

Preferencias de RCP entre los profesionales sanitarios en México: Factores que influyen

VARON J¹, ACOSTA P², HUERTA-AA³, RAMOS Y⁴, BARUCH LILIA⁵, HERRERO S⁶, FROMM RE⁷

1. The University of Texas Health Science Center, St. Luke's Episcopal Hospital, Houston, Texas; 2. Dorrington Medical Associates, Houston, Texas; 3. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México; 4. Universidad Autónoma de Baja California, México; 5. Hospital Mugarza, Monterrey, México; 6. Hospital de Cabueñes, Gijón, Spain, Texas; 7. The Methodist Hospital, Houston.

RESUMEN

Propósito: El propósito de este estudio era determinar la influencia del trasfondo personal en las preferencias de resucitación cardiopulmonar (RCP) entre una cohorte de profesionales sanitarios en México. **Métodos:** Una encuesta a 256 trabajadores de la salud (incluyendo médicos y enfermeras) fue realizada en 2 ciudades de México. Examinamos datos demográficos incluyendo la edad, género, profesión, religión, especialidad, entrenamiento, y preferencias personales sobre resucitación bajo una variedad de decorados clínicos. **Resultados:** La edad media de los que respondieron tenía 31.4±9.4 años de edad. Los médicos y las enfermeras abarcaron el grupo de la mayoría (53.8 y 43.17%, respectivamente). El 20% de las enfermeras trabajó en unidades de cuidados intensivos. El 70% de los que respondieron se caracterizó como cristiano y un 24.3% dijo no ser cristiano. Los respondedores, consideraron que el cáncer acarrea peor pronóstico para la RCP, entre otros padecimientos. Los respondedores identificaban la calidad de vida como el factor más importante para determinar la agresividad a las tentativas de la resucitación. El 48.9% de los respondedores se consideró apropiado para un manejo completo de resucitación y el 21% nunca había considerado sus propios deseos de resucitación. El 48.5% desearía que se parara la RCP si hubiera fracasado después de 10 minutos y el 37.2% adicional si el fracaso de la RCP ocurriera en un plazo de 20 minutos. Muchos de los proveedores de cuidados médicos respondieron, que no solicitarían el inicio de RCP para sí mismos en el acontecimiento de un fallo cardíaco si fueran mayores de 65 años (49.5%), estar en fase avanzada de enfermedad renal (23%), SIDA (el 24%), cáncer metastásico (10%), lesión sobre la médula espinal (nivel de T6) (22%), Alzheimer (28%), obstrucción crónica al flujo aéreo (COPD) (30%) y SARS (39%). **Conclusiones:** Para los profesionales que desarrollan el cuidado médico y que participan en esta encuesta, la calidad de vida resultante es el factor más importante en la determinación del inicio de la resucitación. Muchos no desearían que les realizaran la RCP si presentaran enfermedades crónicas significativas o una edad avanzada. **Palabras clave:** No-intervenciones de resucitación, resucitación cardiopulmonar, ética, arresto cardíaco, paro cardíaco, reaminación.

INTRODUCCIÓN

La resucitación cardiopulmonar moderna (RCP) ha sido un procedimiento universal validado para las víctimas de un paro cardíaco inesperado por más de cuatro décadas desde los estudios de Kouwenhoven y asociados en 1960.^{1, 2} Este procedimiento se debe utilizar en pacientes donde haya una ocasión razonable para restablecer la función cardiopulmonar y cerebral así como para prolongar la vida.³ Las preferencias de los pacientes, el

resultado esperado y el costo de la intervención hacen de la RCP una intervención apropiada o inapropiada.⁴ En la mayoría de las ocasiones, los deseos de resucitación del paciente son desconocidos y los proveedores de cuidados médicos deben determinar la agresividad del esfuerzo de la resucitación. La condición médica, el pronóstico y la calidad de la vida prevista, están entre los puntos de vista más críticos a considerar en el grado de recomendación de la resucitación.

Tomar decisiones para limitar el cuidado, en pacientes críticamente enfermos no es siempre fácil.⁵ Los deseos de los pacientes con respecto a la resucitación son supremos en el momento de la determinación de que un paciente es etiquetado como “No intervenciones de resucitación” en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en los departamentos de emergencias, pero los profesionales sanitarios tienen una influencia y una responsabilidad enormes.⁶

Aunque algunas guías de consulta, han sido promulgadas con respecto a la iniciación, la continuación, y el fin de la RCP,^{7, 8} la aplicación de las mismas, tiende a ser influenciada por el juicio médico del profesional. Los datos en los Estados Unidos, han mostrado que este juicio es influenciado por las actitudes y las preferencias con respecto al final de la vida, por el profesional sanitario.⁹ De hecho, las actitudes son influenciadas por perspectivas médicas, sociales, éticas, religiosas y culturales. Nosotros hemos descrito previamente los deseos de la resucitación entre una cohorte de médicos en los Estados Unidos.⁵ El propósito de este estudio era identificar las preferencias personales de los profesionales sanitarios en México hacia la resucitación para sí mismos.

