
El dilema del paro cardiorrespiratorio

R. Estopà

Servei de Pneumologia.
Hospital de Bellvitge - Prínceps d'Espanya. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Perspectiva històrica

A principios de los años sesenta¹ se definió la reanimación cardiorrespiratoria (RCR) como un método terapéutico eficaz en ciertos casos en los que se produce una falta de ritmo cardíaco. Aunque se reconocía que podía ser inútil, el hecho de poder salvar alguna vida hizo que se recomendara su aprendizaje a todo el personal sanitario, tanto en los hospitales como en centros de primera asistencia. A los pocos años de su invención, la RCR se convirtió en un tratamiento aplicado a la gran mayoría de pacientes que sufrían un paro cardiorrespiratorio (PCR), como si fuera obligatorio el realizar la RCR en cualquier situación clínica. Se trataba de un reflejo condicionado de que la cultura de la ciencia podía conseguir la vida eterna a través de la tecnología.

El PCR es el diagnóstico más utilizado para certificar la muerte, ya que representa desde un punto de vista objetivo (el ritmo cardíaco visto en el ECG) el final de la vida. Sin embargo, resulta que el corazón es más resistente a la falta de oxígeno que el cerebro, y que existen pacientes que recuperan el ritmo cardíaco y, sin embargo, han sufrido una hipoxia cerebral irreversible. En esta situación es necesario mantener la vida con ventilación mecánica, o aplicar otras técnicas como la diálisis por fracaso renal, o la alimentación parenteral y todo ello, en su conjunto, sólo puede llevarse a cabo en una unidad de vigilancia intensiva, en la que tras un período de tiempo variable, la mayoría de los pacientes fallecen después de unos días o semanas, y los que se recuperan pueden tener un estado físico peor al que tenían antes del accidente. Los primeros estudios realizados para valorar los resultados de la RCR demostraron que entre un 8 y un 15% de los casos eran dados de alta del hospital, y que tenían mejor pronóstico los pacientes a los que se les había aplicado la terapéutica en áreas especiales, por fibrilación ventricular, siendo peor el pronóstico si el PCR ocurre en una sala de hospitalización convencional o si la causa es una asistolia².

El mejor conocimiento de la ventilación mecánica a lo largo de los años setenta ha permitido que, junto al masaje cardíaco y la descarga eléctrica, pueda utilizarse la ventilación mecánica a través de una sonda de intubación endotraqueal y de esta forma pueda mantenerse en vida durante largos períodos de tiempo un paciente que haya sufrido una parada cardiorrespiratoria de la que se recupera.

Se empezaron a producir situaciones en que la vida podía mantenerse artificialmente, pero con las facultades mentales muy disminuidas o nulas, y así nació el concepto de muerte cerebral que es utilizado actualmente como criterio para la donación de órganos.

Se plantea actualmente, pues, el dilema de si cualquier situación de PCR debe ser asistida con todos los medios disponibles o bien plantearse qué casos son aquellos en los que la vida no puede ser disfrutada de una forma total y debe renunciarse a ciertos aspectos terapéuticos y, en concreto, a la reanimación en caso de PCR³.

Consideraciones éticas y legales

Los objetivos de la intervención médica son los de conservar la vida, mejorar la salud, disminuir el sufrimiento tanto físico como mental y el restablecimiento de las funciones orgánicas. Para conseguirlos, el médico debe basarse en otro principio fundamental que se refiere al de no hacer daño, el siempre recordado *primum non nocere*. Quizá porque al inicio del uso de la RCR no existían leyes que establecieran la utilización o el rechazo de este tratamiento, los médicos y las enfermeras seleccionaban a los enfermos en función de criterios que podríamos considerar que pertenecen también al campo de la filosofía y de la teología, y que posteriormente han ido incluyendo también a la justicia y han provocado una compleja polémica en toda la sociedad.

