

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Elizabeth Gómez-Londoño¹

RESUMEN

Este análisis parte de la aclaración de unos conceptos básicos que permiten tener un marco de referencia: la salud como la armonía o el balance entre lo físico, mental, social, espiritual y el medioambiente donde vive y se desarrolla la persona; la enfermedad como la desintegración o ruptura de la unidad de la persona; y el cuidado de enfermería.

Se examinan algunos efectos de la enfermedad no solo en el paciente sino también en el profesional de enfermería, y los factores generadores de estrés dentro de una unidad de cuidado crítico.

Los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son relacionados con algunos valores del profesional de enfermería: el respeto a la intimidad y a la privacidad, la capacidad de escucha, la confidencialidad, la veracidad y el principio de no abandono.

A luz de estos principios se estudia el concepto de futilidad teniendo en cuenta los siguientes factores: la utilidad fisiológica, el pronóstico de la enfermedad y la valoración del beneficio.

Como la muerte es una posibilidad diaria y presente en las unidades de cuidado intensivo, no se puede dejar de lado el tema de morir dignamente, pues además este hecho se ha desplazado del hogar a las instituciones hospitalarias, dejando de ser un proceso natural. Es una obligación del profesional de enfermería liderar el respeto de los derechos del enfermo terminal, los cuales contribuyen a una muerte digna adecuadamente entendida.

Este análisis puede ayudar a exaltar la condición humana de quienes trabajan en áreas de la salud, que se pone a prueba en la atención cotidiana de un paciente crítico o terminal.

PALABRAS CLAVE: salud, enfermedad, cuidado de enfermería, cuidado crítico, futilidad, muerte digna.

ABSTRACT

The article offers an analysis based on a clarification of several fundamental concepts that offer a frame of reference: health as a balance or harmony between what is physical, mental, social and spiritual and the environment where a person lives and develops; illness as disintegration or a rupture of the unity of the person; and nursing care. The effects of illness on the patient and the nursing professional are examined, as are the factors that cause stress in a critical-care unit.

The bioethical principles of charity, no malice, autonomy and justice are compared to some of the values found in professional nursing, such as discretion and respect for privacy, the ability to listen, confidentiality, truthfulness and the principle of non-abandonment. The concept of futility is examined in light of those principles, taking into account factors such as physiological utility, prognosis of the illness and assessment of the benefit.

Because death is a daily possibility and occurs in intensive care units, the subject of dying with dignity cannot be ignored. Death has been displaced from the home to the hospital, and has ceased to be a natural process. The professional nurse is obliged to take the lead in ensuring respect for the rights of terminally ill patients, which contribute to a dignified death that is understood properly.

This analysis can help to extol the human condition of those who work in health areas, which is put to the test during the daily care of patients who are critically or terminally ill.

KEY WORDS: Health, illness, nursing care, critical care, futility, dignified death.

¹ Enfermera. Master en Bioética. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia. elizabeth.gomez@unisabana.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN: 5-12-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN: 13-01-2009

RESUMO

Esta análise aclara conceitos básicos que permitem ter um quadro de referência: a saúde como harmonia ou balance entre o físico, mental, social, espiritual e o ambiente onde vive e desenvolve-se a pessoa; a doença como desintegração ou ruptura da unidade da pessoa; o cuidado de enfermagem.

São examinados alguns efeitos da doença não só sobre o paciente mas também sobre o profissional da enfermagem; assim como os fatores causantes de estresse em uma unidade de cuidado crítico.

Os princípios bio-éticos de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça são relacionados com alguns valores do profissional da enfermagem: o respeito à intimidade e à privacidade, a capacidade de escuta, a confidencialidade, a veracidade e o princípio de não abandono.

O conceito de futilidade é estudado com estos princípios, tendo em conta os fatores seguintes: a utilidade fisiológica, o pronóstico da doença e a avaliação do benefício.

Dado que a morte é uma possibilidade diária e está presente nas unidades de cuidado intensivo, não é possível esquecer o tema de morrer com dignidade, já que este tem ido do lar às instituições hospitalares, deixando de ser um processo natural. O profissional de enfermagem é obrigado a liderar o respeito dos direitos do paciente terminal, os quais contribuem a ter uma morte apropriadamente entendida.