MÉTODOS

Utilizando un cuestionario de 15 preguntas con respecto a deseos sobre resucitación, se hizo una encuesta confidencial y anónima. La encuesta fue distribuida a 300 profesionales sanitarios en dos reuniones de medicina de urgencias y cuidados críticos en las ciudades de Monterrey y en Ciudad de México, México. Fueron incluidos en el cuestionario, datos sociodemográficos como información con respecto a la edad, género, la profesión, la religión, la especialidad y el entrenamiento específico.

Cuadro 1. Porcentaje de encuestados que querían ser resucitados en circunstancias específicas.

Condición	SI	NO
Más de 65 años de edad	51.5%	49.5%
Enfermedad renal terminal	87%	23%
SIDA	86%	24%
Cáncer metastásico	90%	10%
Sepsis	0%	100%
Infarto de miocardio	34%	66%
Lesión medular espinal (arriba T6)	78%	22%
Demencia de Alzheimer	72%	28%
OCFA severo*	70%	30%
Hemiplejía	0%	100%
SARS**	61%	39%

* Obstrucción Crónica al Flujo Aéreo

** Síndrome Agudo Respiratorio Severo

El cuestionario también incluyó preguntas con respecto al estado de directivas anticipadas personales y de preferencias de RCP bajo una variedad de situaciones hipotéticas. No hubo seguimiento inicial a los profesionales de la salud que no participaron en la encuesta.

Los datos fueron analizados usando la versión 6.0 de STATA (STATA Corporation College Park, TX, USA). Un valor de $p < 0.05$ fue aceptado como significativo. Los datos de la ratio de cociente eran analizados usando Student's *t*-test y las tablas de contingencia fueron construidas para datos categóricos.

RESULTADOS

Distribuimos las 300 encuestas entre los profesionales sanitarios en la Ciudad de México y Monterrey, México, y obtuvimos respuesta de 256 (85.33%). Nuestra encuesta fue completada con una edad media de 31.42 ± 9.35 años.

El 53.8% de los encuestados eran médicos, un 43.17% eran enfermeras, un 0.8% eran técnicos en terapia respiratoria y un 0.2% eran farmacéuticos. De las enfermeras que habían respondido, el 20% trabajaba en un ambiente de UCI. Los que respondieron indicaron que estuvieron implicados en situaciones de resucitación, regularmente, muchos de ellos participaron en más de 20 tentativas de RCP. Las preferencias religiosas de los que respondieron fueron: el 75.7% se identifica como cristiano y un 24.3% como no-cristiano y en un 24.34% otras (islam, budismo, judaísmo o ateo).

La mayoría de los encuestados (48.9%), se consideró apropiado para realizar un intento de resucitación completo en caso de paro cardíaco, y el 21% alguna vez no había considerado el inicio de la resucitación. El 22% de los encuestados consideraban importante el momento de la parada, como determinante de la agresividad (véase figura 1).

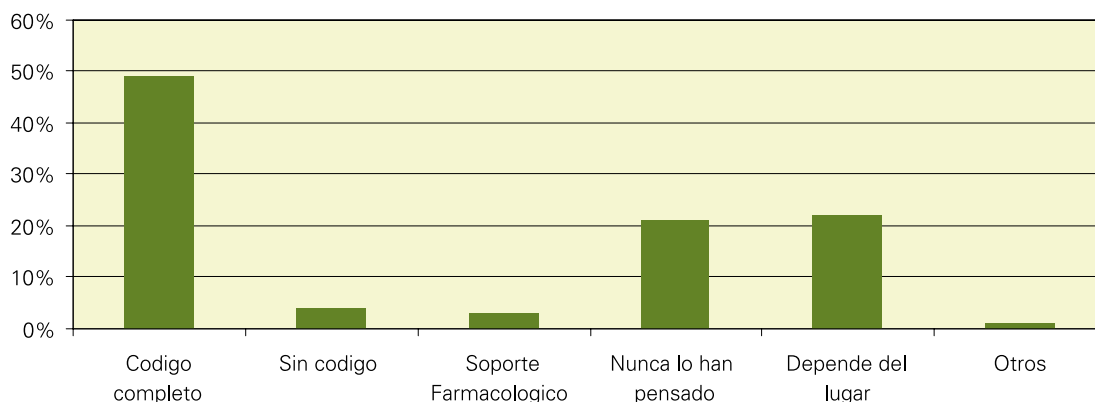
Para la mayoría de los encuestados, la entidad clínica que fue considerada de peor pronóstico en los intentos de resucitación fue la presencia de cáncer (28.5%) seguida por insuficiencia renal (21.6%), la sepsis, SIDA, el infarto de miocardio y el SARS.

