

TÍTULO: Las órdenes de no reanimar. Historia y situación actual.

TITLE: Do-not-resuscitate orders. History and current status.

AUTORES: Juan Ruiz-García^{1,2}, Irene Canal-Fontcuberta³, Manuel Martínez-Sellés^{4,5,6}.

AFILIACIÓN: ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España; ²Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España; ³Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España; ⁵Universidad Europea, Madrid, España; ⁶Universidad Complutense de Madrid, España.

CORRESPONDENCIA: Juan Ruiz-García.

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Torrejón.

Calle Mateo Inurria, s/n (Soto de Henares). 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid (España).

Tel. +34 916262600

Email: j.ruizgarcia@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Cuidados al final de la vida; reanimación cardiopulmonar; parada cardiorrespiratoria.

INTRODUCCIÓN

1
2 La decisión de no reanimar puede originar, tanto en el paciente y sus familiares
3
4 como en el médico responsable y el resto de profesionales sanitarios que lo atienden,
5
6 una serie de sentimientos, miedos e incertidumbres que en la mayoría de los casos se
7
8 evitarían con una adecuada explicación y comprensión de lo que significa e implica una
9
10 orden de no reanimar (ONR). Tal es así que de hecho, en la actualidad, existe un intento
11
12 de renombrar a la misma como *orden de no intentar la reanimación* o, mejor aún,
13
14 como *orden de permitir una muerte natural* para enfatizar que lo que se ordena es
15
16 permitir las consecuencias naturales de la enfermedad y que se debe iniciar, continuar e
17
18 intensificar el resto de medidas de cuidados a aplicar en el final de la vida.
19
20
21
22
23

24 Podríamos definir a la ONR como aquella orden que, explícitamente escrita,
25
26 firmada y fechada por un médico en la historia clínica del paciente tras su consenso con
27
28 él, o con su representante o familiar en caso de incapacidad, únicamente prohíbe el uso
29
30 de medidas de reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria (PCR) y que se aplica,
31
32 por tanto, exclusivamente en el caso de que el paciente se encuentre inconsciente y sin
33
34 pulso¹.
35
36
37
38

39 En primer lugar es importante destacar que la ONR es la única orden que
40
41 requiere del consentimiento previo del paciente para que no se le realice un acto
42
43 médico: la reanimación cardiopulmonar (RCP).
44
45

46 En segundo lugar se ha de definir en qué consiste una PCR, entendiéndose por
47
48 ella la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y de
49
50 la respiración espontáneas. Lógicamente, cuando esta situación no se revierte en los
51
52 primeros minutos de evolución, el resultado inexorable es la muerte biológica. El
53
54 adjetivo *inesperada* hace referencia a aquellas situaciones donde no se conociera la
55
56 existencia de alguna alteración mórbida que pudiera conducir a la PCR. La calificación
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 como potencialmente reversible permite diferenciar la PCR de la muerte, la cual
2 representa la última estación en la evolución natural y terminal de una enfermedad
3 incurable. En la **tabla 1** se recogen estas diferencias entre “*pararse*” y *morirse*, de las
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

En tercer lugar se debe delimitar en qué consiste una RCP. Ésta comprende la aplicación de un conjunto de maniobras estandarizadas y de aplicación secuencial (compresiones torácicas, respiración boca-boca, ventilación con mascarilla, uso de desfibriladores, respiradores artificiales y medicación intravenosa) encaminadas a revertir la PCR -que no la muerte-, sustituyendo la respiración y la circulación espontáneas y buscando la recuperación, de forma que existan posibilidades razonables de preservar las funciones neurológicas superiores².