Esta análise pode ajudar a realçar a condição humana dos que trabalham em áreas da saúde, posta a prova na atenção cotidiana de um paciente crítico ou terminal.

PALAVRAS-CHAVE: saúde, doença, cuidado de enfermagem, cuidado crítico, futilidade, morte digna.

INTRODUCCIÓN

En esta época de modernidad el profesional de enfermería se enfrenta a un reduccionismo biológico de la vida humana, a una ruptura en la que el cuerpo no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica. La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones meramente técnicas quedando la persona cosificada y sujeta a criterios de eficiencia y utilidad. La vida humana se valora en términos de utilidad biológica, sólo es válida aquella que tiene cierta calidad, según unos parámetros: desde esta perspectiva, se ha perdido el valor fundamental de la vida.

El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy (1), quien al igual que Pellegrino, concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud

como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medioambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. La integridad es, en este sentido, sinónimo de salud.

La enfermedad equivale a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas, corporales, psicológicas y axiológicas.

Por lo expresado, la relación del profesional de enfermería con el paciente en cualquier contexto que se dé debe ser, por definición, "holística", donde el cuidar contribuye a la restitución de la integridad.

Para Pellegrino (2), el restablecimiento de la salud, del orden integral de la persona del paciente, constituye el fin último de la acción terapéutica, pero el acto de asistir sólo puede realizarse de un modo óptimo si se considera seriamente el hecho de la enfermedad y las múltiples consecuencias que tiene el enfermar en la condición humana.

TESIS

Es importante comprender que el deterioro de las condiciones de salud de un individuo puede llegar a reunir diversos factores hasta el punto de requerir unos cuidados especializados, como los que se ofrecen en las unidades de cuidado crítico. Esto trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad, y más deterioro en la condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia total de la que se es objeto, y por la inmovilización prolongada a la que se es sometido.

La experiencia de enfermar se puede caracterizar como una experiencia de crisis, de ruptura; ésta hace referencia no solo a deterioro o decadencia sino a la transformación, la alteración y el cambio, a una metamorfosis radical de todo el ser personal: no solamente en lo que atañe al cuerpo sino de todo el conjunto estructural, en el orden psicológico, social e incluso espiritual.

La enfermedad es una fractura entre el yo y el cuerpo; altera el modo de comprender la propia corporeidad y de relacionarse con ella. Cuando está sana, la persona

apenas se da cuenta de su cuerpo, de que vive en él y de que, gracias a él, se desplaza de un lugar a otro y se comunica con sus semejantes. El hecho de estar enfermo conlleva una reducción de los intereses personales y una concentración o focalización creciente en la propia corporeidad.

Es un hecho psicológico: afecta lo emocional; se da una alteración de la imagen; una transformación de la apropiación corpórea, del sentido del humor y de la consideración de uno mismo. En la enfermedad hay una ruptura de la integridad; el paciente oscila entre la dependencia y la independencia; su cuerpo enfermo pierde vigor y coraje para resolver problemas y enfrentar la enfermedad. La guerra entre el optimismo y la lamentación ponen al paciente inestable y de mal humor; sus estados de ánimo se tornan ambivalentes; los valores pueden cambiar a medida que se va enfrentando a pruebas reveladoras de algún diagnóstico definitivo. Tal vez su única fortaleza estaría en permitir que otros lo cuiden, le ayuden.

La enfermedad, también, altera las circunstancias que le rodean y sus relaciones interpersonales, modifica su estilo de vida, sus roles, sus relaciones, porque le obligan a estar aislado; se truncan los proyectos y se centran en la enfermedad; lo que era urgente pasa a un segundo plano, lo prioritario es la recuperación.

Además, lo espiritual y los valores personales se pueden alterar, transformar o intensificar cualitativamente. En la enfermedad se mantienen la identidad y la intimidad,

LA REALIDAD CORPORAL, LA VIDA, LA SALUD Y LA ENFERMEDAD SE HAN CONVERTIDO EN CUESTIONES MERAMENTE TÉCNICAS QUEDANDO LA PERSONA COSIFICADA Y SUJETA A CRITERIOS DE EFICIENCIA Y UTILIDAD.

pero el modo de comprender la existencia y la vida se transforma. Cada ser humano padece y vive la enfermedad desde su subjetividad.