Más de la mitad de los encuestados considerará, la futura calidad de vida ($p < 0.5$) como el más importante factor para determinar la agresividad de los intentos de resucitación seguido por la edad, la condición actual y la historia médica previa (véase figura 2).

Curiosamente descubrimos que en el evento hipotético de sufrir cáncer metastásico o en el escenario de enfermedad renal terminal, a un 90 y un 88% de los encuestados, respectivamente les gustaría ser resucitados. Quizás sorprendentemente, el 100% de los profesionales sanitarios indicaron que no querían RCP durante un episodio de sepsis o de hemiplejía (cuadro 1).

Cuando la pregunta resulta sobre cuál es el lugar en el hospital con más éxito para resucitar a los pacientes, las

Figura 1. Deseos de resucitación entre los encuestados tras una PCR.



salas de urgencias fueron consideradas por muchos de los encuestados como la mejor ubicación, seguido por la UCI y las salas de quirófanos. En caso de paro cardíaco en medio de la noche, los encuestados preferirían ser resucitados en un hospital privado en vez de un hospital público o universitario y a la mayoría les gustaría que todas sus intervenciones de resucitación fueran dirigidas por un médico consultor, en vez de un médico en entrenamiento o una enfermera de cuidados críticos.

Los encuestados demostraron tener preferencia hacia un grado de esfuerzo de resucitación breve; el 48.5% desearía que la RCP fuera parada si se vislumbra fracaso después de 10 minutos y adicionalmente el 37.2 % después de 20 minutos.

DISCUSIÓN

Los profesionales sanitarios de todo el mundo frecuentemente se ven inmersos con víctimas de un paro cardíaco. La RCP ha sido defendida por décadas como una maniobra terapéutica que puede servir para salvar vidas.¹⁰ A pesar de su uso extendido, muchos estudios han documentado la naturaleza fútil de la RCP en contextos clínicos variados.¹¹⁻¹³ Además, claramente, algunos profesionales sanitarios tienen tendencia a sobreestimar la utilidad de esta terapia que salva vidas.¹⁴

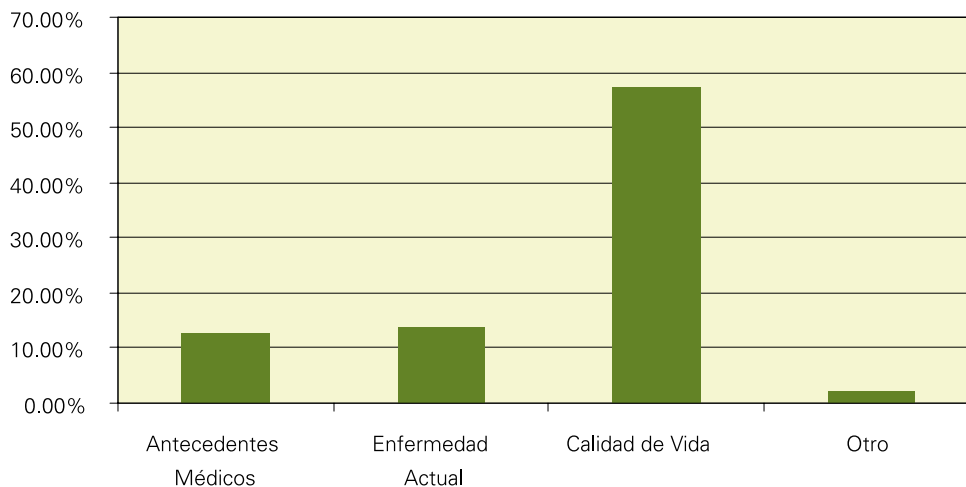
En nuestro estudio, muchos de los encuestados profesionales sanitarios estaban a favor de la RCP para sí mismos si sufrían un paro cardíaco. Curiosamente, el 21% de los encuestados nunca había pensado en sus propios deseos en cuanto a las intervenciones de resucitación en caso de paro cardíaco. Hemos demostrado previamente, que los profesionales sanitarios creen que sobre la RCP hay enormes influencias por sus experiencias con pacientes especiales y en situaciones específicas.¹⁵ En contraste con nuestras observaciones previas, este estudio demuestra una tendencia de los profesionales sanitarios mexicanos hacia la resucitación comparada a estudios similares hecho en Singapur y en los

