



**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina**

**Año 2022
Trabajo Final de Carrera (Tesis)**

**Opinión y accionar de los médicos frente a la
orden de no reanimar en pacientes terminales:
Estudio transversal en el AMBA**

**Opinion and actions of doctors regarding the
order not to resuscitate in terminal patients:
Cross-sectional study in the AMBA**

Alumno:

Robledo Camila F.

Camiliafloencia.robledo@alumnos.uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Tutor:

Manrique Jorge L.

Jorgeluis.manrique@uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Opinión y accionar de los médicos frente a la orden de no reanimar en pacientes terminales: Estudio transversal en el AMBA

Opinion and actions of doctors regarding the order not to resuscitate in terminal patients: Cross-sectional study in the AMBA

Autores: Robledo C.

Resumen

Introducción: La labor del médico frente a un paciente terminal es acompañar y promover la mejor calidad de vida posible. A veces, esto implica evitar procedimientos. La orden de no reanimar (ONR) surge cuando se ofrece evitar la resucitación cardiorrespiratoria ante el paro cardiorrespiratorio. Esta actitud persigue evitar la prolongación de sufrimientos, como una opción de respeto por la dignidad de la persona enferma. La propuesta no está muy extendida. Uno de los principales motivos para las fallas en su aplicación es el desconocimiento médico de los alcances de la medida y su relación con la verdadera voluntad del paciente o su familia. El objetivo de este estudio es conocer la opinión y el accionar de médicos que ejercen su profesión en Argentina con respecto a la orden de no reanimar en pacientes terminales. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo. Se empleó una encuesta diseñada por el autor y respondida por 156 médicos que ejercen su profesión en el Área Metropolitana de Buenos Aires, con preguntas sobre su opinión y accionar frente a la orden de no reanimar en pacientes terminales. **Resultados:** De los 156 encuestados, el 30,13% respondió que la ONR debía ser solo decisión del paciente terminal. El 54,49% de los profesionales no respetaría la petición familiar de realizar RCP ante un paro cardíaco si lo considerara como futilidad médica pero el 37,82% refirió que ningún factor lo haría presionar a su paciente para revisar una ONR establecida. El 72,44% respondió que sí establecería una ONR para sí mismo. **Conclusión:** Los médicos argentinos son conscientes de la importancia del paciente y tienen en claro cómo debería ser abordada la ONR. Sin embargo y por diversas razones, esto falla cuando se lo debe llevar a la práctica. Se sugieren como aparentes soluciones establecer consensos claros sobre la cuestión y reforzar la enseñanza de temas éticos durante la formación de los profesionales de la salud.

Palabras Clave: Orden de no reanimar; Cuidados paliativos; Médicos; Bioética; Argentina

Abstract

Background: The work of the doctor in front of a terminal patient is to accompany and promote the best possible quality of life. Sometimes, this involves avoiding procedures. The do not resuscitate (DNR) order arises when it is offered to avoid cardiorespiratory resuscitation in the face of cardiorespiratory arrest. This attitude seeks to avoid the prolongation of suffering, as an option of respect for the dignity of the sick person. The proposal is not widespread. One of the main reasons for the failures in its application is the medical ignorance of the scope of the measure and its relationship with the true will of the patient or his family. The objective of this study is to know the opinion and actions of doctors who practice their profession in Argentina regarding the order not to resuscitate terminal patients. **Material and methods:** This is a descriptive cross-sectional observational study. A survey designed by the author and answered by 156 doctors who practice their profession in the Metropolitan Area of Buenos Aires was used, with questions about their opinion and action against the order not to resuscitate terminal patients. **Results:** Of the 156 respondents, 30.13% answered that the DNR should only be the decision of the terminal patient. 54.49% of professionals would not respect the family request to perform CPR in the event of cardiac arrest if they considered it as medical futility but 37.82% said that no factor would put pressure on their patient to review an established DNR. 72.44% answered that they would establish an DNR for themselves. **Conclusion:** Argentine doctors are aware of the importance of the patient and are clear about how onr should be addressed. However, for various reasons, this fails when it must be put into practice. It is suggested as apparent solutions to establish clear consensus on the issue and reinforce the teaching of ethical issues during the training of health professionals.