La enfermedad reduce la autonomía personal porque obliga a depender de otros cuando no se pueden realizar las funciones vitales; produce una sensación de impotencia y abatimiento; el paciente se da cuenta de que su cuerpo ya no es un instrumento que puede manejar a su arbitrio, sino que es un peso que cuesta arrastrar de un lado a otro y que centra todas las exigencias.

No sólo el paciente es vulnerable, también lo es el profesional de la salud: está sujeto a la incertidumbre, a tener que saber, o si ello no es posible, a tener que adivinar cómo actuar. Este tipo de vulnerabilidad lo hace adoptar a veces conductas altaneras, que en el fondo son defensivas y le cierran a una escucha reflexiva o a una actitud de autoobservación crítica, generando unas condiciones de desapego.

El profesional de enfermería vive una carga emocional y laboral que le afecta la forma de cuidar a los pacientes terminales y le puede causar pérdida del bienestar en la actividad profesional, hasta el desequilibrio emocional, en el que se experimenta desesperanza, depresión e incertidumbre. La inversión de esfuerzos y energías que no se ven reflejados en la recuperación del paciente, o que no corresponden con el grado de satisfacción esperado, va en detrimento de la utilización de la experiencia para tomar las mejores decisiones, para buscar caminos de mayor autorrealización, de actualización, de exigir reconocimiento a la labor desempeñada.

Hoy en día muchas cosas generan estrés en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): los conocimientos y el

EN LA ENFERMEDAD SE MANTIENEN LA
IDENTIDAD Y LA INTIMIDAD,
PERO EL MODO DE COMPRENDER
LA EXISTENCIA Y LA VIDA
SE TRANSFORMA.
CADA SER HUMANO PADECE Y VIVE
LA ENFERMEDAD DESDE SU SUBJETIVIDAD.

uso de nuevas tecnologías; las relaciones interpersonales; la naturaleza de los pacientes a los que se les presta atención; el ambiente físico del trabajo; las condiciones salariales, administrativas o burocráticas; los procesos nuevos de gestión; los eventos críticos a los que se enfrenta en una unidad de esta índole.

Dentro de los factores que afectan a la enfermera con una alta carga emocional se encuentran los siguientes (3):

- Frecuencia y cantidad de tiempo dedicado en la atención de pacientes.
- Sobrecarga laboral.
- Falta de oportunidad de participación en la toma de decisiones.
- Necesidad de tomar decisiones críticas con información escasa o ambigua.
- Riesgo de contaminación o afectación psíquica.
- Introducción constante de nuevas tecnologías y conocimientos.

El profesional de enfermería es quien está más próximo al dolor y al sufrimiento que generan sentimientos

de miedo e impotencia, de soledad, de excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, de vivir en este sentido un duelo tras otro; considera que los cuidados son inmediatos porque debe estar en condiciones de responder las demandas de los pacientes y olvidarse de sus necesidades personales, las obligaciones que le demanda la profesión en la cual el acento se pone sobre el bienestar del otro.

Frente a este estado de vulnerabilidad de doble vía, ¿cuál ha de ser el obrar ético? Se pretende que la ética sea normativa, que impida los abusos cometidos por la investigación y la tecnología, se trata de llegar a unos principios internamente jerarquizados que puedan aplicarse a la resolución de problemas clínicos concretos, o distinguir la licitud o ilicitud de las prácticas clínicas.

Hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética, emplear los recursos de la ciencia de tal modo que se obtenga un uso correcto. No solo existe un conocimiento científico que indaga sobre lo material de los hechos, sino que en toda tarea científica hay unos valores humanos que están en juego. Uno de estos caminos lo ofrece la bioética. A través de la reflexión a partir de principios, el profesional de la salud puede encontrar respuestas a las inquietudes generadas por su actuación laboral cuando ella está sometida a las contingencias arriba mencionadas.

HAY QUE DISCERNIR ENTRE LA POSIBILIDAD TÉCNICA Y LA LICITUD ÉTICA, EMPLEAR LOS RECURSOS DE LA CIENCIA DE TAL MODO QUE SE OBTENGA UN USO CORRECTO. NO SOLO EXISTE UN CONOCIMIENTO CIENTÍFICO QUE INDAGA SOBRE LO MATERIAL DE LOS HECHOS, SINO QUE EN TODA TAREA CIENTÍFICA HAY UNOS VALORES HUMANOS QUE ESTÁN EN JUEGO.