Estados Unidos, donde muchos declinarían la resucitación completa para sí mismos en caso de paro cardíaco. En Singapur solamente el 34% querían “todas las intervenciones de resucitación” mientras que en el 48.9% de los encuestados, en nuestro estudio en México, desearían un esfuerzo de resucitación completo.^{5,16}

Descubrimos que dos tercios de los encuestados eran Cristianos (predominantemente católicos), que pueden explicar algunas de las diferencias observadas. El catolicismo tiene ideas específicas respecto a los conceptos de la vida y la muerte; la vida es un obsequio de Dios y debe ser respetado.¹⁷ Para la fe católica, el fracaso a usar medidas convencionales para mantener la vida no es aceptable y es visto moralmente como equivalente del suicidio. Las medidas convencionales y extraordinarias tienen definiciones específicas en la doctrina católica. En hospitales católicos en los Estados Unidos y Canadá, las medidas convencionales hacen referencia a la preservación de la vida con el uso beneficioso de medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas con una esperanza razonable de beneficio hacia el paciente, considerando su costo, el dolor u otros inconvenientes, mientras que las medidas extraordinarias hacen referencia a toda medicación, tratamientos e intervenciones quirúrgicas que no consideren su costo, el dolor y otras inconveniencias sin un esperado y razonable beneficio para el paciente.¹⁸

La habilidad para prolongar o sostener la vida ha sido relacionada con complejos dilemas éticos, sociales y legales siempre. El significado de la muerte ha cambiado con el tiempo, la cultura, las religiones, las creencias personales y los avances científicos en cada país y en cada época. En México, la manera en que es vista la muerte varía entre grupos autóctonos y población rural y urbana. En este país también hay una mezcla de religión, respeto, veneración y en ocasiones es motivo de fiesta el bromear con la muerte.¹⁹ Es, sin embargo, sorprendente que a pesar de que este sentido de la muerte sea parte del profesional sanitario

Figura 2. Otros factores que han determinado una resucitación agresiva entre los encuestados



mexicano, un 21% de nuestros encuestados nunca habrían pensado en la RCP para sí mismos en un paro cardíaco.

Muchos de los profesionales sanitarios en esta encuesta declinarían la RCP para sí mismos en específicos escenarios médicos, como una enfermedad crónica subyacente y la edad. No estamos sorprendidos al descubrir que el 49% de los encuestados declinarían la RCP si fueran más viejos que 65 años. En un estudio previo dirigido en Singapur, descubrimos que un 54% de los encuestados declinaría la RCP si su edad fuera mayor que 65 años. Aunque ha sido mostrado en otros estudios que la edad afecta al resultado de muchas enfermedades, las personas de edad que sufren un paro cardíaco parecen tener resultados similares a personas individuales más jóvenes.^{20, 21}

Nuestros datos también indican una contradicción importante: mientras más del 50% de los encuestados consideró que el cáncer tuviera peor pronóstico tras el paro cardíaco, al 90% de los encuestados les gustaría ser resucitados incluso en caso de un paro cardíaco con un cáncer metastático subyacente. Esto indica cómo la inclinación personal hacia los diferentes escenarios clínicos podría ser un paso esencial a las decisiones de resucitación en nuestros pacientes.

Antes de que un clínico determine iniciar o no, la resucitación cardiopulmonar para cualquier paciente, tiene que valorar muchos factores esenciales. Entre los asuntos más importantes es tener en cuenta los deseos del paciente, el beneficio probable o la futilidad de una RCP, además de las cargas que una RCP probablemente supondría sobre el

paciente, dada su condición de salud. La comunicación y la relación médico-paciente son puntos clave fundamentales para comprender las preferencias de los pacientes, para iniciar o renunciar a una RCP. Para la mayoría de nuestros encuestados, el factor más importante para considerar realizar una RCP en caso de un paro cardíaco, es la futura calidad de vida del paciente.