Keywords: Resuscitation Orders; Terminal Care; Physicians; Bioethics; Argentina

INTRODUCCIÓN

Historia de la reanimación cardiopulmonar

A comienzos de la década del '60 se describió una forma eficaz para revertir el paro cardiorrespiratorio (PCR). Desde entonces, se conoce como reanimación cardiopulmonar (RCP) a la asociación de masaje cardíaco externo a tórax cerrado con otras maniobras de apoyo.

Los primeros reportes sobre el RCP hablaban de la recuperación de la función cardíaca luego del mismo en un 78% de los casos(1), por lo cual, en un principio, dichas maniobras fueron aplicadas de forma indiscriminada. Sin criterios claros de selección los profesionales de la salud lo aplicaron a pacientes que lo requerían para salvar su vida y presumía el consentimiento del individuo(2).

Sin embargo, la reanimación inconsulta planteó problemas. Aparecieron denuncias en editoriales y cartas científicas(1) sobre el sufrimiento padecido por algunos pacientes terminales sometidos a numerosas y repetidas maniobras de RCP con el único fin de prolongar su vida a pesar de estar en agonía. Un caso llamativo fue aquel titulado "Sin permiso para morir"(3). Allí se relataba la experiencia de un médico jubilado, que padecía un cáncer gástrico avanzado con agudos e intolerables dolores abdominales. Debido al malestar que padecía por la intensidad del dolor, había solicitado que no se le realizaran intervenciones para prolongar su vida en caso de sufrir un PCR. Se ignoró la petición y se le realizaron hasta 6 reanimaciones, totalizan 4 en la misma noche. Sobrevivió tres semanas más pero en un estado de descerebración.

Como consecuencia de este y otros casos similares, los médicos comenzaron a decidir de forma subjetiva (por su propia experiencia) a qué pacientes tenía sentido aplicarles maniobras de RCP.

Hoy en día se sabe que las maniobras de reanimación a veces conllevan complicaciones como fracturas costales, déficits neurológicos permanentes, deterioro del estado funcional y hasta daños psicológicos, los cuales reducen la calidad de vida de los sobrevivientes(2).

La orden de no reanimar

El valor sustantivo concedido a la autonomía dentro de la bioética, valora y destaca el derecho de los pacientes de decidir sobre su cuerpo, sobre su vida y sobre su muerte, fundando el concepto de la orden de no reanimar (ONR). Es una oferta efectuada por el equipo terapéutico a pacientes con pocas chances de sobrevivir o mantener una calidad de vida digna luego de sufrir un PCR, en donde las maniobras de RCP podrían considerarse fútiles(4).

La ONR puede definirse como una orden explícita del paciente o su familia o representante legal, que acuerda en que no se apliquen maniobras de RCP frente a un PCR(1). Esta orden debe ser escrita, fechada y firmada por un médico y adosarse a la historia clínica del paciente. Esto no condena al paciente a no recibir otras medidas terapéuticas beneficiosas para sí y queda la obligación de ofrecer medidas de cuidado y confort. Se considera que "implica

una opción de respeto por la dignidad de la persona enferma y una voluntad de cambio en los objetivos terapéuticos"(3).

En resumen: ¿Cómo sería una ONR ideal? Lo sería aquella que cumpliera con las siguientes características(5):

- Valoración anticipada: la decisión se debe consultar antes de que ocurra el PCR, para permitir que el paciente y/o sus familiares o representantes legales consideren la respuesta junto con el médico.
- Evaluación pronóstica: considerar el pronóstico de vida del paciente y su calidad de vida luego de las maniobras de RCP y sin la realización de las mismas.
- Consentimiento informado: lo debe realizar el paciente, siempre y cuando este tenga la capacidad mental para comprender la situación y competencia legal para decidir; en su defecto la realizará la familia o los representantes legales.
- Escrita: la ONR debe estar asentada en la historia clínica del paciente, firmada por el mismo, testigos y el médico responsable.
- Comunicación al resto del personal: la decisión debe ser debidamente comunicada a todos los profesionales de la salud encargados del cuidado del paciente.
- Revisable: la ONR se debe revisar con todos los actores (paciente, familiares o representantes legales y el médico) cada cierto tiempo o cuando cambia el pronóstico del paciente y destacar que pueden revocar la ONR si lo decidieran.
- Compatible con otros cuidados: la ONR no implica la negativa al paciente de otras medidas que puedan aumentar su confort (oxigenoterapia, fluidoterapia, nutrición parenteral, analgesia, sedación u otros).