Principio de autonomía

En el caso que hoy nos ocupa es necesario comprender al paciente en estado crítico desde una mirada integral de la autonomía. El médico usa su pericia para determinar el diagnóstico y pronóstico del paciente y las posibles alternativas de tratamiento, valora los riesgos y beneficios de cada uno, incluyendo la alternativa de no tratamiento, pero será el paciente quien, con competencia y según sus valores pueda discernir y decidir qué opción es mejor para él. La prudencia contribuye a un análisis de la situación para tomar decisiones, pero en último término lo que está en juego es la salud, y muchas veces la vida y la libertad del paciente.

Principio de beneficencia

Existe la obligación ética de que toda actuación de enfermería esté dirigida a procurar el bien del paciente; a que éste reciba un trato acorde a su dignidad; tiene derecho a estar informado, él y la familia, de los diferentes exámenes y tratamientos, de tal manera que pueda tener claridad sobre los riesgos y beneficios, aun en las peores circunstancias en las que se encuentre.

Principio de no maleficencia

El compromiso de enfermería es dedicarse a ayudar a restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, lo cual impli-

ca la preservación de la vida que compromete el principio de no hacerle daño.

Muchos de los tratamientos en las unidades de cuidado crítico implican riesgos y sufrimiento a cambio de la estabilización de una función (por ejemplo, entubar a un paciente amerita dolor, sufrimiento, angustia, a cambio de obtener la recuperación de la función pulmonar). No todo lo técnicamente posible es necesario y éticamente aceptable, el profesional en salud tiene que poner todos los medios indicados y no los contraindicados.

Principio de justicia

El principio de justicia sustenta la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesitan o les corresponde; según el principio de igualdad, todos los seres humanos deben recibir lo mismo, ya que tienen los mismos derechos, y desde la equidad cada cual debe recibir según sus necesidades. El alto costo de los recursos obliga a utilizarlos de manera selectiva y surge el conflicto entre los que deben beneficiarse de ellos y los que no.

Además de estos que son ampliamente conocidos, pero que por su misma naturaleza son insuficientes y muchas veces poco aplicables con coherencia en situaciones concretas, es necesario mencionar otros principios que infortunadamente son poco practicados, pero que en el trabajo de enfermería revisten una especial importancia.

Respeto a la intimidad y a la privacidad

Estos principios están basados en la dignidad humana. La privacidad provee al individuo de un límite entre su

NO TODO LO TÉCNICAMENTE POSIBLE
ES NECESARIO Y ÉTICAMENTE ACEPTABLE,
EL PROFESIONAL EN SALUD TIENE QUE PONER
TODOS LOS MEDIOS INDICADOS Y NO LOS
CONTRAINDICADOS.

vida y la de otros, entre su “yo y la otra gente”, provee respeto y protege la libertad.

El respeto a la intimidad hace referencia por una parte al derecho que tiene el paciente a que no invadan esa intimidad, a que no lo presionen a revelar algo que considera de su mundo interior, que para él resulta incommunicable, y se traduce en el acceso limitado a la información; por otra parte, el respeto a la intimidad implica dar al paciente el tiempo y el espacio necesario para entender y decidir, al obrar así se le da primacía a su libertad.

Respecto a la privacidad hay que distinguir dos formas: una relacionada con la privacidad de la persona, y otra con la privacidad de la información.

Es necesario comprender que dadas las circunstancias de enfermedad, el territorio o espacio propio del paciente es su cama o su cuarto: tanto el profesional de salud como los visitantes deben respetar este espacio, que es parte de su privacidad, procurando salvaguardar su intimidad, evitando comentarios inoportunos, o relacionados con la institución, con otros pacientes o con problemas familiares que no puede resolver en su lecho de enfermo. Por otra parte, la privacidad de la

persona también hace referencia al “pudor” del paciente frente a su cuerpo, a su desnudez, que es parte de su intimidad, y se traduce en pedir su consentimiento cuando se debe tocar su cuerpo, y en protegerlo de miradas de terceros.