De esta forma, cualquier acción u omisión llevada a cabo en un tiempo anterior a la PCR o no comprendida dentro de las maniobras de RCP quedaría al margen de este orden. El uso de algunas de esas maniobras de reanimación en situaciones distintas a la PCR no queda restringido. Por ejemplo, en caso de una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida clínicamente mal tolerada sería razonable utilizar un desfibrilador para realizar, bajo la adecuada sedación, una cardioversión eléctrica; mientras que en cirugías paliativas (ej. obstrucción intestinal) es obvio que podría recurrirse temporalmente a respiradores artificiales o fármacos vasoactivos¹. Una ONR tampoco implica ninguna otra forma de omisión o suspensión de tratamiento. Sedación, oxigenoterapia, nutrición, analgesia, soporte ventilatorio, vasopresores, etc., deben ser continuados y mantenidos salvo que hayan sido limitados en una u otra forma². En todo caso, las órdenes de no iniciar o no continuar cualquiera de esos tratamientos deben ser especificadas independientemente de la ONR³.

1
2 Los pacientes que se encuentran en el estadio final de una enfermedad incurable
3 deben recibir los cuidados que aseguren su autonomía, confort y dignidad. Se deben
4 facilitar siempre las intervenciones dirigidas a minimizar su sufrimiento y dolor, la
5 disnea, el delirio, las convulsiones y el resto de complicaciones terminales.
6
7

8
9 Es importante recordar que las ONR deben ser revisadas periódicamente con el
10 paciente, particularmente si su situación clínica sufre cambios. Deben además ser
11 revisadas y consensuadas con el cirujano y anestesista antes de cada cirugía para
12 determinar su aplicabilidad durante la operación, durante el postoperatorio inmediato y
13 en el período de recuperación posterior³.
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

24 **HISTORIA DE LAS ÓRDENES DE NO REANIMAR**

25 **La reanimación cardiopulmonar**

26
27 Para empezar a hablar de la historia de la ONR se hace preciso remontarnos
28 previamente al origen de las maniobras de RCP, las cuales comenzaron a desarrollarse y
29 generalizarse tal y como las conocemos en la actualidad a principios de los años 1960s.
30
31
32
33
34
35

36 El rápido desarrollo de la cirugía cardíaca en las dos décadas inmediatamente
37 anteriores había supuesto un gran estímulo para el estudio y tratamiento de la PCR. El
38 inicio de distintas arritmias ante un tórax abierto, ofreció la oportunidad de observar el
39 comportamiento del corazón bajo diversas circunstancias, su respuesta a varias drogas,
40 al masaje cardíaco, a la estimulación y al choque eléctrico directos. Así, comenzaron a
41 extenderse el uso de estas terapias durante las cirugías cardíacas abiertas, e incluso llegó
42 a promulgarse la realización de toracotomías urgentes para aplicar estos tratamientos en
43 caso de parada cardíaca secundaria a diversas causas. Afortunadamente, enseguida se
44 demostró la viabilidad y eficacia para su tratamiento de la aplicación exclusivamente
45 externa de un choque eléctrico⁴, lo que hizo innecesario la práctica de dicha
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 reanimación a *tórax abierto*, evitándose los riesgos y complicaciones de las
2 toracotomías y permitiendo su realización por un personal menos entrenado y en unas
3 instalaciones con menos requerimientos.
4
5

6
7 Sin embargo, el hecho determinante en la expansión final de la RCP fue la
8 introducción del masaje cardíaco externo por *Kouwenhoven et al.*⁵ en 1960, quienes,
9 combinando este masaje externo con la ventilación boca a boca, dieron lugar a las
10 maniobras de RCP tal y como las conocemos en la actualidad.
11
12
13
14
15

16
17 Esta protocolización y generalización de unas maniobras relativamente sencillas
18 invasivas provocó un gran entusiasmo inicial. Tras salvarse unas mínimas reticencias
19 sobre la aplicación por personal no médico, se extendió rápidamente su uso,
20 fomentándose la formación en las mismas de un número cada vez mayor de
21 profesionales (enfermeras, dentistas, bomberos, policías, electricistas, etc.) para su
22 aplicación tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario. “*Cualquier persona,*
23 *en cualquier lugar, podía ahora iniciar las maniobras de reanimación*”⁵.
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