¿Cuál es la actitud actual de los médicos frente a la ONR?

Lamentablemente, en la práctica a veces no se cumplen los requisitos anteriormente citados pues(2):

- No siempre se tienen en cuenta las preferencias del paciente.
- Las discusiones sobre la ONR se retrasan hasta que es tarde para que los pacientes participen y brinden su opinión.
- No se brinda información de forma adecuada y completa como para que los pacientes o sus representantes decidan con fundamento.
- Se extrapola de forma incorrecta e inapropiada la ONR para limitar otras medidas terapéuticas.

Estas situaciones fueron estudiadas en distintas latitudes. En Suecia(6), el 57% de los médicos consultados considera importante brindar información adecuada al paciente sobre la ONR, el 45% informa que no es probable que el paciente participe en la decisión de establecer para su propia persona

una ONR y el 21% no considera importante informar a los familiares sobre la misma.

Un estudio efectuado sobre médicos de Hong Kong(7) establece que casi todos los encuestados realizaron una ONR. El 52% hablaría sobre la misma con el paciente y el 89% lo haría con la familia. Además, agregan que si la familia no quisiera limitar el esfuerzo terapéutico a pesar de las recomendaciones médicas, el 62% respetaría mantener dichas terapias mientras que el 9% no lo haría. Más del 60% de los profesionales declaran sentirse cómodos hablando con los familiares del paciente sobre las limitaciones terapéuticas, aunque la mayoría (94%) informó que la formación médica debiera incluir debates más amplios sobre cuestiones éticas.

Un estudio efectuado en EE.UU.(8) observa discordancia entre las peticiones de los pacientes y la conducta de los médicos en la Mayo Clinic en la ciudad de Rochester. Registra que en un 20% de los pacientes informaron su preferencia de no recibir maniobras de RCP pero los médicos no respetaron la ONR, aplicaron RCP ante un PCR o extendieron la limitación terapéutica a otras medidas que los pacientes requerían, deseaban o no se habían negado a recibir.

La ONR en Argentina

En 2009 Argentina sancionó la ley 26.529, de "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud", que fue modificada en 2012 por la ley 26.742, de "Muerte digna"(9). Esta ley reconoce y respeta la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones referidas a su salud, con la posibilidad de aceptar o rechazar ciertas terapias y/o tratamientos, contando el paciente o sus representantes con la facultad de revocar estos permisos o negativas cuando lo deseen.

En Argentina la ONR debidamente gestionada resulta en una directiva anticipada que comparte fundamentos con el consentimiento informado(10). Estas decisiones se deben pactar antes de que los hechos ocurran.

La opinión y el accionar de los médicos argentinos frente a la orden de no reanimar en pacientes terminales no es un aspecto muy evaluado, según muestra la búsqueda de investigaciones relevantes efectuada en buscadores de referencia. El presente trabajo pretende explorar la situación a partir de observaciones efectuadas sobre opiniones de médicos que desempeñan su labor en algunos hospitales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Son varios los factores que relacionan la opinión y el accionar del médico e influyen en la decisión y participación de los pacientes frente a la ONR(11–13).

Los hallazgos logrados podrían sugerir conductas más adecuadas de los profesionales médicos en pos de promover el pleno ejercicio de los derechos del paciente, ya sea mediante reformas legales o guías para fomentarlo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio observacional transversal descriptivo.

La población estudiada corresponde a médicos en edad activa que ejercen su profesión en Argentina en el AMBA, seleccionados de forma no probabilística mediante muestreo por conveniencia hasta alcanzar un tamaño muestral de 156 individuos.

