

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

La SEEUE ya se ha pronunciado sobre la resolución de dilemas éticos en enfermería de urgencias con la recomendación científica 00/01/03 de Marzo de 2000, en la que se aboga por la aplicación del método DOER®, como uso del método científico llegada la situación. La actual recomendación científica, pretende seguir ahondando en el campo de la Ética; siempre tan importante en el quehacer enfermero, en esta ocasión en la aplicación de los principios de la Bioética en una Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

En ningún caso es intención de la SEEUE establecer un sesudo protocolo, rígido y de obligado cumplimiento para una supuesta actuación ética de los profesionales de Enfermería que trabajan en la urgencia y emergencia. Se pretende aportar algo de luz al camino del trabajo de los profesionales, y motivar a la reflexión sobre los principios de la Bioética, hoy mundialmente aceptados para el campo de la ciencia en general; y su desarrollo en el trabajo y las circunstancias que surgen en el día a día..

La idea de alargar la vida ha hecho llegar a los profesionales de la salud al momento mismo y concreto de luchar puntualmente contra la muerte, o mejor dicho, a lo que en otros tiempos se hubiera considerado muerte y que hoy ha dado lugar a otro concepto diferente, el de Parada Cardiorrespiratoria (PCR). Ésta conlleva, a diferencia de la muerte, una potencial reversibilidad en su desarrollo.

Es esta diferencia de concepto, lo que en buena parte ocasiona la presentación de algunos dilemas a la hora de actuar, pues lógicamente la PCR requerirá de una actividad terapéutica sin demora, la RCP, mientras que la muerte precisa de la no iniciación o el cese de toda actividad terapéutica. Dada la importancia de la decisión sobre la actitud a tomar o no (estamos ante una persona muerta o al borde de la muerte con posibilidades de vivir), la diversidad de formas con que a priori se puede interpretar la situación, y la extrema premura con la que se ha de decidir, hacen del caso una situación de interesante estudio bioético

Dados estos condicionantes, los diferentes Consejos Internacionales, consensúan unas pautas de diagnóstico y actuación para obtener el mejor resultado. Las recomendaciones internacionales están guiadas especialmente por la American Heart

Associattion (AHA) para el ámbito americano y por el European Council Resuscitation (ERC) para los países de la esfera europea. En ambos casos, sus recomendaciones básicas coinciden, especialmente aquellas que pueden suscitar dilemas éticos, sin que en este aspecto el Consejo de Unificación (ILCOR) , que pretende el consenso total de ambos organismos, haya tenido ningún problema al respecto. En este sentido, ambos Consejos coinciden en el diagnóstico de la PCR (inconsciencia, apnea y falta de pulso), así como en delimitar los aspectos fronterizos entre muerte y parada, no considerándose esta última cuando :

- Se trate de la evolución final de un proceso terminal
- La víctima presente signos de muerte biológica (rigor, livor, etc.)
- Hayan pasado más de 10 minutos desde el comienzo de la PCR sin ninguna asistencia.
- Cuando la RCP demore atención a otras víctimas con mayores posibilidades de supervivencia (caso de accidente múltiple o catástrofe)
- Cuando existe riesgo grave para otras víctimas o reanimador
- Cuando la instauración de la RCP sea contraria a los deseos clara y documentalmente expresados por el paciente, estando éste en una situación de plena competencia.

Como puede observarse, ambos Consejos coinciden en criterios puramente biológicos y del afectado, así como otros que ya no dependen sólo del estado de la víctima sino de las circunstancias que rodean el hecho o el respeto a voluntades personales.

Parece pues lógico, que si existen unas recomendaciones de actuación terapéutica dadas por expertos que recopilan todos los trabajos científicos realizados en el área, éstas sean seguidas por quienes se vean en situación de actuar, lo que supone un planteamiento de partida sobre temas éticos, universal.

Por otro lado, por ejemplo, tanto el Código Deontológico (recordemos, “entre lo ético y lo legal”) del CIE como el de la Enfermería Española, permite una lectura en el mismo sentido en sus artículos 5 (“... evitar tratos degradantes y afrentas a su dignidad...”), 6 (“...respetar libertad del paciente y elegir la atención que se le presta...”), 7 (“... el consentimiento del paciente ha de ser obtenido siempre en reconocimiento a su

derecho moral a participar en la atención que se le preste...”), 15 (“...realizará el tratamiento correcto...”), 16 (“... la vida es un derecho fundamental y evitará acciones conducentes a su menoscabo o destrucción...”) y 18 (“...prestará hasta el final de la vida del paciente cuidados para aliviar sus sufrimientos, y a la familia para afrontar la muerte cuando no pueda ya evitarse...”).

