

EL REGRESO A LA VIDA TRAS LA MUERTE CLÍNICA: EL FENÓMENO DE LÁZARO

AUTORÍA

Villarejo Aguilar, Luis*.

* Enfermero DCCU-Andújar, Jaén. Máster en Investigación en salud. Experto en Bioética. Miembro del grupo de investigación de la SEEUE en emergencias extrahospitalarias.

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

El fenómeno de Lázaro es el retorno de la circulación espontánea tras el cese de la RCP. Su nombre se debe al milagro descrito en el Evangelio en el que Jesús resucitó a Lázaro cuatro días después de su muerte.

Es poco frecuente y excepcional, por lo que aún no existen estadísticas epidemiológicas nacionales o internacionales, se desconocen las causas, aunque hay teorías sobre los casos documentados en la bibliografía médica.

Sería recomendable establecer un criterio unificado en la toma de decisiones para el cese de maniobras de RCP y actuar con prudencia antes de certificar la muerte clínica, ya que de producirse un fenómeno de Lázaro podría tener consecuencias éticas y legales.

PALABRAS CLAVE

Fenómeno de Lázaro, Resucitación cardiopulmonar, Parada cardiorespiratoria, Muerte.

TITLE

BACK TO LIFE AFTER DEATH CLINIC: THE LAZARUS PHENOMENON

ABSTRACT

The Lazarus Phenomenon is the return of spontaneous circulation after cessation of PCR. Its name comes from the miracle described in the Gospel where Jesus raised Lazarus four days after his death.

It is rare and exceptional, so there is still no national or international epidemiological statistics, the causes are unknown although there are theories about the cases documented in the medical literature.

It would be advisable to establish a unified approach in making decisions for the cessation of CPR and caution before certifying clinical death as a result of Lazarus phenomenon may have ethical and legal implications.

KEY WORD

Lazarus Phenomenon, cardiopulmonary resuscitation, cardiac arrest, death.

INTRODUCCIÓN

El Fenómeno de Lázaro es el suceso por el cual una persona declarada clínicamente muerta tras maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada vuelve a tener signos o funciones vitales. Se define más concretamente como el retorno de la circulación de forma espontánea tras una parada cardiaca con reanimación fallida.

Su origen se debe a uno de los milagros más significativos descritos en el Evangelio Jn., 11, 17 al 45, mediante el cual Jesucristo devolvió la vida a un hombre llamado Lázaro cuatro días después de muerto.

La preocupación del ser humano con la muerte y la resurrección es universal. Así está constatado y documentado en el Antiguo Testamento y el Nuevo Testamento con la resurrección de Jesús, continuando presente esta creencia en el judaísmo, en el Cristianismo y en el Islam.

La resurrección hace referencia al acto de resucitar, de renacer, de dar vida; es considerada un mito y es uno de los dogmas de fe del cristianismo, una idea de índole teológica-filosófica, no teniendo cabida en el ámbito científico. Por otro lado, la muerte entendida como el final de la vida ha de entenderse como un proceso, que dependiendo de la intensidad y naturaleza de la causa que la produce tendrá una duración diferente, estando integrada por una sucesión evolutiva de fases de desestructuración progresiva del funcionamiento integrado del organismo.