Los criterios de inclusión fueron: médicos de cualquier sexo y menores de 65 años que ejerzan actualmente su profesión en ámbitos asistenciales públicos y/o privados del AMBA. Los criterios de exclusión incluyen a profesionales miembros de un comité de ética, especialistas en medicina legal y/o aquellos que tuvieran menos de 1 año de experiencia en el ejercicio de la profesión médica.

Se analizaron variables sociodemográficas, de la opinión y del accionar de los profesionales médicos, como por ejemplo:

- Participación en maniobras de RCP en un paciente terminal.
- Conocimiento sobre si el paciente terminal al cual se le realizó RCP tenía establecida una ONR.
- Compatibilidad de ONR con otros cuidados y medidas terapéuticas.
- Individuos que deben determinar la aplicación de una ONR.
- Grado de información médica (sobre el pronóstico del paciente terminal y posibilidad de una ONR) proporcionada al paciente y/o su familia o representante legal.
- Momento adecuado para que el paciente y/o su familia o representante legal evalúe junto con el médico la posibilidad de establecer una ONR.
- Importancia del registro de ONR en la historia clínica del paciente.
- Tiempo en el que se debe revisar la decisión de ONR con el paciente terminal y/o su familia o representante legal.
- Comunicación de ONR efectuada a todos los profesionales de la salud encargados del cuidado del paciente terminal (médicos, enfermeros, técnicos, psicólogos, otros).
- Factores que hacen cambiar de opinión a los profesionales médicos frente a una ONR.
- Accionar médico ante desacuerdos de la ONR con el paciente, su familia o representante legal.
- Deseo del médico de establecer ONR para sí mismo en el hipotético caso de ser un paciente terminal.
- Influencia de las creencias religiosas del médico al momento de tomar sus decisiones con respecto a la ONR.

Los datos fueron recolectados mediante una encuesta cerrada anónima de 20 preguntas redactada por el autor y que registra 6 ítems de interés sociodemográfico (edad,

especialidad, localidad en la que ejerce su profesión, otros) y 14 representando el abordaje específico sobre la ONR. Cada pregunta mide una de las variables definidas con anterioridad. Se distribuyó un formulario de Google enviado de forma virtual que fue completado de forma remota o de forma presencial mediante la entrega de una versión impresa de la misma.

Se realizó el análisis de los datos con técnicas estadísticas descriptivas y se calculó mediante Microsoft Excel la frecuencia absoluta, el porcentaje y la moda de cada una de las variables estudiadas, de acuerdo con las respuestas registradas en la encuesta.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Respondieron la encuesta 175 profesionales. Se descartaron 19 que no satisfacían los criterios establecidos. El estudio observacional transversal descriptivo reunió las respuestas de 156 profesionales. El 55,13% eran hombres y el 44,87% mujeres. La edad promedio fue de 46,03. El 54,49% ejercía su profesión en CABA y 45,51% lo hacía en GBA. Clínica médica fue la especialidad más mencionada entre los encuestados (31,41%), seguida por ginecología (11,54%), pediatría (7,69%), cirugía (6,41%), terapia Intensiva (5,77%) y dermatología (5,13%). El 62,18% de los médicos refirió ser practicante de alguna religión. El 92,95% mencionó que sus creencias religiosas no influyeron al momento de responder las preguntas.

Análisis de variables

El 54,49% de los encuestados refirió haber realizado maniobras de RCP a algún paciente terminal mientras que el 45,51% respondió no haber tenido esa experiencia. Del primer grupo, el 5,88% afirmó saber que el paciente terminal tenía establecida una ONR antes de realizarle RCP, el 29,41% no sabía si estaba establecida una ONR y el 64,71% respondió que el paciente no tenía establecida una ONR.

La mayoría de los participantes (20,11%) piensa que una ONR incluye no realizar intubación traqueal ni ventilación mecánica, el 18,46% piensa que incluye no realizar compresiones torácicas y el 0,41% opina que incluye no administrar analgesia ni sedación (ver Tabla 1).

