



# Reanimació cardiopulmonar

TREBALL DE CAS D'ÈTICA

professora: Imma Ubierno | ÈTICA I MARC LEGAL

curs: 2on Grau d'Infermeria | Manresa 2014-2015 | grup nº 1

alumnes: Òscar Maristany, Eugeni Carbó, Montse Fernández, Jordi Capdevila i Carles Mayol



UNIVERSITAT  
A MANRESA



## Treball de cas: reanimació cardiopulmonar | ACTIVITAT 3

professora: **Imma Ubiergo** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | assignatura: **Ètica i Marc Legal** | grup: n°1  
alumnes: **Òscar Maristany, Eugeni Carbó, Montse Fernández, Jordi Capdevila i Carles Mayol**

---

ÍNDEX	<i>pàgina</i>
1. Recollida d'informació .....	3
2. Identificació dels problemes ètics del cas .....	3
3. Anàlisi i discussió dels problemes ètics i possibles solucions .....	4
4. Presa de decisions .....	5
5. Justificació de la decisió presa .....	6
6. Comentaris i reflexions del grup .....	8
7. Bibliografia .....	10

## 1. RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

La Candela és una dona de 87 anys, que pateix una ACR en el seu domicili a les 10:05h presenciada per els seus familiars. Aquests realitzen la trucada al telèfon d'emergències (112) a les 10:06h i el sistema d'emergències mèdiques (SEM) activa els recursos adients al tipus de servei. La unitat més propera al domicili de la senyora és una unitat de suport vital bàsic (USVB) que arriba a les 10:12h i confirma la situació d'ACR de la pacient, paral·lelament també s'ha activat un recurs de suport vital avançat (USVA) per assistir en aquest servei que fa la seva arribada a les 10:17h.

La USVA arriba al domicili i confirma que la sra. Candela es troba en asistòlia, mentre els tècnics realitzen maniobres de RCP, es monitoritza a la senyora i es canalitza una via e.v per iniciar el protocol de suport vital avançat. La responsable de l'equip d'emergències es dirigeix a la família per saber més sobre la qualitat de vida de la senyora i els seus antecedents patològics. La família comenta que la pacient pateix diabetis i té seqüeles a conseqüència d'un ICTUS que va patir fa dos anys, des de llavors es depenent per algunes ABVD. Mentre la responsable de l'equip parla amb la família amb l'administració de la primera adrenalina la Sra. Candela recupera el pols espontani a les 10:26h (21 minuts després de l'avís), amb una TA de 125 / 84 mmHg. Els tècnics adverteixen a la responsable de l'equip que la pacient ha recuperat el pols.

## 2. IDENTIFICACIÓ DELS PROBLEMES ÈTICS DEL CAS.

Si n'hi ha més d'un, determinar quin és el problema principal.

### **PROBLEMA PRINCIPAL:**

És ètic reanimar una persona d'edat avançada, pluripatològica i depenent per moltes ABVD quan ja han passat més de 10' de l'ACR i sense tenir en compte en quin estat neurològic quedarà ?

### **PROBLEMA SECUNDARI EN AQUEST CAS:**

En cas de que la persona es tornès a aturar en el transcurs del trasllat, tenint ja la informació necessària envers a la seva qualitat de vida i el temps que ha passat des de la primera aturada fins que s'ha recuperat pols espontani, seria ètic començar de nou maniobres de RCP ?

3. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DELS PROBLEMES ÈTICS I POSSIBLES SOLUCIONS

Les possibles **solucions extremes del problema principal** són:

1. Realitzar totes les accions terapèutiques adients, inclòs les tècniques més agressives com intubar-la i connectar-la a un respirador, per recuperar a la persona que es troba en ACR. Tots els esforços de la cadena assistencial (USVB, USVA) anirien encaminats a la recuperació del pols espontani fent prevaldre el principi de beneficència amb el que actuen els equips d'emergències que hi intervenen i sense tenir en compte altres factors determinants com són el temps transcorregut des de l'aturada a l'inici de les maniobres.
2. No iniciar cap tipus de maniobra de suport vital degut al temps transcorregut des de l'avís fins a l'arribada del primer equip SEM de (SVB).