A lo largo de la historia, la forma de diagnosticar la muerte de los seres humanos ha variado. De hecho, sigue sin existir un acuerdo unánime sobre lo que separa la vida de la muerte. Tal línea es difusa y su identificación, sobre todo en el caso de los seres humanos, siempre ha sido un tema de debate. Durante siglos se aceptó que la ausencia del pulso, la respiración y el latido eran los síntomas de que una persona estaba muerta. Sin embargo, estos signos servían más para determinar cuándo la tarea del médico debía darse por concluida que para identificar cuándo realmente había muerto una persona. La evolución a lo largo de los siglos XVIII y XIX de los criterios diagnósticos para determinar la muerte fue muy variado; en esos tiempos para saber si el paciente continuaba respirando, se solía colocar un vaso con líquido en el pecho del moribundo, o un candelabro encendido, una pluma o un espejo ante su nariz. Otra técnica empleada era la de sumergir en agua la cabeza del paciente y comprobar si exhalaba burbujas. Para comprobar la existencia de pulso, a veces se escuchaba el latido del corazón, se realizaba una exploración manual o incluso se abría una arteria y se comprobaba si la sangre seguía circulando. Otras veces se daba por definitiva la frialdad del cuerpo. También se empleó como criterio la ausencia de respuesta a estímulos, tales como la inhalación de sales o el sonido de una trompeta al lado de los oídos. La desconfianza que se tenía por el diagnóstico de muerte se mantiene hasta mediados del siglo XX. Los crecientes avances tecnológicos aplicados al soporte vital hacen que se pueda mantener una persona cuyo corazón y cuya respiración se han parado con vida. O que una persona cuyo cuerpo está caliente y cuyo corazón continúa latiendo puede haber fallecido desde hace varias semanas. Puede incluso ocurrir, y de hecho ha ocurrido, que una mujer muerta dé a luz a un bebé vivo cuatro meses después de su fallecimiento. Estos casos generan nuevas problemáticas éticas, legales y jurídicas y provocan que haya que redefinir el concepto de muerte. La definición actual de muerte cerebral contempla el cese de toda actividad, tanto la de la corteza como la del tronco cerebral y es la que marca la línea legal entre las personas vivas y las muertas.

Por otra parte, la reanimación es definida por la Real Academia Española como el “Conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar o mantener las constantes vitales del organismo”. Desde la aparición de las técnicas de resucitación cardiopulmonar, en la década de los años 60, su aplicación ha demostrado utilidad para salvar vidas. Estas técnicas han ido en paralelo al explosivo desarrollo de la medicina intensiva.

La experiencia, sin embargo, nos ha llevado a concluir que estos procedimientos, habitualmente aplicados en situaciones extremas, tienen éxito sólo en una minoría de casos. La probabilidad de que la resucitación tenga éxito aumenta si hay testigos de la pérdida de conocimiento, si los testigos circunstanciales pueden realizar la RCP y si el tiempo que transcurre entre la pérdida de conocimiento y la llegada de los profesionales es corto, aunque el desenlace más habitual es el fracaso de la RCP y muerte del paciente. No existe, por otra parte, una indicación específica de en quién y cuándo iniciar maniobras de RCP, es decir, está claro que se tratará de un paciente en parada respiratoria y circulatoria, pero el criterio fundamental será que pensemos que existe la alternativa de reversibilidad. La falta de respuesta ante la actividad reanimadora y el transcurso del tiempo desde el inicio de la RCPA suelen ser los criterios habituales en la toma de decisión para finalizar la misma.

Sin embargo estos criterios deben ser revisados ya que pueden darse, en ciertas ocasiones, un retorno espontáneo de la circulación tras finalizar la RCP o el denominado “Fenómeno de Lázaro”, que está descrito en la literatura médica desde 1982. Los casos de este síndrome son raros y las causas no son hasta la fecha bien comprendidas, quizás por el desconocimiento entre los profesionales de estos fenómenos, o el miedo a las implicaciones ético-legales que pudieran generar su revelación.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la información científica que existe sobre este fenómeno excepcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos electrónicas para recabar la literatura documentada sobre el Fenómeno de Lázaro. Se hizo búsqueda en Medline, Pubmed, Lilacs, BVS y Google Académico. La estrategia de búsqueda fue diseñada a partir de las palabras clave “Fenómeno de Lázaro”, “Resucitación cardiopulmonar”, “Parada cardiorrespiratoria” y “Muerte” sin límites de tiempo e idioma.