Medidas terapéuticas incluidas en una ONR	Porcentaje
No compresiones torácicas	18,46%
No intubación traqueal/ventilación mecánica	20,11%
No monitorización invasiva	17,49%
No trasplantes, sangre y hemoderivados	15,29%
No fármacos vasoactivos	11,71%
No nutrición parenteral	12,81%
No analgesia/sedación	0,41%
No fluidoterapia	3,72%

Tabla 1 - Medidas terapéuticas incluidas en una ONR

Se consultó a los médicos encuestados sobre quien debía participar en la determinación de una ONR en un paciente terminal y el 30,13% respondió que debía ser solo decisión del paciente terminal mientras que el 10,90% opina que es una decisión a tomar en conjunto entre médicos, paciente terminal y familiares o representante legal (ver Tabla 2).

Individuos que deben determinar la aplicación de una ONR	Porcentaje
Médicos y el paciente terminal	10,26%
El paciente terminal	30,13%
El paciente terminal y familiares o representante legal	27,56%
Médicos, el paciente terminal y familiares o representante legal	10,90%
Familiares o representante legal	8,33%
Médicos	6,41%
Médicos y familiares o representante legal	6,41%

Tabla 2 - Individuos que deben determinar la aplicación de una ONR

En cuanto al grado de información médica que se debe brindar al paciente y/o su familia o representante legal, el 63,46% lo realiza de forma completa siempre sin excepciones (ver Tabla 3).

Grado de información proporcionada al paciente y/o su familia	Porcentaje
Depende del tipo de paciente y/o su familia o representante legal (nivel educativo, deseos percibidos, otros)	23,72%
Depende del tipo de enfermedad y la gravedad del pronóstico	12,82%
Siempre completo, sin excepción	63,46%

Tabla 3 - Grado de información proporcionada al paciente y/o su familia

El 29,49% cree que el momento adecuado para proponer una ONR es en el momento de internación en UTI (ver Tabla 4).

Momento adecuado para evaluar una ONR	Porcentaje
En el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal	22,44%
Ante la consulta de la familia o representante legal (paciente incapaz)	21,79%
Ante la consulta del paciente terminal	26,28%
En el momento de internación en UTI	29,49%

Tabla 4 - Momento adecuado evaluar una ONR

De los encuestados, el 92,31% opina que es muy importante el registro de la ONR en la historia clínica del paciente. Con respecto a la revisión de una ONR ya establecida, el 69,23% refiere que debe hacerse cuando haya cambios en

el pronóstico de la enfermedad del paciente, el 22,44% refiere que no debe hacerse nunca una revisión y el 8,33% refiere que debe hacerse una revisión en cada consulta médica o en cada internación.

El 79,39% identifica como muy importante la comunicación de una ONR establecida a otros profesionales de la salud (demás médicos, enfermeros, técnicos, psicólogos, otros) mientras que el 1,28% y el 0,64% lo considera de poca importancia o sin importancia respectivamente.

Cuando a los encuestados se les planteó un hipotético caso clínico en el cual un paciente terminal de 81 años establece para sí mismo una ONR y se les preguntó qué factores le harían replantearse la ONR y revisar esa decisión con su paciente, el 6,41% refirió hacerlo en caso de que el paciente fuera menor de edad o joven adulto, el 27,56% refirió hacerlo en caso de que el paciente fuera una mujer embarazada, el 28,21% refirió hacerlo en caso de que la opinión de la familia del paciente o su representante legal fuera en contra de la ONR y el 37,82% refirió que ningún factor lo haría revisar la ONR.

Frente a otra situación hipotética en la cual una familia se negara a establecer una ONR para un paciente que lo ameritaría desde el punto de vista médico, el 54,49% de los profesionales no respetaría la petición familiar de realizar RCP ante un paro cardíaco mientras que el 45,51% sí lo haría a pesar de ser considerado esto como futilidad médica.

Finalmente cuando se consultó a los médicos si establecerían para sí mismos una ONR en caso de ser un paciente terminal, el 72,44% respondió que sí lo haría y el 27,56% respondió que no.