La mayoría de las constituciones de los Estados modernos consideran que la dignidad humana debe respetarse al garantizar a cada per-

sona el derecho a escoger y tomar cualquier decisión respecto a su vida y de acuerdo a sus ideas⁴. Este derecho que se conoce como *AUTONOMÍA* es el que le permite a un individuo aceptar o bien rechazar un tratamiento. El derecho de cualquier persona a rechazar un tratamiento debe siempre prevalecer sobre el criterio del médico, incluso si éste piensa que la decisión es equivocada. El médico tiene la responsabilidad de informar sobre el pronóstico y la naturaleza de la enfermedad, así como los riesgos y beneficios que puede encontrar a través de las distintas opciones terapéuticas, es decir, curativas. En este sentido no es aconsejable ofrecer todas las opciones terapéuticas posibles de su enfermedad, sino sólo las que tienen particular interés para ayudar al paciente a tomar la más apropiada. Por otro lado, también es cierto que mucha gente se encuentra incómoda tomando decisiones en relación con su salud, y mucho más en relación a su vida y, así, a menudo prefieren que las decisiones las tome el médico. Esta situación representa el lado opuesto a la autonomía que podemos considerar como una forma de paternalismo, en donde el papel del médico es decisivo por lo que a menudo debe buscar la ayuda de la familia, de los amigos y de otros profesionales sanitarios implicados en el caso. También hay que recordar que las decisiones que tomamos en un momento de la vida en que nuestra salud es buena, pueden ser distintas y cambiar en el momento en que nos encontramos enfermos. En ocasiones es difícil opinar sobre si el paciente está en buenas condiciones de dar el consentimiento o negarse a recibir un tratamiento, siendo necesario acudir a la opinión de los familiares o allegados para que participen en la decisión. La Sociedad Americana del Tórax ha publicado recientemente unas normas^{5,6} sobre el «evitar y suprimir un tratamiento que nos mantiene en vida» en las que señala tres aspectos fundamentales para la discusión. El primero es que el respeto a la autonomía del enfermo es fundamental por lo que, si tiene capacidad para tomar decisiones, tiene el derecho a renunciar a cualquier forma de tratamiento. En este sentido se considera que no existen diferencias desde el punto de vista ético entre evitar o suprimir, es decir, entre no aplicar la RCR o desconectar a un enfermo de un ventilador. Ya han aparecido otras opiniones que defienden la existencia de una gran diferencia entre evitar el tratamiento que podría considerarse como una negligencia y el suprimirlo, que sería una forma de homicidio⁷ y en

la práctica no existe ninguna cobertura legal para desconectar un ventilador y, por el contrario, es mucho más fácil no iniciar la RCR. El segundo aspecto es el papel de los familiares o allegados cuando el enfermo no tiene capacidad de decisión. Y, finalmente, el tercero es cuándo se considera inútil el tratamiento.

Desde un punto de vista legal, las cosas no son sencillas ni lo suficientemente precisas. Puede aplicarse la justicia distributiva, que significa que cada persona tiene el derecho a recibir los mismos cuidados, sea cual sea su situación física, social o económica. Este derecho se enfrenta en el momento actual al hecho de que debe hacerse un esfuerzo para controlar los costes sanitarios y, por lo tanto, la justicia distributiva hay que entenderla como la que decide cuáles son las necesidades prioritarias del sistema sanitario en su complejidad como, por ejemplo, decidir si los recursos terapéuticos deben ser los mismos en la infancia que en la edad adulta, o incluso si es más importante invertir en el sistema sanitario o en el educativo.

Es en este sentido en el que cabe preguntarse si ciertas indicaciones de RCR en el PCR no son buenas, ya que lo único que probablemente van a conseguir es que una persona pase sus últimos días en una unidad de vigilancia intensiva⁸. Y la injusticia puede ser no sólo para el que padece una agonía prolongada sino que puede ocurrir que las necesidades de otros no puedan ser atendidas en su justo momento por limitaciones de la oferta sanitaria.

Consideraciones terapéuticas

Como en cualquier terapia el médico delante del PCR debe siempre tener en cuenta el riesgo y los beneficios. Por lo tanto, cuando en un paciente se decide *no reanimar* puede ser una decisión médica en beneficio del paciente; así Jonsen³ afirma que «la RCR no debe usarse en pacientes que morirán de su enfermedad de base en un tiempo corto, o en pacientes que están sufriendo de un dolor intratable o que tienen un coma irreversible». Así, pone el énfasis en el hecho de que la RCR no debe aplicarse en una persona en que su expectativa de vida es muy corta por su enfermedad. Que la muerte sea inminente no es sólo un problema de días o semanas sino también la percepción de que se trata de una situación terminal, ya que las complicaciones derivadas de la RCR pueden llegar a contribuir a una agonía del paciente en peores condiciones que las anteriores al acto terapéutico^{3,9}.