34 Los resultados inicialmente comunicados eran francamente alentadores. Así, una
35 de las primeras series reportadas describía una recuperación de la función cardíaca tras
36 las maniobras de reanimación en el 78% de PCR y una recuperación del estado
37 cognitivo y circulatorio previo a la parada en el 60% de los casos. No obstante, también
38 se hacía ya mención a que sólo un 24% de pacientes lograron superar tanto la parada
39 como la enfermedad responsable de la misma y ser dados de alta hospitalaria⁶.
40
41
42
43
44
45
46
47

48 Esos resultados inmediatos de las maniobras de RCP hicieron que, pese a las
49 incertidumbres no resueltas sobre la eficacia de algunos fármacos o de algunos aparatos
50 mecánicos y eléctricos aplicados, y en particular sobre la existencia de unos criterios
51 que pudiesen seleccionar a aquellos pacientes que debían ser reanimados, la decisión en
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2 esos primeros años fue aplicar dichas maniobras a *“cada paciente que pareciera*
3 *requerir de las mismas para salvar su vida”*⁷.
4
5

7 **Los problemas iniciales de la reanimación cardiopulmonar**

8
9 A mediados de la década de 1960, se empieza a evidenciar que la aplicación
10 rutinaria de la RCP a cualquier paciente que sufría un paro cardíaco implicaba también
11 nuevos problemas. Comienzan a aparecer editoriales y cartas científicas^{8,9} que describen
12 el calvario de muchos pacientes terminales a los que se le realizaban repetidas
13 reanimaciones con el único resultado de una prolongación de su agonía.
14
15
16
17
18
19
20

21 Muy descriptivo es uno de estos primeros relatos en los que un paciente, médico
22 jubilado, aquejado de un cáncer gástrico metastásico que le provocaba severos dolores
23 abdominales, es recuperado de una PCR secundaria a un tromboembolismo pulmonar.
24 Tras la misma, el propio paciente *“agradeció las buenas intenciones y destreza de su*
25 *colega”*, pero al mismo tiempo *“solicitó que en caso de que tuviera una nueva parada*
26 *no se siguiera ningún paso para prolongar su vida pues los dolores que sufría por su*
27 *cáncer no eran ya soportables”*. Al parecer, el mismo paciente escribió una nota a este
28 efecto en su expediente y el personal del hospital era igualmente conocedor de dicha
29 opinión. Pues bien, dos semanas más tarde el paciente sufrió otra PCR secundaria a un
30 infarto agudo de miocardio, la cual nuevamente fue recuperada, siguiéndose de hasta
31 cuatro nuevas paradas y reanimaciones en la misma noche, teniendo todo ello como
32 resultado final una supervivencia de tres semanas más pero en un estado de
33 descerebración. El caso titulado *“sin permiso para morir”* fue remitido a publicación
34 *“sin comentarios ni conclusiones, dejándose las mismas para ser extraídas por el*
35 *lector”*⁸. Se comenzaba también a hablar de *“contener el entusiasmo”*; y dado que
36 parecía que la muerte debía ser evitada o impedida a cualquier coste, se hablaba de tres
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 posibles miedos: el miedo a la propia muerte, el miedo al sufrimiento a padecer antes de
2 la muerte y el nuevo miedo: “*el miedo a la reanimación*”⁹.
3

4 De esta forma lo que empieza a suceder es que en muchas situaciones en las que
5 el médico personalmente creía que la RCP no iba a ser beneficiosa, ésta se llevase a
6 cabo de manera incompleta o ni siquiera llegara a iniciarse. El médico comenzaba a
7 decidir, exclusivamente por su experiencia y expectativas, qué pacientes de forma
8 general eran o no eran candidatos a reanimación. Cada institución buscaba su peculiar
9 forma de comunicar esa decisión de no iniciar la reanimación, unas veces mediante
10 puntos o notas en la historia del paciente y otras simplemente mediante una transmisión
11 verbal.
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