**Solució intermèdia:**

3. **Mantenir tan sols les maniobres de suport vital bàsic (SVB), fins que la infermera responsable de l'assistència recopili totes les dades necessàries (antecedents patològics, qualitat de vida, existència d'un documents de voluntats anticipades...) per valorar si cal o no realitzar la continuació de les cures iniciant les maniobres de suport vital avançat (SVA).**

Les possibles solucions extremes del **problema secundari** són:

1. Si iniciàrem la RCP **sense tenir en compte la informació obtinguda** i el probable mal pronòstic de recuperació de la persona amb seqüeles neurològiques importants.
2. No iniciàrem la RCP **tenint en compte la informació obtinguda** i el probable mal pronòstic de recuperació de la persona amb seqüeles neurològiques importants.

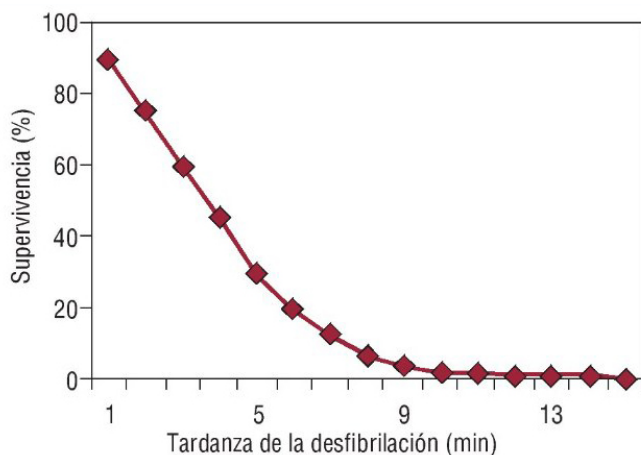
4. PRESA DE DECISIONS

**Presa de decisions del problema principal:**

Cal tenir en compte que en una situació d'emergència com la descrita en el cas, **el temps hi juga un paper fonamental en la presa de decisions**. Per aquest motiu resulta especialment complex realitzar una valoració sense disposar de tota la informació adient i sabent que degut al seu estat crític, aquesta persona no podrà exercir la seva autonomia.

Partint d'aquesta base, totes les nostres actuacions com a infermeres miren de preservar la dignitat humana de les persones siguin quines siguin els tipus de cures que els hi estiguem realitzant. Així doncs, en el plantejament de possibles solucions extremes d'aquesta situació no trobaríem ètic iniciar les maniobres de SVA (via e.v, fàrmacs, IOT...) sense disposar de la informació adient per actuar de manera responsable. **Sovint actuem guiats per el principi de la beneficència i no hem d'oblidar mai la importància de la no maleficència.**

En el cas descrit, la Sra. Candela va patir una ACR i l'evidència científica demostra que tan sols la desfibril·lació precoç permet la recuperació d'un ritme cardíac eficaç<sup>(1)</sup>, i que per cada minut que aquesta desfibril·lació es retardi sense que ningú realitzi maniobres d'RCP, l'índex de supervivència es redueix en un 7-10%<sup>(4)</sup>, i consegüentment als 10 minuts les possibilitats de sobreviure a una ACR serien mínimes<sub>(gràfic 1)</sub>. Per tant, esdevé d'una importància cabdal el valorar el temps transcorregut des de l'ACR fins a l'inici de les maniobres de RCP, conjuntament amb les patologies i la qualitat de vida prèvies, per plantejar-nos si la nostra actuació ajudarà a la persona o li provocarà un final de vida poc digne degut a les seqüeles neurològiques que haurà patit.



Gràfic 1: TAULA DE RELACIÓ TEMPS DE RETARD DESFIBRIL·LACIÓ AMB L'ÍNDEX DE SUPERVIVÈNCIA

Font: <http://www.revespcardiol.org/es/respuesta-comunitaria-muerte-subita-resucitacion/articulo/13154830/>

**La decisió correcta, des d'un punt de vista ètic, hagués estat no iniciar cap procediment de SVA i tan sols mantenir el SVB fins a poder disposar de tota informació** (temps, qualitat de vida, antecedents patològics...). Malauradament això no va ser així, ja que l'equip va actuar ràpidament en diferents fronts, com habitualment requereixen aquests tipus de situacions, i al mateix temps que es demanava la informació a la família, se li administrava la primera adrenalina a la que la pacient va reaccionar recuperant el pols 21 minuts després de l'avís al 112 i havent estat 7 minuts sense cap tipus de maniobra de RCP fins a l'arribada de la USVB<sub>(gràfic 2)</sub>.