Hay que aceptar que la RCR puede considerarse, en muchos casos, como un tratamiento contraindicado o inútil y de la misma forma que el paciente puede decidir sobre si acepta o no una forma terapéutica, el médico también tiene que tener el derecho a no verse obligado a aplicar una terapia que crea que no obtendrá los objetivos deseados, y al juzgar esta inutilidad el médico debe distinguir entre un efecto que está limitado a una parte del organismo o bien un beneficio que es para la persona en su conjunto. En el primer caso, se trata de un tratamiento incompleto y, por tanto, inútil¹⁰ en muchos casos.

Es en este sentido que parece claro que después de un meticuloso análisis del diagnóstico y pronóstico de una enfermedad y de los potenciales beneficios y riesgos de la RCR debe existir una justificación para que un médico pueda prescribir una indicación de *no reanimar*.

Indicación de *no reanimar*

Puede que exista confusión o falta de precisión en el momento de interpretar el significado de *no reanimar*. Esta indicación no significa que no se monitorice al paciente, se utilicen antibióticos, otros fármacos, alimentación o líquidos, sino sólo el hecho de «*no aplicar la intubación endotraqueal y el masaje cardíaco en caso de parada cardiorrespiratoria*». Los aspectos a tener en cuenta al tomar una decisión pueden resumirse, como afirman Tomlinson y Brody¹¹, en tres puntos: en primer lugar, que no puede obtenerse ningún beneficio; en segundo lugar, cuando se espera que la calidad de vida que resultará después de recuperar el PCR es inaceptable para el enfermo, incluso en el caso de que la supervivencia sea larga, y, en tercer lugar, que la calidad de vida es tan pobre, que el mismo paciente o sus familiares no desean que se tomen medidas para prolongar su situación. Se trata, pues, de hacer comprender que aunque no se utilicen todos los medios disponibles, sí que se van a realizar las acciones necesarias para alcanzar la máxima comodidad del paciente.

En la situación de personas incapacitadas debe persistir todavía el principio de autonomía, aunque la mayoría de las decisiones van a ser tomadas a través de los familiares o de sus allegados. Puede darse incluso el caso de un paciente mayor de 80 años que sufre una neumonía y del que la información que se dispone a través de sus conocidos es mínima¹². Si su situación clínica se agrava y es necesario plan-

tearse la RCR, la decisión puede ser compleja, ya que no es posible esperar una legislación precisa para cada caso, pero la abstención de la RCR puede ser considerada como una buena alternativa¹³.

En el caso de la persona consciente no hay ninguna duda de que el deseo de la familia o los allegados nunca debe sobreponerse a lo expresado por el propio paciente. El pronóstico y la evolución de la enfermedad pueden ser discutidos profundamente entre el médico y el paciente, y este último tiene el derecho a dar su opinión en el caso de que ocurra un PCR, pero este tipo de decisiones pueden ser siempre cambiadas. En este sentido, el estado de Nueva York promulgó en el año 1988 una ley según la cual cualquier persona puede asegurarse de que no se le realizarán maniobras de reanimación y debe firmarlo delante de 2 testigos¹⁴. No es contradictorio afirmar, por lo tanto, que si una persona tiene el derecho a renunciar a una forma terapéutica, el médico también tiene la opción de decidir si la reanimación cardiorrespiratoria es inútil o bien produce más daño que beneficio y, por lo tanto, rechazar este tratamiento^{5,15}.

Relación con la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que pretende medir de una forma amplia los efectos de la enfermedad en la vida de los pacientes a través de preguntas sobre las actividades diarias. Un índice general de salud como el Sickness Impact Profile ha sido utilizado en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹³ y permite diferenciar distintos niveles de severidad. Esta enfermedad incurable obliga a dedicar una atención especial a la calidad de vida y a utilizarla como medida de la eficacia de algunos de los tratamientos propuestos y, en especial, la RCR en caso de agravación de la enfermedad. Cuando no se tiene la autonomía necesaria para comer, vestirse, lavarse, o la incapacidad de moverse y el individuo está en la cama o todo el día sentado, debe considerarse como cuestionable la indicación de la RCR. Puede tratarse de un caso en el que la incapacidad sea sólo para realizar actividades físicas como la deportiva, llevar objetos pesados o subir escaleras. En este caso, hay que valorar los aspectos como la sensación de disnea, de cómo y cuándo es percibida y también los aspectos psicológicos, como las relaciones sociales, de comunicación y las emociones. Otros aspectos como la calidad del sueño, del inte-