Establecer una relación de escucha

La comunicación es el eje central en el acto de cuidar y de curar. No solo debe considerarse como un acto humanizador, sino como uno de los factores decisivos, junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia de la calidad de un determinado espacio del servicio de salud. Generar un clima de acogida y respeto garantiza un mayor bienestar para el paciente y esto tiene efectos terapéuticos porque el paciente se siente cómodo, seguro, confiado.

En el arte de la comunicación la práctica de la escucha juega un papel vital. E. Levinas, citado por Torralba (4), parte de la tesis de que el buen profesional no se mide por lo que hace o por lo que dice, sino también y fundamentalmente por su capacidad de escuchar; para él lo esencial en la relación interpersonal no es el decir, sino el escuchar.

Escuchar es un eje central del acto de cuidar, que muestra la capacidad de acogida y entrega, por eso tiene un significado, una disponibilidad para abrirse al otro que requiere espacio y tiempo. El saber escuchar es comprender al otro desde su circunstancia con amabilidad, entender el significado de sus gestos, de sus expresiones verbales y no verbales. Cuando el ser humano atraviesa circunstancias de dolor necesita ser escuchado, necesita contar a alguien lo que vive en su interior, esto exige del

oyente una predisposición muy singular que equivale a vaciar fuera de sí los propios relatos, argumentos, acallar las voces interiores, sus problemas. Escuchar atentamente constituye una tarea ética y hace patente el grado de profesionalidad del cuidador y su capacidad de entrega al enfermo (5).

Quien escucha a un enfermo debe generar una aproximación a través del tacto en señal de respeto y atención, al acariciar al paciente él entiende que se preocupan por él, precisamente porque es frágil necesita el contacto epidérmico de otro ser humano, de este modo no se siente sólo y abandonado.

El tacto se relaciona con la piel, con la vida, supera el marco verbal y es superior a la argumentación. Dada la radical vulnerabilidad requiere de ese tacto más que en cualquier otra circunstancia de su vida corriente; a través del tacto experimenta solidaridad, que le importa a alguien, y que alguien cuida de él.

Esta dualidad de escucha y tacto permite que afloren más fácil los sentimientos del paciente los cuales están guar-

LA COMUNICACIÓN ES EL EJE CENTRAL EN EL ACTO DE CUIDAR Y DE CURAR. NO SOLO DEBE CONSIDERARSE COMO UN ACTO HUMANIZADOR, SINO COMO UNO DE LOS FACTORES DECISIVOS, JUNTO CON LA COMPETENCIA, LA EFICIENCIA Y LA EFICACIA DE LA CALIDAD DE UN DETERMINADO ESPACIO DEL SERVICIO DE SALUD.

dados en lo más sagrado de su interioridad, la cercanía permite abrir ese cofre y exponerlo al cuidador, colocar en sus manos su humanidad frágil, y esta catarsis tiene un efecto terapéutico en el ser integral que le permite entenderse a sí mismo y al mismo tiempo lo fortalece.

Respetar la confidencialidad

La confidencialidad está basada en la dignidad del ser humano, hace parte de los derechos del paciente, y está encaminada a proteger la vida de la persona, al respeto de la libertad individual, y promueve la idea de igualdad (6).

También es la restricción en el acceso a información privada que ha confiado el paciente al agente de salud, que hace parte del compromiso de lealtad para no fallarle a la esperanza firme que el paciente tiene de que esa información no trasciende más allá.

El ser confidente es tener capacidad de escucha y de discreción, es tener tacto, saber estar a tiempo, saber en definitiva lo que se tiene que hacer y lo que no se tiene que hacer en un momento determinado. Es saber decir lo más conveniente y saber callar cuando es oportuno. Tiene tacto quien tiene la habilidad de salvaguardar en cada instante la vida vulnerable del otro, quien es capaz de preservar al enfermo de cualquier intrusión ajena (7). En sentido metafórico el tacto es tener la capacidad de saber estar en una determinada circunstancia sin incomodar y sin resultar una molestia para la persona que ocupa dicho espacio y dicho tiempo.

