

PRESENTACIÓN

Fernando CANO VALLE*

La resucitación cardiopulmonar para el manejo del paro cardiaco es una actividad que implica no solamente un conocimiento médico profundo, además representa un entrenamiento depurado de todo un grupo humano a fin de recuperar la vida de un paciente, su uso ha abierto todo un frente de análisis y debate en torno a la eutanasia.

En los años cuarenta y cincuenta el uso del masaje cardiaco con tórax abierto en el quirófano había sido el método de elección ante un paro cardiaco, así como el uso de la respiración boca a boca, estimulación eléctrica del corazón en las diversas salas hospitalarias e incluso en el ámbito extra-hospitalario.

Hoy, el equipo médico y de enfermería ofrece el apoyo de resucitación mediante compresión torácica, intubación y ventilación mecánica, drogas intravenosas, uso del desfibrilador, etcétera. Como cualquier otro tratamiento médico, no hay duda: *el procedimiento salva vidas*; ¿a qué costo y qué beneficio? Esa es una pregunta importante. Como paralelo al avance de tecnologías médicas para un mayor soporte vital del paciente en estado crítico, aparecen nuevas actitudes en las salas de urgencias y de terapia intensiva. Éstas se podrían resumir en dos palabras:

No resucitar. Ahí aparece toda una serie de interpretaciones y dilemas en donde no es infrecuente que el grupo médico se arroge

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

la definición de si o no resucitar, y, *de facto*, incurrir en un acto de eutanasia.

El propósito de las unidades de cuidados intensivos es proveer el soporte tecnológico bajo monitorización de pacientes en estado crítico cuya recuperación es posible.

La dinámica de trabajo en esas unidades es intensa, basada en el avance tecnológico, sofisticación farmacológica, y en donde el criterio predictivo es fundamental por la elevada mortalidad que ahí sucede.

En los últimos años se han elaborado diversas metodologías y protocolos que guían la actividad médica en esos espacios hospitalarios y que son de gran ayuda en la evaluación permanente del enfermo y la predicción de sobrevida.

Algunas de estas metodologías, y citaré algunas, permiten la conformación de criterios médicos que, no hay duda, son una plataforma médica, científica y ética para tomar decisiones.

Prism, Pediatric Risk of Mortality, *score* basado en el examen clínico y apoyo de laboratorio muestra en forma objetiva el estado funcional orgánico de un niño en estado crítico.

La predicción de muerte en una unidad de cuidados intensivos mediante evaluaciones como Apache III, permiten ver cómo la mortalidad en grupos etáreos es muy diferente. Por ejemplo, en 255 unidades de cuidados intensivos en 161 hospitales de Estados Unidos ingresaron 37,668 pacientes (1993-1996). La predicción de muerte en niños de 0 a 10 años fue de 2.9%, de 20-30 años de 14.2%, de 40-50 años de 44.7%, y en personas mayores de 70 años el 75% fallece. Independientemente de las causas.

Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (Apache por sus siglas en inglés) I, II, III, sustenta un alto nivel predictivo del costo en terapia intensiva médica. Lo que permite estimar costos en el 2000 con una base de 263,700 dólares *per capita*, si el promedio de mortalidad es de menos del 30% en una estancia de 3-7 días; se incrementa el costo *per capita* a 768,600 cada 24 horas si la mortalidad es mayor al 50%.

Saps II Score simplificado, estado fisiológico agudo. Es otro modelo de probabilidad de muerte basado en las características del paciente, como sexo, edad, cirugía previa, estado vital, estancia hospitalaria, entre otros parámetros. Estos modelos predictivos nos han señalado que el shock cardiogénico, la insuficiencia cardiaca congestiva, isquemia e infarto cardiaco también son las primeras causas; neumonías virales o bacterianas, insuficiencia hepática, sangrado de tubo digestivo, hemorragia intracerebral, trauma craneano y sepsis urinaria suelen ser las más frecuentes y de mayor mortalidad.