Desde esta perspectiva, se desarrollará a continuación la aplicación de los 4 principios de la bioética (Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía). Aún habiendo autores que los han separado en ámbitos de lo público y lo privado, o incluso jerarquizado; se exponen aquí en orden, en principio, indiferente.

1.- PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Es el más obvio. El principal fin que debe guiar nuestra actitud al plantearnos el comienzo o el cese de una RCP, debe ser obtener un bien para el asistido; en este caso, el sacarle de una situación crítica para devolverle una vida con mínimo de calidad, o el aceptar el hecho de que toda persona en un momento dado va a morir. En este sentido, Safar, *padre* de la RCP actual, define ésta como “devolver a la vida a quienes no les llegó la hora de morir”.

Por ejemplo, en caso de muerte y no de parada, no se debe realizar una RCP con el fin de prolongar la “*vida*” de una persona que por diferentes motivos de tipo políticos, económicos, etc., no conviene que muera en un determinado momento, o la de recién nacidos irrecuperables, que tras vivir un mínimo de 24 horas, son persona jurídica y trastocan herencias de títulos y bienes en general.

2.- PRINCIPIO DE LA NO MALEFICENCIA

Se corresponde al *Primum nihil nocere* de Hipócrates. Aunque pudiera ser entendido similar al principio anterior, una reflexión detenida, nos lleva a reconocer que no es lo mismo hacer el bien que evitar el mal.

Así, en los criterios para no realizar RCP, hemos observado cómo se incluía el que hubiesen transcurrido más de 10 minutos desde que se produjera la PCR sin que hubiese ninguna atención. Esto se debe a que pasado este tiempo, es más que probado hoy (salvo en caso de hipotermia o intoxicación por barbitúricos, donde este tiempo se puede prolongar), que la anoxia cerebral provoca lesiones que, aún consiguiendo la

vuelta del funcionamiento cardiopulmonar, llevan a la persona a quedar en profundo e irreversible coma neurológico.

Por ejemplo, alguien que es conocedor de la larga evolución de una parada sin tratamiento, no debe empeñarse en realizar RCP, pues sólo se lograría un daño al paciente y familia; bien por prolongar una desagradable agonía, bien por generar un previsible coma con muerte cerebral . Es decir, una distanasia con encarnizamiento terapéutico.

3.- PRINCIPIO DE JUSTICIA

Tanto éste como el siguiente, son principios que han sido asumidos más recientemente por el mundo sanitario. El principio de justicia se entendería básicamente en actuar con igual criterio, sea cual sea la persona afectada, recordando siempre que estamos trabajando con el binomio vida/muerte y por lo tanto en la posición más extrema, donde no cabe la discriminación injustificada, e incluso debiendo tener en cuenta la proporcionalidad de los medios utilizados, que son costosos y limitados.

Por ejemplo, no estaría justificado no realizar el mismo esfuerzo y dedicar el mismo tiempo intentando una reanimación con una persona conocida o una desconocida; o dejarse influenciar por el aspecto de la víctima a la hora de realizar una respiración asistida.

4.- PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se podría decir que queda *reconocido definitivamente* tras el Informe Belmont de 1979. Tristram, en una visión post-modernista lo ha rebautizado como “principio de autoridad moral”, a fin de despolemizar y hacer notar que es conveniente contar con el permiso de los implicados en una empresa que debe de ser común .

Tradicionalmente, la relación enfermera/paciente, se ha desarrollado en un marco claramente paternalista. De la misma manera que un padre o una madre impiden hacer algo *dañino* a un hijo por mucho que éste se empeñe, con el criterio de que es “por su bien y porque ellos son *quienes saben de ese asunto*”, el profesional sanitario no consultaba al enfermo por estar en posesión de *la sabiduría* referente a todo lo que el paciente realmente necesita.

Lo cierto, es que en el modelo social emergente, se tiende a que cada cual tenga derecho a opinar sobre su salud en ejercicio de su libertad. La libertad es posibilidad de

optar, y para optar hay que conocer. Por ello, es preciso que la persona esté debidamente informada, y ello supone saber en el caso que nos ocupa, que una PCR es posible, y en qué consiste y cuáles podrían ser las oportunidades tras una reanimación.