Generar esperanza y fortaleza

Dentro del compromiso del cuidado que brinda la enfermera al paciente está el de darle esperanza, calor

EL SER CONFIDENTE ES TENER CAPACIDAD DE ESCUCHA Y DE DISCRECIÓN, ES TENER TACTO, SABER ESTAR A TIEMPO, SABER EN DEFINITIVA LO QUE SE TIENE QUE HACER Y LO QUE NO SE TIENE QUE HACER EN UN MOMENTO DETERMINADO.

humano, confianza, respeto y admiración por su condición de persona digna. Esta actitud exige sensibilidad, conocimiento, buen criterio y la adaptación de los procedimientos de enfermería, incluso los más sencillos, a las necesidades particulares del paciente.

La enfermera debe *empoderar* al paciente para que comprenda que no ha perdido su dignidad ni su valor como persona, y que por tanto sigue siendo constructor de su propia historia. Debe ayudarlo a reconocer el valor de su vida y de su cuerpo encontrándole sentido a su sufrimiento. A la persona tocada por el dolor le es más fácil adquirir una sabiduría profunda sobre la realidad del mundo y de la vida, de captar lo que es esencial y verdadero; el dolor permite un mayor conocimiento de sí mismo desde esta situación límite, el dolor es un medio para descubrir la razón última de las cosas (8). Con el dolor la vida se hace más profunda, más sincera y solidaria con los otros que sufren, más generosa, enriquece a quien lo vive.

Igualmente debe motivar al paciente para que desarrolle actitudes que le lleven a reconocer todas sus capacidades para hacer frente a la enfermedad y no dejarse derrotar por ella, para visionar el futuro con esperanza (cuando esto es posible), o replantear su anterior forma

de vida, aceptando lo irremediable y readaptándose a las nuevas condiciones.

También es importante impregnar a ese diálogo verdadero humor para que pueda disfrutar la vida un poco, la risa fortalece los pulmones, despeja el sistema respiratorio, es un escape emocional saludable, destierra el hastío, facilita la comunicación, ayuda a combatir la tensión y el aburrimiento.

Veracidad

Una de las labores de enfermería está relacionada con la información que ofrece al paciente sobre la enfermedad, acerca del diagnóstico, la naturaleza, los riesgos, beneficios y las recomendaciones.

Beauchamp y Childress denominan a esto competencia para la toma de decisiones, y consideran que está íntimamente ligada a la autonomía: “un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante sus cuidadores o investigadores” (9).

Conseguir que un paciente comprenda y además aprecie tanto los riesgos como los beneficios puede ser una

tarea ardua y difícil. Se debe buscar la información pertinente, sin embargo, el profesional de enfermería no debe olvidar que el exceso de información puede dificultar la comprensión. Este exceso aumenta si se utilizan términos poco conocidos, o si la información no está bien organizada. Ciertos datos son irrelevantes o triviales, otros son fundamentales, probablemente decisivos. Un método que permite comunicar información novedosa y especializada a personas con pocos conocimientos en salud, consiste en establecer analogías, metáforas entre la información y los sucesos habituales o el contexto conocido por el paciente.

En muchas ocasiones, plantear preguntas, conocer las preocupaciones e intereses del paciente, y conseguir un clima que estimule a preguntar es más favorable para la comprensión, en muchos casos, que el sólo hecho de la información (9).

No abandonar al paciente

Se refiere al deber de proporcionar una atención clínica personalizada en circunstancias difíciles como en las que se encuentran los pacientes de cuidado intensivo, en el máximo grado de vulnerabilidad; en tales circunstancias el profesional cede al miedo, a la pereza, negando sus servicios o escabulléndose de situaciones donde debería asumir un papel, o delegando a otras personas los cuidados.

CONSEGUIR QUE UN PACIENTE COMPREnda Y ADEMÁS APRECIE TANTO LOS RIESGOS COMO LOS BENEFICIOS PUEDE SER UNA TAREA ARDUA Y DIFÍCIL. SE DEBE BUSCAR LA INFORMACIÓN PERTINENTE, SIN EMBARGO, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA NO DEBE OLVIDAR QUE EL EXCESO DE INFORMACIÓN PUEDE DIFICULTAR LA COMPRESIÓN.

En nuestras instituciones de salud prima la cultura del desapego o de acto de abandono, y se discuten normas de trabajo en equipo como el repartirse a los pacientes difíciles entre todos. Por ello el compromiso de no abandono va al centro mismo de la manera en que tenemos de entender la profesión de cuidadores.