Gràfic 2: CRONOGRAMA DEL CAS - Font: elaboració pròpia

### Presa de decisions del problema secundari:

Creiem que, una vegada obtinguda tota la informació, seria més ètic no iniciar la RCP si torna a patir una nova ACR. Com a professionals sanitaris coneixem el mal pronòstic de recuperació que té la Sra. Candela degut al temps transcorregut entre l'ACR i l'inici de les maniobres de RCP. Cal tenir en compte les probables seqüeles neurològiques que empitjorarien considerablement la seva qualitat de vida i la de les persones del seu entorn. Per aquest motiu és molt important comptar amb la capacitat de transmetre correctament tota aquesta informació als familiars que seran els que prenguin la decisió final.

### 5. JUSTIFICACIÓ DE LA DECISIÓ PRESA

La RCP tan sols té sentit quan les expectatives de recuperació siguin raonables, no es tracta només de recuperar l'activitat cardíaca, l'objectiu terapèutic a de posar el focus en recuperar totes aquelles funcions cognitives i motores que caracteritzen a una persona com a ésser humà i li permeten viure amb dignitat. Es tracta d'aplicar la RCP si aquesta està indicada, i de no iniciar-la si la persona afectada no ho desitja i així ho ha manifestat verbalment o mitjançant un document de voluntats anticipades (DVA) fent prevaler la seva autonomia. Hem de ser capaços de suspendre aquests tipus de cures si les seqüeles empitjoraran considerablement la qualitat de vida de la persona.

Davant d'una ACR sempre s'està obligat a realitzar la RCP per llei (sempre i quan no existeixin signes incompatibles amb la vida). Ara bé, seguint el **principi de beneficència**<sup>(2)</sup> trobem dos elements que cal que mantinguem equilibrats en la nostra presa de decisions:

- La **beneficència positiva** que és la que en porta a realitzar cures en benefici del pacient.
- El **principi d'utilitat**, on entren en joc els riscos i beneficis d'aquestes cures, ja que moltes de les accions de beneficència poden tenir conseqüències negatives, com en aquest cas.

En un primer moment en el **medi extrahospitalari** la presa de decisions pot resultar especialment conflictiva. Davant del dubte, s'ha d'actuar sempre en benefici de la víctima, començant immediatament la seva RCP. Un cop iniciada aquesta, l'adquisició de noves informacions o valoracions permeten a l'equip reconsiderar la conveniència o no de continuar amb els esforços de reanimació per no caure en una situació d'aferrissament terapèutic.

Posteriorment, amb la pacient estabilitzada però en estat crític, i abans d'iniciar el trasllat a un hospital útil on pugui rebre unes cures post-reanimació de qualitat hauríem de valorar tota la informació rellevant que s'ha pogut obtenir en el transcurs de l'assistència (existència de DVA, patologies prèvies, grau de dependència...). Això ens permet informar de forma clara i concisa als familiars, ja que la persona afectada no té autonomia per decidir en aquests moments. Cal que els familiars siguin conscients de quines poden ser les conseqüències d'una RCP perllongada en una pacient d'aquestes característiques per que puguin decidir si cal o no iniciar novament maniobres de RCP si la pacient pateix una nova ACR.

En aquest cas es podria valorar no realitzar maniobres de suport vital<sup>(3)</sup> per:

- La història clínica i els seus antecedents patològics.
- Temps transcorregut realitzant la RCP.
- Qualitat de vida després de la RCP.
- Optimització de recursos i despesa sanitària.

Sovint en l'àmbit de les emergències l'acompanyament en el tram final de vida es realitza de forma abrupta, ja que habitualment no es disposa de temps suficient per preparar a les persones i al seu entorn per un desenllaç tan sobtat.

