

Título: Papel de enfermería ante el concepto de reanimación presenciada.

A. L. García Martínez¹, C. Meseguer Liza², M. J. Torralba Madrid³.

¹ Diplomada en enfermería Servicio de Urgencias, HGU. Santa Lucía de Cartagena, Analaura.garcia@um.es.

² Diplomado en enfermería Emergencias 061, cml@um.es.

³ Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería, mitorral@um.es.

Introducción:

El concepto de reanimación presenciada se refiere a todas aquellas maniobras conducentes a intentar preservar la vida del paciente, permitiendo que los familiares que él desee o que ellos mismos lo deseen, estén presentes [1]. Para que esta situación sea posible, se hace necesaria la presencia de una figura facilitadora; es por ello que estimamos oportuno establecer la figura de la “Nurse Advocacy” definida como la enfermera defensora de los derechos humanos fundamentales y de los pacientes junto con el modelo de práctica profesional en el que se establece una toma de decisiones compartida, siendo una parte activa del sistema [2]. La enfermera es una pieza privilegiada a la hora de representar los intereses del paciente y asegurar el respeto de su autonomía y sus derechos, colocada a la “cabecera” en cuanto a ser testigo de sus intereses e inquietudes, de sus fortalezas y debilidades, de sus vínculos afectivos con la familia y de su vivencia del proceso de salud-enfermedad.

El concepto o paradigma “Nurse Advocacy”, surge a principios de los años 90 como consecuencia de los avances tecnológicos observados en el ámbito clínico entre los años 60-80, en los cuales se evidenciaron los riesgos que el uso de la tecnología podría tener sobre el individuo, viéndolo como un ser vulnerable por su condición humana y de enfermo, ante un medio hostil como puede ser el sanitario. Dicha vulnerabilidad, es un elemento presente en las corrientes de bioética enfermera europea y en la ética del cuidar, y establece la necesidad de legislar mediante normas, directrices y códigos la protección del ser humano. Este concepto fue reconocido por algunos autores como *patient advocacy paradigm* [3]; aunque se le atribuye a Leah Curtin el uso del término por primera vez en 1979 [4].

Alejándonos de una perspectiva paternalista, el paradigma de la “Nurse Advocacy” pretende hacer llegar la voz del paciente al centro de toma de decisiones clínicas, convirtiendo el modelo de toma de decisiones en compartidas entre profesionales, paciente y familia [5]. Toma de decisiones tanto clínicas como éticas., respetando tanto su autonomía como sus valores éticos. En este sentido, “vulnerabilidad” en cuanto al paciente, no se refiere a pérdida de capacidades para obrar o decidir sobre su proceso salud-enfermedad, sino que se encuentra en situación de riesgo de sufrir una relación desigual entre su persona y el entorno desconocido como es el sanitario.

A pesar de la necesidad de potenciar este paradigma y de relacionarlo con el de reanimación presenciada; en el panorama sanitario actual de los últimos años se observan ciertas dificultades para implementar los cuidados enfermeros dentro de esta perspectiva dadas las controversias, que como muestra la literatura y la propia experiencia profesional, se pueden apreciar entre los diferentes profesionales de la enfermería y, sobre todo, de las distintas ramas de las ciencias de la salud.

Objetivos:

Como objetivo general del documento pretendemos demostrar el papel de la enfermera como facilitadora de la presencia de familiares durante maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Como objetivos específicos: Relacionar los conceptos de reanimación presenciada y “Nurse Advocacy” definido como “abogada defensora de los derechos del paciente” y revisar la literatura existente de los temas en cuestión.

Metodología:

Para el desarrollo de la investigación se realizó una revisión exhaustiva e integradora de la literatura del intervalo comprendido entre 2010 al 2016; utilizando como bases de datos principales Web of Science, Pubmed, Scielo, Cuiden, Dialnet, Teseo y Proquest Nursing and Allied Health Source y basándose en métodos cualitativos de recolección y análisis de datos. La revisión de la literatura existente sobre el tema en cuestión dio como resultado la elaboración de dicho documento de tipo descriptivo, que forma parte del marco teórico de nuestra tesis doctoral. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: ética en enfermería (Nursing ethics), reanimación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation), presencia familiar (Family presence), enfermera defensora (Nurse Advocacy). Combinándolos con los booleanos and y or. Se llevó a cabo una lectura crítica de los artículos, tomando como referencia los de mayor relevancia y utilizando los procedimientos de la revisión sistemática para el análisis e interpretación de los datos (reducción de datos, visualización, comparación, conclusión y verificación). Identificando las categorías dentro de la primera etapa de reducción de datos y facilitando el análisis; en la etapa de visualización se registraron las informaciones de los estudios; en la comparación de los datos fueron verificadas las similitudes y diferencias entre los hallazgos; en la conclusión fue realizada la síntesis de elementos importantes.