24 Por ejemplo, durante 1966 en un hospital de Londres se emitió y distribuyó una
25 orden, por iniciativa individual de un único responsable médico, la cual descartaba
26 reanimar a los pacientes “*muy ancianos (mayores de 65 años), afectados por*
27 *enfermedad maligna, o con enfermedad renal o torácica crónica*”, debiéndose incluir
28 en lo alto de su hoja amarilla de tratamiento una marca (“*N.T.B.R.*” del inglés “*not to be*
29 *resuscitated*”). Lógicamente, esta medida fue objeto de intenso debate público en los
30 medios de comunicación y motivo de evaluación por un comité médico hospitalario
31 creado para tal efecto. Los hallazgos y conclusiones de este comité son representativos
32 del modo de pensar y actuar de aquella época: “*se hace necesaria alguna guía dirigida*
33 *al personal médico sobre el uso adecuado de recursos y para proteger a algunos*
34 *pacientes de procedimientos angustiantes e infructuosos*”, “*es necesario marcar los*
35 *documentos del caso para denotar si el paciente es considerado candidato a la*
36 *reanimación, tales marcas no deben exhibirse pero si deben comunicarse al personal*
37 *que deba ser consciente de ello*”, “*las condiciones en las cuales las maniobras de*
38 *reanimación deben ser aplicadas para la parada cardíaca están bajo revisión; mientras*
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

*tanto el personal médico debe saber que tiene que usar su juicio personal propio en cada caso individual para decidir si se aplica la reanimación”. Igualmente es quizá todavía más destacable otra de sus conclusiones, tanto por la época en que nos encontramos (mediados de los 1960s), como por alguno de los sesgos que a veces se utilizan en la toma de decisiones médicas (el *edadismo*, *etarismo* o discriminación por la edad): “la edad es uno de los factores a considerar en la decisión sobre la reanimación en cada individuo, pero no se debe dar ninguna guía que implique que un paciente debe ser excluido de considerarse reanimable simplemente por razón de la edad o de una clasificación diagnóstica”¹⁰.*

El paciente y sus derechos

Es lógico pensar que estas decisiones tomadas de manera individual por un médico comienzan a originar una creciente preocupación por la ausencia de información al paciente y a sus familiares sobre dicha decisión de no reanimar, y por el momento y personal más adecuado para tomarla. Ello va a coincidir además temporalmente con los inicios del desarrollo de uno de los principios más modernos de la bioética, el de *autonomía*, el cual se expresa como el derecho al respeto a la capacidad de decisión de los pacientes correctamente informados y al respeto de su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a ellos mismos. Los grupos de trabajo intrahospitalarios de ley y ética comienzan a enfrentarse al dilema de cómo compatibilizar las políticas y estándares de tratamiento médico previo que incluían “*actuar afirmativamente para preservar la vida de todos los pacientes, incluyendo las personas que padecen de enfermedad terminal irreversible*”, el respeto a “*a la aceptación o rechazo informado del paciente competente al tratamiento, incluyendo la reanimación cardiopulmonar*” y el reconocimiento “*que en determinados casos, el uso de medidas heroicas no deseadas*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

en un paciente con enfermedad terminal irreversible e irreparable podría ser tan contrario a los deseos y expectativas del paciente que no estuviera justificado”¹¹.

La orden de no reanimar ¿consensuada?

Ante todas esas dudas sobre la idoneidad de la maniobras de RCP en determinados pacientes, la *American Medical Association* fue la primera asociación médica que propuso formalmente en 1974 incluir las decisiones de no reanimar en los evolutivos del paciente y comunicarlo a todo el personal que lo atendía¹². Sin embargo, poco se había discutido hasta ese momento sobre el proceso de formulación de dicha decisión. De hecho, dentro del mismo hospital las prácticas variaban entre los distintos médicos, en parte por la falta de claras políticas intrahospitalarias al respecto.

La primera de estas políticas y guías intrahospitalarias para el desarrollo de las ONR, data de 1976 del Beth Israel Hospital de Boston (EE.UU.), iniciándose con ella una nueva era en la que la RCP es llevada a cabo por defecto a menos que exista una ONR escrita con el consentimiento del paciente¹¹.