Por otro lado, la opción eutanásica si señala la participación de algún componente de la sociedad lo hace especialmente con la actividad médica; también es necesario decir que la actividad médica en sentido tradicional, a semejanza de la actividad jurídica, implica el reconocimiento y relación con el otro. Ambas ciencias se encuentran con el hombre y ambas se nutren de la competencia y autonomía de la persona. Sin embargo, el reclamo autónomo no sólo exige respeto y subordinación desde la perspectiva del médico, no así desde la perspectiva jurídica. No pocos países en la actualidad mencionan que una fórmula que podría mediar ambos terrenos se encuentra en los denominados testamentos biológicos o vitales, es decir testamento sobre la aplicación de la muerte en ciertas circunstancias que no necesariamente implican la legalización o despenalización de la eutanasia.

El testamento vital representaría un paso adelante en lo legislativo, y se concede a los pacientes, bajo seguridad jurídica, el derecho a decidir, aceptar o rechazar un tratamiento sobre todo cuando la vida ya se encuentra irremediablemente comprometida; si bien plasmar en un documento todas las soluciones viables se muestra difícil y complicado por lo indeterminable del futuro, no es menos cierto que aquellos planteamientos generales tendrán que ver, por supuesto, con el sentido ético de quienes la practican como la garantía de una muerte digna de quien la recibe.

Acerca de la complejidad de la eutanasia, Romeo Casabona escribe:

Hay que dejar sentado que en la realidad se presentan con una complejidad muy superior, que dificulta la valoración de la oportunidad de la decisión a tomar. Afirmaciones como “incurable”, “proximidad de la muerte”, “perspectivas de curación”, “prolongación de la vida”, etcétera, son posiciones muy relativas y de una referencia en muchas ocasiones poco fiable. De ahí la exquisitez y escrupulosidad que habrá que tener a la hora de enfrentarse con el caso concreto.

Muchas interrogantes de la eutanasia, de la experimentación humana, de la manipulación genética y de los otros temas de la bioética, como calidad de la atención médica, conviene estudiarlos en sus términos más sustanciales y generales para iluminar a los especialistas y a la opinión pública que, a veces, queda desdibujada y confundida por la excesiva ligereza de planteamientos y de conclusiones en algunos medios de comunicación que tocan y tergiversan principios fundamentales que afectan radicalmente a la sociedad en la tolerancia, punto de encuentro entre autonomía y no autonomía.

Durante las dos mesas de trabajo en las que se vieron los aspectos jurídicos, bioéticos y de derechos humanos, reiteradamente se habló de la autonomía del paciente como un valor supremo en una *sociedad liberal* por lo que la *eutanasia no debería ser un delito*; sin embargo, también se sostuvo que esta máxima es insostenible ante el derecho.

También en forma reiterada se mencionaron las diversas actitudes de algunos médicos sobre el ensañamiento terapéutico o distanasia (hecho que llamó la atención de uno de nuestros asistentes a la red de video conferencia y que señaló la conveniencia de que los juristas pudieran acercarse un poco a la vida hospitalaria). Respecto a la atención médica del paciente en estado crítico y/o el enfermo terminal, en 1992, la Sociedad de Medicina Crítica en Estados Unidos publicó los resultados de la eva-

luación de esos especialistas. Mostraban que el 87% de los especialistas prolongaban los tratamientos innecesariamente; posteriormente, en 1995, se encontró que el 96% de los especialistas en terapia intensiva médica sostenían el tratamiento en espera de la muerte en forma prolongada hasta por un año, a pesar de que el 34% de los pacientes habían señalado en sus directrices avanzadas o la subrogación de sus decisiones ser discontinuados de cualquier forma de vida artificial. Aún más, la evaluación mostró que el 82% de los esfuerzos médicos se encontraban en el terreno de la futilidad.

Al parecer, aquellos que señalan las políticas de salud y los que conforman las decisiones personales deben profundizar más en la conformación de un balance entre el principio de respeto a la vida y el respeto a la autonomía, con el propósito de proteger al individuo y a la sociedad.