DISCUSIÓN

La aplicación correcta de ONR sería aquella que valora el derecho de los pacientes a decidir sobre su cuerpo, su vida y su muerte. Para poder asegurar que esto suceda, como se ha mencionado con anterioridad en este estudio, se deben tener presentes ciertas características al momento de la interacción con un paciente terminal. Recordemos que algunas de ellas serían(5): valoración anticipada de la ONR, correcta comunicación y petición del consentimiento, de forma escrita, comunicación al resto del personal de salud acompañante, con la posibilidad de revisión periódica y compatible con otros cuidados que el enfermo desee para aumentar su confort durante su último periodo de vida.

Es importante el conocimiento de estas características ya que la mayoría de los médicos argentinos han pasado por la experiencia de realizar RCP pacientes terminales, es decir a un paciente que tal vez era candidato para establecer ONR para morir con dignidad y bajo sus términos. Aunque la mayoría estuvo seguro de que los pacientes en los cuales realizaron RCP no tenían establecida una ONR, una cantidad no menor refirió no saber si el paciente contaba o no con una ONR, con lo cual pudo haber pasado por alto la voluntad de un paciente sobre la forma en que decidió morir.

Con respecto a la valoración anticipada, en otros países casi la mitad de los pacientes(6) no pudieron ser partícipes en el establecimiento de una ONR para sí mismos debido a que se propuso cuando los mismos ya se encontraban inconscientes, es decir, demasiado tarde. En el presente estudio se comprobó que los médicos actuarían de forma similar por que en la mayoría de los casos se consideró el momento adecuado para evaluar la posibilidad de establecer una ONR cuando el paciente fuera internado en UTI.

En contraparte con lo anteriormente mencionado, la mayoría declaró que consideraba adecuado una revisión de la ONR ante cambios en el pronóstico del paciente, es decir que los profesionales son conscientes de la necesidad de hablar con sus pacientes sobre sus derechos médicos pero al momento de llevarlo a la práctica tal vez no lo hacen. ¿Habría que inculcar con el ejemplo durante la educación médica la costumbre de naturalizar hablar con los pacientes sobre como merecen morir con dignidad?

Cuando se trata de la petición del consentimiento informado, los resultados de este trabajo arrojaron la falta de preparación con la que se cuenta a la hora de la comunicación entre médicos y pacientes, ya que la mayoría de los encuestados refirió dar siempre completa la información, sin excepción frente a otras cuestiones como lo serían los deseos percibidos o el nivel educativo del paciente o su familia. Deberíamos preguntarnos si esto sucedería si hubiera mayor formación en cuestiones éticas. Médicos de otros países en estudios similares(7) expresaron sus deseos de recibir debates éticos más amplios para poder abordar mejor estas situaciones, por lo cual no es un problema único de nuestro país aparentemente, si no de la medicina moderna.

Fue notable como la gran mayoría de los participantes estuvo de acuerdo en la importancia de registrar en la historia clínica del paciente el establecimiento de la ONR. Sin embargo podríamos preguntarnos si el motivo de esto es para mantener informado al resto del personal de salud o como una medida de protección legal para sí mismos. Por la concordancia que se presenta con la gran importancia que le dan los encuestados a la comunicación con el resto de profesionales de la salud sobre el establecimiento de una ONR, se entiende que la motivación de dicha situación es por beneficio del paciente.

¿Podríamos decir que son los médicos argentinos respetuosos con la decisión de los pacientes de establecer una ONR? Definitivamente podemos asegurarlo, ya que una gran parte de los participantes no presionaría a su paciente para realizar una revisión de su ONR. Además, la mayoría estuvo de acuerdo que la ONR debe ser decisión únicamente del paciente y en menor medida del paciente en conjunto con su familia. No se consideró muy necesaria la opinión del profesional médico, es decir, se valoran más que cualquier otra cosa los deseos del enfermo.

La situación no es la misma cuando el paciente se encuentra sin posibilidad de emitir su opinión, ya que la mayoría

concordó en que si consideraban que la realización de RCP era futilidad medica no se realizaría frente a un paro cardiorrespiratorio a pesar de la petición de los familiar de "intentar todo lo posible". Así podemos ver como se respeta al paciente pero su familia pasa a un segundo plano cuando este no se encuentra con autonomía. Esta situación varía de país a país: mientras algunos no informan a los familiares sobre el establecimiento de una ONR(6), otros se sienten más cómodos tomando la decisión con la opinión de la familia del paciente(7).