Durante toda la década de 1980 se comienza a observar un ligero aumento - aunque todavía muy limitado- en el uso de las ONR, con una indicación algo más temprana dentro de la evolución de la enfermedad y por tanto menos cercana al fallecimiento del paciente, pero todavía con escasa participación del propio paciente en la misma. Ese aumento se pone en relación con un mayor debate público y profesional sobre los temas relativos a los tratamientos de soporte vital y con un mayor conocimiento del pronóstico de estos tratamientos¹³.

Ese debate público se amplía considerablemente en la siguiente década, la cual se inicia con la aprobación por parte del Congreso Americano de la ley *Patient Self-Determination Act* de 1990. La misma representaba el reconocimiento por parte del

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

gobierno y la comunidad médica de las graves deficiencias en la comunicación médico-paciente que en última instancia limitaban la capacidad de los pacientes a manifestar las preferencias relativas al final de sus vidas. Se trataba de la primera ley federal que se centraba en el derecho de los adultos a rechazar los tratamientos de soporte vital y promovía fomentar el uso de las voluntades anticipadas. La ley obligaba a todas las instituciones sanitarias que recibieran cualquier tipo de financiación estatal, aunque no a los médicos de manera individual, a informar por escrito en el momento del ingreso del paciente de sus derechos en la toma de decisiones médicas, incluyendo el derecho a rechazar medidas de soporte vital y reanimación cardiopulmonar, y de su derecho a formular sus voluntades anticipadas¹⁴.

El efecto directo de esta ley sobre el uso de las ONR no está totalmente aclarado. Si bien en los primeros meses se observó un aumento del registro de las mismas, su efecto parece que se diluyó en los años siguientes. Tampoco parece que la existencia de un documento de voluntades anticipadas mejorara claramente la comunicación médico-paciente en las decisiones sobre la reanimación, ni que se asociara con un aumento o precocidad de las ONR, ni a una mayor participación del paciente en la toma de decisiones sobre las mismas¹⁵.

La orden de no reanimar en el siglo XXI.

La uso de las ONR es muy variable en el mundo actual, presentando importantes diferencias en función del país, región, tipo y tamaño de hospital, servicio hospitalario, características del paciente, enfermedad que padece, religión, cultura, economía, etc.¹⁶, con una prevalencia de ONR que puede oscilar en función de estas variables entre el 0% y el 90%¹.

1 Aunque la definición o concepto de la ONR no varía entre los distintos países, lo
2 que sí cambia es la actitud ante la misma, siendo evidente la falta de consenso en la
3 formulación e interpretación de la misma.
4
5

6
7 En EE.UU., la mayoría de sociedades, organizaciones médicas y hospitales han
8 desarrollado guías y documentos que, además de servir para recoger dicha orden,
9 incluyen la obligada información sobre cuidados y preferencias en el final de la vida.
10 Ello hace que en la actualidad se estime que aproximadamente un 70% de los pacientes
11 ingresados tienen recogida una ONR en su historia antes de su fallecimiento, aunque
12 muchas de esas órdenes se escriben pocos días antes de la muerte, por lo que
13 constituyen más un marcador de muerte inminente que el resultado de una decisión
14 planeada. De hecho, ni siquiera en este país existe una política estandarizada para todo
15 el sistema de salud. Así algunas instituciones exigen a los pacientes y familiares que
16 firmen el consentimiento de la ONR, mientras que otras intentan cambiar esa política de
17 consentimiento firmado por otra política de consentimiento verbal presenciado. Se sabe
18 que en EE.UU. las ONR son usadas con mayor frecuencia en los pacientes más
19 ancianos, en mujeres y en dementes. Igualmente también lo son en los hospitales más
20 pequeños y en los hospitales privados sin ánimo de lucro, aunque por el contrario, son
21 menos frecuentes en los hospitales académicos^{1,16}.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42

