pacientes y sus familias, el significado simbólico de este intento puede ser crítico por una variedad de razones culturales, religiosas o personales. Los médicos tienen la tarea de ayudar a los pacientes y sus familias a definir la trayectoria de todo el proceso, para que sea coherente con sus valores y preferencias. Las decisiones sobre qué hacer en el momento de la parada cardíaca son, por tanto a menudo, no las consideraciones más importantes en relación con el arco de esa trayectoria. De hecho, en muchos casos, la decisión acerca de intentar o no reanimar a un paciente, puede ser sólo una nota al pie de la historia clínica del paciente, para el plan general de atención al final de su vida. ■

1. Burns JP, Truog RD. The DNR Order after 40 Years. *N Engl J Med* 2016; 375:504-6.
2. Rabkin MT, Guillerman G, Rice NR. Orders not to resuscitate. *N Engl J Med* 1976; 295:364-6.
3. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GC. Close-chest cardiac massage. *JAMA* 1960; 173:1064-7.
4. American Medical Association. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). V. Medicolegal considerations and recommendations. *JAMA* 1974; 227: Suppl: 864-8.