Una cuestión preocupante es la falta de consenso que se presenta a la hora de establecer cuál es el rol de una ONR frente a la limitación de terapéuticas más allá de las compresiones torácicas. Con esto podemos decir que los médicos no tienen una guía definida sobre como accionar frente a un paciente que establece una ONR, no saben si limitarse a no realizar RCP o además no realizar intubación traqueal, monitorización invasiva, utilizar fármacos vasoactivos, realizar nutrición parenteral, etc. ¿Sería la solución a esta problemática la utilización de formularios preestablecidos y detallados para establecer una ONR que se ajuste a cada paciente? No podríamos asegurarlo ya que esta problemática se presenta en países como EE.UU.(8), en el cual ya existe este tipo de metodología.

Podemos concluir en que los médicos argentinos tienen bastante en claro cómo debería ser abordada una ONR: son conscientes de la importancia del paciente y sus derechos, de la necesidad de comunicación con él y con el resto del personal de salud. Sin embargo, cuando esto se debe llevar a la práctica es cuando falla: no se habla a tiempo con el paciente, no se tiene un acuerdo sobre hasta dónde limitar la acción terapéutica, no se adapta la información a las necesidades del paciente, etc.

Se propone en este trabajo como posible solución el establecimiento de consensos claros sobre las ONR y el aumento de la enseñanza, práctica y abordaje de temas éticos en la formación de los profesionales de la salud para poder darle a los mismos la posibilidad de que puedan hacer valer al máximo los derechos de los pacientes, ya que si ellos fueran pacientes terminales querrían una ONR que se respetara de forma plena. Es necesario fortalecer la formación profesional para enseñar a enfrentar la muerte, cuestión aún en desarrollo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz García J, Canal Fontcuberta I, Martínez Sellés M. Las órdenes de no reanimar. Historia y situación actual. Med clín (Ed impr). 2016;316-20.
2. Yuen JK, Reid MC, Feters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. J Gen Intern Med. julio de 2011;26(7):791-7.

3. Luis Cereceda G. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de mayo de 2011;22(3):369-76.
4. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. [Ethics of the cardiopulmonary resuscitation decisions]. Med Intensiva. noviembre de 2010;34(8):534-49.
5. Rodríguez Núñez A, López-Herce Cid J, Hermana Tezanos M, Rey Galán C. Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica. An Pediatr (Barc). 1 de enero de 2007;66(1):45-50.
6. Pettersson M, Höglund AT, Hedström M. Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology. PLoS One. 2018;13(11):e0206550.
7. Yap HY, Joynt GM, Gomersall CD. Ethical attitudes of intensive care physicians in Hong Kong: questionnaire survey. Hong Kong Med J. agosto de 2004;10(4):244-50.
8. Young KA, Wordingham SE, Strand JJ, Roger VL, Dunlay SM. Discordance of Patient-Reported and Clinician-Ordered Resuscitation Status in Patients Hospitalized With Acute Decompensated Heart Failure. J Pain Symptom Manage. abril de 2017;53(4):745-50.
9. Díaz VL. El derecho a una muerte digna en la legislación Argentina [Internet] [thesis]. 2016 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/11612>
10. Manrique JL, Pelisch AM, Voumard N, Florit S, Barletta D. Orden de no reanimar: una oferta racional y ética. Inmanencia (San Martín, Prov B Aires). 2017;154-8.
11. Chen Y-Y, Su M, Huang S-C, Chu T-S, Lin M-T, Chiu Y-C, et al. Are physicians on the same page about do-not-resuscitate? To examine individual physicians' influence on do-not-resuscitate decision-making: a retrospective and observational study. BMC Med Ethics. 4 de diciembre de 2019;20(1):92.
12. Hall CC, Lugton J, Spiller JA, Carduff E. CPR decision-making conversations in the UK: an integrative review. BMJ Support Palliat Care. marzo de 2019;9(1):1-11.
13. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. BMC Med Ethics. 30 de marzo de 2021;22(1):34.