43 Europa ha evolucionado en las últimas décadas a un enfoque de la relación
44 médico-paciente basada también en el principio de autonomía. Los cambios legales, la
45 educación médica, la atención pública a los temas relativos al final de la vida, así como
46 el reconocimiento de la importancia de las voluntades anticipadas, han hecho que en la
47 actualidad una mayoría de las muertes no súbitas también vengán precedidas por esa
48 orden. Sin embargo, esos cambios suceden en los países europeos a distinta velocidad,
49 lo que se traduce igualmente en cifras muy dispares. Así, en uno de los pocos estudios
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 comparativos entre diversos países europeos en el que se procedió al análisis
2 retrospectivo de los fallecimientos acaecidos entre 2001 y 2002 en 6 países (Bélgica,
3 Dinamarca, Italia, Países Bajos, Suecia y Suiza), se observó que aproximadamente un
4 50-60% de todas las muertes no súbitas analizadas estaban efectivamente precedidas de
5 una ONR, si bien esos porcentajes variaban entre el 16% de Italia (representante en este
6 estudio de la *Europa del Sur*) y el 73% de Suiza. La mayoría de estas ONR (45-70%) se
7 consensuaban con el paciente competente en cuatro de esos países, llegando el
8 porcentaje hasta al 84% en Holanda pero reduciéndose al 10% nuevamente en el caso
9 de Italia¹⁷.

24 **La orden de no reanimar en el siglo XXI en España**

25 En España no existió ninguna ley que regulara las voluntades anticipadas
26 durante la década de 1990 como en EE.UU.. Y aunque este aspecto sí fue tratado por
27 varias leyes autonómicas desde el año 2000, no fue hasta la aprobación en 2002 de la
28 Ley de Autonomía del Paciente, cuando en nuestro país se reguló por primera vez en su
29 artículo 11 el documento de instrucciones previas (o voluntades anticipadas),
30 reconociéndose además el derecho a designar un representante para servir de
31 interlocutor con el médico o el equipo sanitario para, llegado el caso, procurar el
32 cumplimiento de esas instrucciones previas¹⁸.

33 Desafortunadamente en España no disponemos de datos globales relativos al uso
34 y ejecución de las ONR. En ausencia de esa información de carácter general, tan sólo
35 disponemos de algunos datos provenientes de estudios en su gran mayoría
36 monocéntricos y restringidos a determinados grupos de pacientes y patologías.

37 Por ejemplo en uno de estos primeros estudios que analizó 116 pacientes con
38 ictus agudo que sufrieron una PCR durante su ingreso en un hospital terciario de
39

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Zaragoza durante 1996-1997, tan sólo se encontró que un 10% de ellos había recibido una ONR, y eso a pesar de que el 55% de los fallecidos cumplía criterios clínicos de pésimo pronóstico tras la RCP en el paciente con ictus¹⁹. Más recientemente evaluando la frecuencia de la ONR en los 778 pacientes ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital de primer nivel de la provincia de Albacete durante un período de 5 meses de 2011, se ha encontrado que la misma se emitió en 80 pacientes (10%). Sin embargo del total de 77 pacientes que fallecieron durante el ingreso, 51 de ellos (66%) presentaban una ONR²⁰. Nosotros mismos también hemos sido capaces de demostrar un aumento significativo (del 57% al 69%) en el número de fallecidos con una ONR en un servicio de cardiología de un hospital terciario español durante la última década^{21,22}.

En la **tabla 2** se recogen los porcentaje de pacientes fallecidos con una ONR en los distintos estudios publicados en España, confirmando un aumento significativo en el uso de dichas órdenes con el paso de los años y permitiendo conjeturar que, en la actualidad, en nuestro país probablemente una mayoría de las muertes acontecidas en el medio hospitalario tienen registrada una ONR previa. Por el contrario, valorando el grado de información aportado a familiares y pacientes, también es altamente probable que la inmensa mayoría no sean consensuadas con el paciente.

PERPECTIVAS FUTURAS

Como se observa, a pesar las décadas transcurridas desde el inicio de su uso, en la actualidad el desarrollo de las ONR sigue siendo problemático. En un intento de mejorar el uso práctico de estas órdenes se han propuesto diversas medidas^{22,28}, las cuales han presentado resultados dispares.