Resultados/Discusión:

La revisión dio como resultado un total de 62 artículos discriminando la búsqueda mediante diagrama de flujo tipo PRISMA, hasta resolverla para la realización de un documento descriptivo empleando para ello un total de 10 más relevantes dada la extensión del texto.

Respondiendo a nuestro primer objetivo, el articulado más relevante sobre el tema en cuestión, refleja el paradigma de la “Nurse Advocacy” desde una perspectiva en general. Desde ahí, podemos realizar ciertos paralelismos con el concepto de presencia familiar durante las maniobras de reanimación, dando lugar a las conclusiones del documento y respondiendo así a objetivos más específicos. Algunos de los más relevantes podrían ser los siguientes:

- Thacker, 2010. [6]: Dicho documento refleja la experiencia de la enfermera y los familiares de una adolescente enferma en una unidad de cuidados intensivos. Se ilustra la promoción del concepto de presencia familiar durante maniobras de reanimación y durante su estancia en dicha unidad, así como el papel de la enfermera, defensora de la adolescente en situación de vulnerabilidad. Se puede concretar los beneficios ofrecidos por el concepto, puesto que la participación familiar favorece las necesidades físicas, emocionales y espirituales; permitiendo una comunicación abierta. Resulta óptima la sinergia entre una enfermera competente con coincidencias de los pacientes y sus familias.

- Schlairet, 2010. [7]: Este artículo ofrece la posibilidad de visualizar a la enfermera como mediadora de los diferentes conflictos éticos que pudieran surgir ante diferentes tomas de decisiones tanto en cuestiones asistenciales como de otros índole. Para conseguir la mejor defensa de los clientes en situación de riesgo, las enfermeras deben asumir varias funciones de liderazgo en la mediación de procesos, además de ser la primera figura buscada por los pacientes.
- Falcó, 2012. [8]: la razón de ser de los cuidados de enfermería está vinculado a la persona y no a la enfermedad, lo que justifica el papel de la enfermera en aras a representar los mejores intereses del paciente. Siguiendo la línea de la autora, se espera que el papel de la enfermera sea la de humanizadora de los cuidados y representante de la ética del cuidar. Así, es posible calificarla como representante de los pacientes a la hora de la toma de decisiones, respetando su autonomía como principal valor ético.
- Storch, 2015. [9]: La importancia de la inclusión de este documento reside en el recuerdo a las enfermeras de su profunda implicación en procesos relacionados con el final de la vida y a los códigos éticos como orientadores en dichos procesos. Se valora a la enfermera como el personal adecuado para desempeñar un papel imprescindible en el cambio de una cultura que ha aceptado la muerte como un acontecimiento médico a una cultura que ve la muerte como parte de la vida.
- King, 2015. [10]: Refleja la figura de la enfermera como defensora de las necesidades de pacientes, familiares y las propias profesionales. Cuando las mismas consideran que la estabilidad del paciente está en peligro, se establece una unión entre ellas, a nivel profesional, para abogar por el cuidado y buscando recursos que ayuden al paciente.

La revisión de la literatura muestra un intento de unificar el paradigma “Nurse Advocacy” en determinadas circunstancias, pudiendo extrapolarlo al de reanimación presenciada; por lo que pudiendo mezclar ambos, podríamos establecer algunas nociones, dada la extensión limitada del documento, que identifiquen el papel de la enfermera defensora de los pacientes ante el concepto de reanimación presenciada:

- En la medida de lo posible, sería excelente que un miembro del equipo de reanimación, estableciendo a la “Nurse Advocacy” como la figura ideal en este proceso, pudiera explicar la situación y los procedimientos a los familiares, asegurándose en todo momento que lo entienden y no van a interferir en el proceso. La toma de decisiones en cuanto a la necesidad de suspenderla, debería ser de forma consensuada, siempre en la medida de lo posible; respetando de forma prioritaria los valores del paciente si es que se tuviera información sobre sus deseos o un documento de instrucciones previas que reflejara su actitud; por supuesto, siempre sin presiones externas. [11]
- Buscadas de forma prioritaria por los pacientes vulnerable [12], el papel que adquiere durante la reanimación, podría ser de consejera a sus familiares para que intentaran comprender los procesos médicos y facilitar la toma de decisiones éticas que se pudieran derivar, por ser grandes conocedoras de los códigos éticos en vigor. En el caso de parada cardiorrespiratoria en intrahospitalaria, son las conocedoras de los sentimientos más íntimos de los mismos.

- Taylor [13] aboga por un rol de mediadora, entrenadora, guía, facilitadora, educadora y referente. Básicamente, dichos roles pueden ser efectuados durante un proceso de reanimación presenciada.

Conclusiones:

Teniendo en cuenta la figura de la enfermera con un rol privilegiado a la hora de representar los intereses del paciente, asegurando el respeto de su autonomía y sus derechos, colocada a la “cabecera” en cuanto a ser testigo de sus intereses e inquietudes, de sus fortalezas y debilidades, de sus vínculos afectivos con la familia y de su vivencia del proceso de salud-enfermedad; se justifica dicho concepto, sobre todo al plantearnos la reanimación presenciada en el ámbito hospitalario.

El propósito es proveer a los pacientes y sus familias una experiencia adecuada en un ambiente controlado y facilitado por el personal de enfermería, preferentemente. Esto es consistente con la filosofía del cuidado centrado en el paciente. El cuidado centrado en el paciente comprende un cambio en los parámetros de cuidado donde se comparte la toma de decisiones entre el personal, el paciente y sus familiares. Las principales necesidades de la familia son el contacto con el ser querido, el conocimiento del estado de salud, del tratamiento y del pronóstico del mismo. La presencia del familiar durante la reanimación se convierte entonces en una necesidad esencial que puede promoverse en el ámbito tanto intra como extrahospitalario. Lo que concluye en la necesidad de protocolizar el acto.

La forma de relacionar el concepto de “Nurse Advocacy” junto con el de presencia familiar durante reanimación, se hace desde la perspectiva de la enfermera como facilitadora de dicha situación, en aras de proteger la dignidad y la autonomía de los pacientes; respetando además valores éticos que se alejan de un paradigma paternalista, con el objeto de hacer llegar la voz de pacientes y familiares, al centro de toma de decisiones clínicas.

Finalmente recordar que, a pesar de lo deseable que la existencia de esta figura para facilitar el proceso de reanimación presenciada, no podemos obviar las dificultades para implementar este concepto deviniendo los principales problemas de la propia profesión, puesto que este papel conlleva mayor responsabilidad y mayor implicación en los cuidados a la persona; sin olvidar además, las dificultades provocadas por las distintas políticas y organizaciones sanitarias.

Referencias:

- [1] McMillen RE. (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs.* 24: 251-259.
- [2] Falcó Pegueroles, A. M. (2012). Análisis de la Conflictividad Ética en los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- [3] Thomsom, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M., Horsburg, D, (2006). *Nursing Ethics*, Philadelphia, USA: Churchill, Livingstone.
- [4] Tschudin V. (2004). *Ethics in nursing. The caring relationship.* United Kingdom; Betterworth-Heinemann.
- [5] Hewitt J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5): 439-445.
- [6] Thacker KS, Long JM. (2010). Family presence in final moments: a precious gift. *J Christ Nurs*; 27(1):38-42.
- [7] Schlairet, M. C. (2009). Bioethics mediation: the role and importance of nursing advocacy. *Nursing outlook*, 57(4), 185-193.
- [8] Falcó-Pegueroles, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enfermería intensiva*, 20(3), 104-109.
- [9] Storch J. (2015). Ethics in Practice: At End of Life-Part 1. *Canadian-Nurse.com*, 6(3): 20-21.
- [11] American Heart Association. (2010) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Ethics*; 122: 665-675.
- [12] Scanlon C. Defining standards for end-of-life care. (1997); *Am J Nurs*; 97: 58-60.
- [13] Taylor C. (1995). Medical futility and nursing. *Image J Nurs Sch*; 27: 301-6.