Algunas limitaciones existen en el diseño y datos del estudio. Esta población representa un subconjunto de un estudio multinacional más grande con una metodología fija. Aunque el 82.3% de las encuestas fue devuelto (un número loable), la falta de seguimiento inicial a los no encuestados podría llevar un poco de prejuicio en los resultados. Además, los profesionales sanitarios que fueron encuestados estaban participando en un programa de medicina de emergencias y cuidados críticos, y no podrían representar al espectro completo de profesionales sanitarios mexicanos involucrados en la resucitación en general.

CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios en México tienen una tendencia a ser influidos sobre sus sentimientos hacia la RCP y a sus propias experiencias personales. Las creencias culturales y religiosas también podrían tener un papel importante en determinar sus deseos de resucitación.

Fue encontrada una inclinación sorprendente de parte de los profesionales sanitarios en México, en el sentido de que sean aplicadas todas las intervenciones de resucitación en caso de un paro cardíaco.

Agradecimiento

Los autores desean agradecer a todos participantes de este estudio y al Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirnos la distribución de la encuesta entre los participantes en sus reuniones.

Conflictos de interés

Los autores no presentan ningún conflicto de interés en este estudio.

Bibliografía

1. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG: Closed-chest cardiac massage. JAMA 1960; 173:1064-1067.
2. Hurt R: Modern cardiopulmonary resuscitation-not so new after all. J R Soc Med 2005; 98: 327-331.
3. Birtwistle J, Nielsen A: Do not resuscitate: An etical dilemma for the decision-maker. Br J Nurs 1998; 7: 543-549.
4. Mohr M, Kettler D: Ethical conflicts in emergency medicine. Anaesthesist 1997; 46: 275-281
5. Varon J, Sternbach GL, Rudd P, Combs AH: Resuscitation attitudes among medical personnel: how much do we really want to be done? Resuscitation 1991; 22: 229-235.
6. Cook DJ, Guyatt G, Rocker G, Sjøkvist P, et. al: Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive-care unit: an international observational study. Lancet 2001; 358: 1941-1945.
7. Lockey AS: Recognition of death and termination of cardiac resuscitation attempts by UK ambulance personnel. Emerg Med J 2002;19(4):345-347.
8. 2005 American Hearth Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2005; 112: IV 1 – IV 203.
9. Marik PE, Varon J, Lisbon A, Reich HS: Physicians' own preferences to the limitation and withdrawal of life-sustaining therapy. Resuscitation 1999; 42: 197-201.
10. Ballew KA: Recent advances: Cardiopulmonary resuscitation. BMJ 1997; 314: 1462 – 1465.
11. Khalafi K, Ravakhah K, West BC: Avoiding the futility of resuscitation. Resuscitation 2001; 50: 161-166
12. Ewy GA: Cardiac Resuscitation: When is Enough Enough? N Eng J Med 2006; 355: 510-512.
13. Murphy D, Murray A, Robinson B, et al (1989) Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. Ann Intern Med 1989; 111: 199-205.
14. Miller DL, Gorbien MJ, Simbartl LA, Jahnigen DW factors influencing physicians in recommending in hospital cardiopulmonary resuscitation. Arch Intern Med 1993; 153: 1999-2003.
15. Varon J, Fromm RE, Sternbach GL, Combs AH: Discrepancy in resuscitation beliefs among physicians at various levels of training. Am J Emerg Med 1993; 11: 290-292.
16. Varon J, Bisbal Z, Vargas B, Fromm RE, YH Tai D: Cardiopulmonary resuscitation preferences among health professionals in Singapore. Crit Care & Shock 2004; 7: 219-225.
17. Huerta Alardin A L, Cruz-Amador A, Sternbach G L, Varon J: Withholding and withdrawing life-support. Crit Care & Shock 2004; 7: 64-68.
18. Markwell H, Brown B: Bioethics for clinicians: 21. Catholic bioethics. Can Med Assoc J 2001; 165: 189 - 192
19. Gutiérrez-Sampeiro C: La bioética ante la muerte. Gac Med Mex 2001; 137: 269-276.
20. Wuerz RC, Holliman CJ, Meador SA, Swope GE, Balogh R: Effect of age on prehospital cardiac resuscitation outcome. Am J Emerg Med 1995; 13:389 – 391
21. Varon J, Fromm RE: In-hospital resuscitation among the elderly: Substantial survival to hospital discharge. Am J Emerg Med 1996; 14: 130-132.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias sobre tiros a Joseph Varon

MD, FACP, FCCP, FCCM. 2219 Dorrington St, Houston, TX. 77030, USA, Tel. 713-669-1670, Fax 713-669-1671

Joseph.Varon@uth.tmc.edu

Este artículo puede ser consultado en la página de internet www.hgculiacan.com