Es probable, que el fomento de las conversaciones médico-paciente sobre los cuidados al final de la vida sí pueda mejorar ampliamente su implementación²⁹. Nuestro

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

objetivo principal ha de ser adecuar las vivencias finales del paciente con sus deseos, siendo preciso también que los mismos estén basados en información real, deseada, objetiva y actualizada, puesto que es sabido que sus preferencias dependerán de las expectativas creadas en ellos y éstas parecen actualmente bastante alejadas de la realidad³⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loertscher L, Reed DA, Bannon MP, Mueller PS. Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians. *Am J Med.* 2010;123:4–9.
2. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva.* 2010;34:534–49.
3. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2010;122(18 Suppl 3):S665–75.
4. Zoll PM, Linenthal AJ, Gibson W, Paul MH, Norman LR. Termination of ventricular fibrillation in man by externally applied electric countershock. *N Engl J Med.* 1956;254:727–32.
5. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA.* 1960;173:1064–7.
6. Jude JR, Kouwenhoven WB, Knickerbocker GG. Cardiac arrest. Report of application of external cardiac massage on 118 patients. *JAMA.* 1961;178:1063–70.
7. Israel JS, McCulla K, Dobkin AB. A cart for cardiopulmonary resuscitation. *Can Med Assoc J.* 1963;89:1284–9.
8. Symmers WS. Not allowed to die. *Br Med J.* 1968;1:442.
9. Emrys-Roberts M. Death and resuscitation. *Br Med J.* 1969;4:364–5.
10. Neasden memorandum on resuscitation. *Br Med J.* 1967;3:858–9.
11. Rabkin MT, Gillerman G, Rice NR. Orders not to resuscitate. *N Engl J Med.* 1976;295:364–6.
12. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). V. Medicolegal considerations and recommendations. *JAMA.* 1974;227:Suppl:864–8.
13. Jayes RL, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Knaus WA. Do-not-resuscitate orders in intensive care units. Current practices and recent changes. *JAMA.* 1993;270:2213–7.
14. Wolf SM, Boyle P, Callahan D, Fins JJ, Jennings B, Nelson JL, et al. Sources of concern about the Patient Self-Determination Act. *N Engl J Med.*

1991;325:1666–71.

15. Morrell ED, Brown BP, Qi R, Drabiak K, Helft PR. The do-not-resuscitate order: associations with advance directives, physician specialty and documentation of discussion 15 years after the Patient Self-Determination Act. *J Med Ethics*. 2008;34:642–7.
16. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH. Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. *J Crit Care*. 2013;28:14–21.
17. van Delden JJM, Löfmark R, Deliens L, Bosshard G, Norup M, Cecioni R, et al. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med*. 2006;34:1686–90.
18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* Nov 15, 2002 pp. 40126–32.
19. Bestué Cardiel M, Ara J-R, Martín Martínez J. Factores determinantes en la aplicación de las órdenes de no reanimación en el ictus. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:170–3.
20. Solís-García del Pozo J, Gómez-Pérez I. La aplicación de las órdenes de no reanimar y la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados en medicina interna en un hospital comarcal. *Rev Calid Asist*. 2013;28:50–5.
21. 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*. 2010;63:233–7.
22. Ruiz-García J, Díez-Villanueva P, Ayesta-López A, Bruña-Fernández V, Figueiras-Graillet L, Gallego-Parra L, et al. Cambios en los cuidados al final de la vida en un servicio de cardiología tras el análisis de la situación previa y la introducción forma de una hoja consensuada de orden de no reanimar. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68 Supl 1:94
23. Formiga F, Espel E, Chivite D, Pujol R. Dying from heart failure in hospital: palliative decision making analysis. *Heart*. 2002;88:187.
24. 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.
25. Quintana S, Font R, Sandalinas I, Mañas M. Guía para el correcto uso de las órdenes de no reanimación. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:436.
26. Formiga F, Olmedo C, López-Soto A, Navarro M, Culla A, Pujol R. Dying in