## 6. COMENTARIS I REFLEXIONS DEL GRUP

**Com preservem la dignitat humana a l'intentar salvar una vida mitjançant maniobres de RCP si molts d'aquests pacients sovint tenen moltes probabilitats de patir greus seqüeles neurològiques, (motores i cognitives) ?**

Cal respondre'ns que com a professionals preservem aquesta dignitat precisament aportant equitat e igualtat en la prestació de les cures. Existeix evidència científica envers al paper clau que juga el temps en aquest tipus de situacions, i cadascú de nosaltres guiats per el principi de la beneficència quan ens trobem en una situació d'aquest tipus sempre volem pensar que precisament serà aquell pacient que estem tractant amb la màxima professionalitat el que formarà part del petit percentatge de persones que sobreviuen a una ACR sense cap seqüela.

**L'objectiu de perllongar la vida mitjançant la RCP en una aturada cardiorespiratòria (ACR) hauria de ser la supervivència de la persona assistida amb un mínim de qualitat de vida.** Ara bé, tothom té dret a viure o morir amb dignitat. Tot professional sanitari a d'actuar d'acord amb el principi de beneficència que implica realitzar el bé la seva feina sense paternalisme. Per tant, la negació a fer RCP sabent que hi haurà un mal pronòstic en quant a qualitat de vida, es pot considerar ètic perquè es vol preservar la dignitat de la persona al deixar-la morir en pau.

Tan important es conèixer bé les tècniques de reanimació, com la capacitat per prendre les decisions de no actuar, evitant patiments innecessaris i assumint la responsabilitat dels nostres actes. Sabem que hi ha una línia fina entre la decisió de realitzar o no RCP que en moltes ocasions pot ser malentesa com una omissió d'auxili sinó es disposa de la formació i la informació adient per valorar aquest tipus de situacions.

Hem escollit aquest tema perquè els membres del grup ens trobem en ocasions en situacions similars a les del cas, moltes vegades el pronòstic del pacient després de la realització RCP no es l'esperat. Per aquest motiu creiem que seria recomanable promoure i fomentar des de l'atenció primària que tots els ciutadans disposin d'un document de voluntats anticipades (DVA) realitzat amb temps i meditat. Que aquest document estigui a l'abast dels sistemes d'emergències pot facilitar la seva tasca fent prevaldre sempre l'autonomia del pacient quan aquest no pot expressar-la.





UNIVERSITAT  
A MANRESA

## Treball de cas: reanimació cardiopulmonar | ACTIVITAT 3

professora: **Imma Ubiergo** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | assignatura: **Ètica i Marc Legal** | grup: n°1  
alumnes: **Òscar Maristany, Eugeni Carbó, Montse Fernández, Jordi Capdevila i Carles Mayol**

---

Aquest cas, és un clar exemple de que el temps esdevé un element fonamental quan se'ns plantegen dilemes ètics en la nostra pràctica assistencial. Malauradament, també hem de ser conscients de que depenent del tipus de servei on treballem no sempre disposarem d'aquest temps tan preuat. Per aquest motiu, cal sempre actuar amb la màxima professionalitat i responsabilitat tenint sempre presents els valors ètics que fonamenten la professió infermera.

---

### 7. BIBLIOGRAFIA

1. De Viguri PR, Narciso, Vela P, Luis J, Castaño P. Respuesta 10omunitària a la muerte súbita: resucitación cardiopulmonar con desfibrilación temprana | Revista Española de Cardiología [Internet]. 2010 [10/06/2015]. Disponible a:  
<http://www.revespcardiol.org/es/respuesta-comunitaria-muerte-subita-resucitacion/articulo/13154830/>
2. Busquets Alibés E. Principio de autonomía y beneficencia. Dos principios en tensión. Bioetica web [página web]. [11/06/15]. Disponible a:  
<http://www.bioeticaweb.com/autonomasa-y-beneficiencia-dos-principios-en-tensiasn/>
3. Monzón J.L., Saralegui I., Molina R., Abizanda R., Cruz Martín M., Cabré L. et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2010 Nov [11/06/2015]; 34(8): 534-549. Disponible a:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912010000800006&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000800006&Ing=es)
4. Nolan J., Ornato J.P., Parr M., Perkins G., Soar J., Chamberlain D., Barkett T. Resuscitation: oficial journal of the european resuscitation council. Vol. 81, No. 10. Ireland: El servier; 2010