RESULTADOS

El fenómeno de Lázaro o retorno de la circulación de forma espontánea tras reanimación fallida es un hecho poco frecuente, excepcional y descrito en la literatura médica hasta con 40 casos documentados desde 1982, cuando Linko et al. describieron hasta tres casos de restauración de la circulación de forma espontánea. Pero no es, hasta 1993 cuando Bray acuña por primera vez el término “Fenómeno de Lázaro” y describe un caso de un paciente al que tras ruptura de la arteria pulmonar y posterior parada cardiorrespiratoria recupera el pulso cinco minutos después de haber finalizado las maniobras de RCP. Ya, en 1995 se publica otro caso de un paciente que sufre una PCR por un cuadro hipercaliémico y retorna espontáneamente sin sufrir secuelas neurológicas. En 1998, Maleck et al. describen un caso de este Fenómeno en un paciente al que se consideró fallecido por un cuadro multisistémico e infarto cerebral. En 1999 se producen varios

casos de otros Fenómenos de Lázaro documentados en la bibliografía como el de un hombre de 27, en el Reino Unido, que sufrió una PCR por una sobredosis de heroína y éxtasis, y, tras 25 minutos de reanimación infructuosa fue declarado muerto, pero un minuto después recuperó el ritmo cardiaco y no sufrió secuelas neurológicas. En 2002, Maeda et al. describen un nuevo Fenómeno de Lázaro de un hombre que, tras ser declarado muerto, retorna espontáneamente con movimientos y latidos cardiacos en el mortuario. Otros casos a nivel internacional también son descritos como el de una mujer de 18 años de edad en EEUU que tras intentar suicidarse con una sobredosis de hipnóticos, es intentada reanimar sin éxito, pero siete minutos más tarde vuelve a latir su corazón.

En España sólo hay dos casos en la bibliografía médica consultada. En 2004, Casielles García et al. describen el caso de una mujer de 94 años que en el transcurso de una intervención quirúrgica por perforación duodenal sufre una hemorragia masiva con posterior disociación electromecánica, tras la que se le realiza RCPA durante 40 minutos. Después de 2 o 3 minutos de finalizadas las maniobras de RCPA recupera el pulso espontáneamente, pero fallece 18 días después. En el presente año 2011, Rodríguez Aguado et al. presentan, en la revista Emergencias, el caso de un paciente con EPOC, con reagudización de la disnea que es tratado en su domicilio por parada respiratoria. Tras 30 minutos de RCPA y con el paciente en asistolia y apnea vuelve a recuperar el pulso a los diez minutos de finalizadas las maniobras, tras lo que es trasladado al Hospital falleciendo 12 días más tarde.

También existen casos en pacientes pediátricos como los publicados por Duff et al. en los que relatan como una niña de 9 meses es encontrada por su madre en la cuna en parada cardiorrespiratoria, ella misma, la madre, es la encargada de iniciar las maniobras iniciales de resucitación cardiopulmonar, seguida por la RCPA de los servicios de emergencias y ya en el Hospital queda en asistolia, pero a los 30 segundos recupera el pulso con graves secuelas neurológicas y varios días más tarde muere. Otro caso es el de un niño de 3 años ingresado en la UCI por un cuadro de shock séptico que desencadena una PCR, tras el cese de la RCPA recupera el pulso 1 minuto después, pero igualmente muere.

Los mecanismos fisiopatológicos que podrían explicar el Fenómeno de Lázaro aún no están claros y puede ser que haya más de un mecanismo involucrado. Existen distintas teorías para explicar el fenómeno; una de ellas es la existencia de un proceso de hiperinsuflación dinámica que provocaría un obstáculo al retorno venoso por exceso de presión de la caja torácica, esto provocaría una hipovolemia, con disminución del gasto cardiaco y finalmente una parada cardiaca. El cese de la ventilación artificial posterior permitiría la recuperación espontánea de la actividad cardiaca.

Otra de las hipótesis mantenidas es el efecto de la medicación administrada durante la PCR, como la adrenalina administrada en los IAM, o el bicarbonato en la hipercaliemia.

Otros autores señalan como posible explicación de este Fenómeno la embolización de las placas ateromatosas y su movilización, lo que permitiría la reperfusión miocárdica.

DISCUSIÓN

De la búsqueda y posterior síntesis de la literatura científica escrita sobre el Fenómeno de Lázaro se deduce que este fenómeno es real, aunque poco frecuente. Es probable que haya muchos más casos y que hayan sido catalogados como milagros sin encontrar una explicación plausible, otros hayan sido ocultados y por desgracia otros hayan pasado desapercibidos.