1 hospital of terminal heart failure or severe dementia: the circumstances
2 associated with death and the opinions of caregivers. *Palliat Med.* 2007;21:35–
3 40.
4

- 5 27. Vilà Santasuana A, Celorrio Jiménez N, Sanz Salvador X, Martínez Montauti J,
6 Díez-Cascón Menéndez E, Puig Rossell C. Última semana de vida en un hospital
7 de agudos: revisión de 401 pacientes consecutivos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*
8 2008;43:284–90.
9
10 28. Field RA, Fritz Z, Baker A, Grove A, Perkins GD. Systematic review of
11 interventions to improve appropriate use and outcomes associated with do-not-
12 attempt-cardiopulmonary-resuscitation decisions. *Resuscitation.* 2014;85:104-8.
13
14 29. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N*
15 *Eng J Med.* 2015;373:2549-61.
16
17 30. Ruiz-García J, Alegría-Barrero E, Díez-Villanueva P, San Martín Gómez MÁ,
18 Canal- Fontcuberta I, Martínez-Sellés M. Expectativas de supervivencia tras la
19 reanimación cardiopulmonar. Predicciones y deseos de los cardiópatas. *Rev Esp*
20 *Cardiol.* 2016. ("En prensa").
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

TABLAS

Tabla 1: Diferencias entre el proceso de morir y la parada cardiorrespiratoria.

Morir	Parada Cardiorrespiratoria
Un proceso	Un suceso
Natural y esperado	Emergencia médica
Los criterios diagnósticos INCLUYEN la falta de pulso y respiración	Los criterios diagnósticos SON , la falta de pulso y respiración
Procedimiento por declive progresivo	Acontecimiento súbito sobre una estabilidad relativa
Deterioro a pesar de máximo tratamiento médico apropiado	Se dispone de posterior tratamiento médico apropiado
Causa subyacente irreversible	Es posible mejorar la causa subyacente
La RCP no tiene una probabilidad realista de éxito	La RCP tiene una probabilidad realista de éxito

RCP: reanimación cardiopulmonar. Adaptada de *Monzón JL et al.*²

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

Tabla 2: Estudios españoles que han analizado el porcentaje de pacientes que poseían una orden de no reanimación (ONR) en el momento de su fallecimiento.

Estudio / Año de publicación	Año de fallecimiento	Servicio	Patología	Fallecimientos	% ONR	ONR consensuada con paciente / familia
Bestué Cardiel et al. ¹⁹ / 2002	1996-1997	Plantas médicas, UCI y urgencias	Ictus agudo	165	10%	0% / 100%
Formiga et al. ²³ / 2002	1999-2000	Medicina Interna	IC	118	32%	3% / 25%
Formiga et al. ²⁴ / 2003	2000-2002	Medicina Interna	Demencia (46%), IC (31%), EPOC (23%)	293	37%	¿? / 57%
Quintana et al. ²⁵ / 2005	2002	Varios	Varias	90	61%	3% / 50%
Quintana et al. ²⁵ / 2005	2004	Varios	Varias	91	70%	1% / 57%
Formiga et al. ²⁶ / 2007	2004	Medicina Interna	IC (64%), demencia (36%)	102	89%	¿? / 80%
Vilà Santasuana et al. ²⁷ / 2008	No precisado (publicación remitida en 2007)	Medicina interna (25%), oncología (21%), cirugía (12%)	Neoplasias (45%), cardiovascular (16%), neurológica (16%)	401	87%	¿? / ¿?
Martínez-Sellés et al. ²¹ / 2010	2007-2009	Cardiología	IC (32%), IAM (28%), PCR recuperada (13%), shock cardiogénico (7%)	198	57%	4% / 84%
Solís-García del Pozo et al. ²⁰ / 2013	2011	Medicina interna	Varias	77	66%	¿? / 19%
Ruiz-García et al. ²² / 2016	2010-2012	Cardiología	Varias	197	69%	4% / 90%