rés por la alimentación y del empleo del tiempo completan una información imprescindible. El diálogo con el propio paciente o con la familia valorando estas circunstancias debe ofrecer los conocimientos necesarios para tomar una decisión acertada cuando la muerte está cercana¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closedchest cardiac massage. *JAMA* 1960; 173: 1.064-1.067.
2. Editorial. The closed-chest method of cardiopulmonary resuscitation; revision statment. *Circulation* 1965; 31: 641-643.
3. Jonsen AR, Sieger M, Winslade WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 2ª ed. Nueva York, Macmillan, 1986; 26-35.
4. Annas GL. Nancy Cruzan and the right to die. *N Engl J Med* 1990; 323: 670-673.
5. American Thoracic Society policy statement on withholding and withdrawing life sustaining therapy. *Am Rev Resp Dis* 1991; 144: 726-731.
6. American Thoracic Society policy statement on withholding and withdrawing life sustaining therapy. *Ann Intern Med* 1991; 115: 478-485.
7. Withholding and withdrawing life sustaining therapy. Ethical considerations. *Am Rev Resp Dis* 1992; 145: 249-250.
8. Englehardt TH, Rie MA. Intensive care units, scarce resources, and conflicting principles of justice. *JAMA* 1986; 255: 1.159-1.164.
9. Snider GL. The do-not-resuscitate order. Ethical and legal imperative or medical decision. *Am Rev Resp Dis* 1991; 143: 665-674.
10. Youngner SJ. Futility in context. *JAMA* 1990; 264: 1.295-1.296.
11. Tomlinson T, Brody H. Ethics and communication in do-not-resuscitate orders. *N Engl J Med* 1988; 318: 43-46.
12. Braithwaite S, Thomasma DC. New guidelines on foregoing life-sustaining treatment in incompetent patients; an anticruelty policy. *Ann Intern Med* 1986; 104: 711-715.
13. Taffet GE, Teasdales TA, Luchi RJ. In hospital cardiopulmonary resuscitation. *JAMA* 1988; 260: 2.069-2.072.
14. Swidler RN. The presumption of consent in New York State's do-not-resuscitate law. *NY State J Med* 1989; 89: 69-72.
15. Estopà R. Límites de la reanimación respiratoria (editorial). *Med Clin (Barc)* 1984; 83: 19-20.
16. Jones PW. Measurement of quality of life in chronic obstructive lung disease. *Europ Respir Rev* 1991; 5: 445-453.
17. Schrier AC, Dekker FW, Kaptein AA, Dijkman JH. Quality of life in elderly patients with chronic non specific lung disease seen in family practice. *Chest* 1990; 98: 894-899.

DISCUSIÓN

L. BUISAN: Quisiera manifestar mi opinión de que las decisiones terapéuticas no pueden ser suplidas por la legislación. Pienso que en la comunidad científica médica debemos tener los criterios científicos suficientes como para no tener que reclamar la necesidad de una legislación sustitutiva de nuestras decisiones terapéuticas. Si un paciente está conectado a un respirador y este tratamiento no tiene ningún sentido, creo que es lícito desconectar el respirador, sin necesidad de tener que recurrir a la legislación para poder hacerlo.

M.ª V. CAMPS: Creo que el concepto de calidad de vida es un concepto confuso, ambiguo,

pero que necesariamente tiene que ser así porque también hay que tener en cuenta la autonomía del médico. Me gusta citar a Aristóteles, que defendía una ética de las virtudes, y especialmente la virtud de la prudencia como la fundamental, y la prudencia consiste en saber escoger el término medio, es decir, saber decidir en cada caso qué es lo que hay que hacer. Aristóteles ponía como ejemplo de prudente al buen médico. El buen médico no es el que tiene un concepto de salud muy claro, que pueda aplicar a cada caso, sino aquel que sabe en cada caso improvisar y decidir qué es lo que hay que hacer.