El hecho de que en una parada cardiorrespiratoria, el individuo se muestra con una falta de actividad de los órganos vitales por excelencia, y que la acción terapéutica es siempre de carácter altamente agresivo y de beneficio no asegurado; hacen que la no actuación no entre en el terreno propio de la eutanasia (y mucho menos de la activa), sino que se aproximaría más bien al de una ortotanasia llevada a su caso más extremo, antes llamado adistanasia u “omisión moralmente aceptable”.

Por ello, ante un paciente que decidiera dejar constancia en estado de lucidez, debidamente informado y sin coacciones internas (estado psicológico) ni externas de que no sea reanimado, hemos podido observar cómo los consejos mundiales expertos en RCP, asesorados por sus comités de ética, incluyen estos casos en los no reanimables, siendo un criterio más entre los puramente fisiológicos.

En cualquier caso, en un momento como es el cese de la actividad cardiorrespiratoria de una persona, antes de comenzar a realizar una RCP, deben ser siempre instantánea y mentalmente revisados los criterios recomendados por los organismos internacionales competentes para realizar diagnóstico de parada cardiorrespiratoria.

Por ello, no cabe el criterio individual de quien atienda un paciente en ese momento, ni se debe previamente tampoco rehuir el concretar con el paciente cuál es su voluntad, usando el método DOER ®. De darse el caso de voluntad personal del paciente de que no se le reanime llegada esa situación, en la historia clínica del mismo debe constar, al igual que provocada por otros criterios de futilidad, la orden de “*No Reanimación*”.

BIBLIOGRAFÍA

- Vila-Coro MD. Los límites de la Bioética. En: Sada D. (dir.) Biotecnología y futuro del hombre: la respuesta bioética. EUDEMA. Madrid, 1992
- Chamberlain D. Editorial. Resuscitation 24. 1992 (99-101)
- Comité RCP de la SEMIUC. Recomendaciones del ERC. Medicina Intensiva 19. 1994 (134-135)

- Emergency Cardiac Care Committee -AHA-. Guidelines for CPR and Emergency Cardiac Care. JAMA 268. 1992 (2172-2183)
- Holmberg S, Ekstrom L. Ethics and practicalities of resuscitation. Resuscitation 24. 1992 (239-244)
- Olson C, Jobe K. Reporting approval by research ethics committees and subjects consent in human resuscitation research. Resuscitation 31. 1996 (255-263)
- Arroyo MP, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J. Ética y Legislación en enfermería. Mc.Graw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.
- Organización Colegial de Enfermería. Código deontológico de la Enfermería española. O.C.E. Madrid, 1989
- Cortina A. El ethos: el carácter moral de las personas y las profesiones. En: Arroyo MP, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J. Ética y Legislación en enfermería. Mc.Graw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.
- Gracia D. Eutanasia: estado de la cuestión. En: Urraca S. (de.) Eutanasia hoy. De. Noesis. Madrid, 1996
- Safar P. Reanimación cardiopulmonar y cerebral. 3ª de. Mac. Graw Hill. México D.F., 1986
- Ruano M, Perales N. Manual de Soporte Vital Avanzado (Plan Nacional RCP. Comité Español de RCP). Masson. Barcelona, 1996
- Simón Lorda P, Cuceiro Vidal, A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida. En: Urraca S. (de.) Eutanasia hoy. De. Noesis. Madrid, 1996
- Tristram H. Los fundamentos de la Bioética. Paidós. Barcelona, 1995
- Dworkin, R. El dominio de la vida. Ariel. Barcelona, 1994
- Díaz Pintos G. Autonomía y paternalismo. Servicio Publicaciones Universidad Castilla-La Mancha. Cuenca, 1993
- Díaz Pintos, G. Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento médico. Cuadernos de Bioética VIII, 31, 3ª. Santiago 1997 (1157-1163).
- Romero-Nieva Lozano, J. (coor.) Marco referencial en Enfermería de Urgencias y emergencias. SEEUE Ed. Madrid, 2002 (93-95)
- Meseguer Liza, C. Ética enfermera: evolución desde la ética filosófica hacia la ética del cuidado. VII Mesa Debate con el experto en atención urgente. Madrid, 15 de Marzo de 2000, Hosp. Doce de Octubre.

- Romero-Nieva Lozano, J. Ética y Enfermería de Urgencias. A Coruña, Junio 1999, Congreso SEEUE
- Torralba Madrid, M. J. Método enfermero para aplicar la ética en la práctica clínica. VII Mesa Debate con el Experto en Atención Urgente, Madrid, 2000.
- Boladeras Cucurella M. Bioética. Ed. Síntesis, Madrid 1999. (49-50)