La mayoría de los casos de Fenómenos de Lázaro ocurren dentro del Hospital, y más concretamente en servicios de anestesiología y cuidados intensivos; esto podría explicarse porque las respuestas en la atención a la PCR son más rápidas y eficaces que en otros contextos.

El resultado final en gran parte de los casos es la posterior muerte al cabo de horas o días, en los casos ocurridos en nuestro país fallecen uno a los 12 días y otro a los 18 días en el Hospital tras la reanimación. Un caso excepcional es la recuperación total sin secuelas neurológicas de un varón por intoxicación de opiáceos que pudiera haberse favorecido su recuperación espontánea por su edad y el no presentar patologías de base concomitantes.

Habría que añadir que el Fenómeno de Lázaro conlleva implicaciones éticas e incluso legales en el caso de producirse sobre todo si los pacientes recuperados quedan con graves secuelas neurológicas. Tomamos decisiones constantemente. A veces no es fácil y en ocasiones, muy difícil, tanto que a veces no decidimos hasta que la solución venga por la propia inercia de los acontecimientos. Además, el decidir bien no es lo mismo que acertar. Se puede decidir bien pero los resultados que se obtienen no son los esperados, como los descritos anteriormente, por lo que es recomendable la objetividad en el diagnóstico de la muerte, es decir, no emitir ningún juicio anticipadamente, actuar con prudencia, cautela y prevención antes del cese de la RCP. Algunos autores proponen la monitorización del paciente al menos 10 minutos después del cese de la RCPA. Otros recomiendan no extubar al paciente o mantener la vía aérea permeable hasta el diagnóstico final y practicar un test de apnea de 10 a 30 segundos durante la RCPA.

A modo de conclusión, señalar que el Fenómeno de Lázaro, aunque es un fenómeno poco frecuente de prever y presenciar lo recomendado es la observación de los signos vitales del paciente unos diez minutos después del cese de la reanimación antes de certificar la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Casielles García JL, González Latorre MV, Fernández Amigo N, Guerra Vélez A, Cotta Galán A, Bravo Capaz E, et al. El fenómeno de Lázaro: Reanimación espontánea. Rev Esp de Anestesiol Reanim. 2004;51:390-4.
 - Ariès, Ph. Historia de la Muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. El Acantilado, Barcelona, 2000.
 - Sociedad Española de Fisiología Clínica, Diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral, Sanes, Madrid, 1986, p. 11.
 - Koch KA. Allow Natural Death: "Do Not Resuscitate" Orders. Northeast Florida Medicine Supplement January 2008:13-17.
 - Bray JG. The Lazarus Phenomenon Revisited (letter) Anesthesiology. 1993;5:991.
 - Walker A, McClelland H, Brenchley J. The Lazarus phenomenon following recreational drug use. Emerg Med J. 2001;18:74.
 - Adhiyaman V, Adhiyaman S, Sundaram R. The Lazarus phenomenon. J R Soc Med. 2007;100:552-7.
 - Rodríguez Aguado O, Suárez Portilla FJ, Novalbos Ruiz JP, De la Fuente Rodríguez JM, Rodríguez Fernández MR. Fenómeno de Lázaro durante una asistencia urgente extrahospitalaria. Emergencias 2011; 23: 43-46.
 - Wiese CH, Graf BM. Lazarus phenomenon. Spontaneous return of circulation after cardiac arrest and cessation of resuscitation attempts. Anaesthetist. 2010 Apr;59 (4):333-41
 - De Salvia A, Guardo A, Orrico M, De Leo D. A new case of Lazarus phenomenon? Forensic Science Internacional. 2004;146S:S13-S15.
 - Maeda H, Fujita MQ, Zhu BL, Yukiota H, Shindo M, Quan L, et al. Death following spontaneous recovery from cardiopulmonary arrest in a hospital mortuary: "Lazarus phenomenon" in a case of alleged medical negligence. Forensic Science International. 2002;127:82-7.
 - Duff JP, Joffe AR, Sevcik, De Caen A. Autoresuscitation After Pediatric Cardiac Arrest Is Hyperventilation a Cause?. Pediatr Emer Care 2011;27: 208Y209.
-