Los profesionales de la salud deben combatir su tendencia a tratar a todos los pacientes de la misma manera, con el mismo registro de comunicación. He aquí que comunicación y ética se enlazan en el diálogo, en la relación, en la deliberación, en la asociación, en la participación compartida. Hay un deber de establecer un diálogo significativo, porque éste se construye desde la realidad del paciente, un diálogo que debe ser honesto, transparente y no manipulador. Todo ello requiere creatividad, atención, consideración a la dignidad del otro. Debe existir una exigencia interna para que las acciones de cuidado estén basadas en las necesidades del paciente y no en las del profesional de la salud.

Cuando al profesional se le entrena para actuar de manera casi automática en las situaciones críticas, y sobre todo si ésta obligación se le recalca apropiadamente a lo largo de su proceso de formación, se estará favoreciendo una respuesta adecuada. El profesional tiene no sólo el deber de comprender este requerimiento ético y legal sino de programar su conducta para responder con prontitud, de esculpir hasta donde pueda sus actitudes. El hecho de no saber cómo actuar, o la falta de pericia, obligan a la prudencia sin eximirlo de sus obligaciones.

SÍNTESIS

A la luz de estos principios mencionados se puede reflexionar en torno a algunos problemas éticos que se

presentan en las unidades de cuidado intensivo. Uno de ellos es la futilidad y otro el morir dignamente.

Futilidad viene del latín *futilis*, algo de poco aprecio o importancia, inútil, inefectivo.

Gonzalo Herranz (10) afirma que futilidad es aquella acción de cuidado cuya aplicación no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico sino los síntomas, y a veces elimina solamente enfermedades oportunistas. También son fútiles aquellas acciones que producen efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el paciente, o sus condiciones familiares, económicas o sociales.

Para valorar la futilidad de un procedimiento éste se debe examinar a la luz de los siguientes factores:

- a) La utilidad fisiológica de esa acción, porque debe estar respaldada en un conocimiento científico y es un derecho de todo paciente.
- b) El pronóstico de la enfermedad a la luz del estudio minucioso de la historia clínica, la exploración de exámenes complementarios, la experiencia del profesional, la consulta con otros colegas, la revisión bibliográfica de la enfermedad, porque se necesita saber las repercusiones, expectativas de vida, incluidas las limitaciones, secuelas, costo del tratamiento, la predicción y evolución como el posible desenlace. Infortunadamente, el papel de los profesionales de enfermería se limita a llevar solamente los registros de las diferentes escalas utilizadas en las unidades de cuidado crítico, pero no a atender al paciente en su integridad.

- c) La valoración del beneficio, la búsqueda del bien, es un objetivo irrenunciable en el quehacer diario del profesional de la salud, pero en muchas ocasiones este principio es utilizado para ordenar cuanto prueba objetiva se tenga a fin de realizar un diagnóstico más exacto de la enfermedad.

Es necesaria la evaluación de los riesgos e inconvenientes de un tratamiento, la sola producción de un beneficio no basta para concluir que el tratamiento deba ser aplicado. El tratamiento debe producir una mejoría considerando la globalidad del paciente y no atendiendo a un órgano concreto. Dentro de éstos se encuentran los tratamientos o medios ordinarios, los cuales ofrecen una esperanza razonable de producir algún beneficio sin imponer cargas inaceptables, mientras que tratamientos extraordinarios son los que conllevan cargas inaceptables sobre el paciente u otras personas, y no son moralmente obligatorios.

Este tratamiento hace parte de los cuidados paliativos que procuran aliviar los síntomas que producen las enfermedades incurables. Aunque estos tratamientos puedan acortar la vida del paciente, su utilización está justificada por el enorme beneficio y bienestar que le proporcionan. Sin embargo estos procedimientos, o la aplicación de algunos medicamentos, deben contar con el conocimiento claro por parte de enfermería de los efectos secundarios como de la prudencia en la administración de los mismos.

Cuando se acaban los recursos que se deben utilizar con el paciente, quedan algunas alternativas mínimas de cuidado como la alimentación parenteral y enteral, cuidados básicos de higiene que son realizados en su

EL TRATAMIENTO DEBE PRODUCIR UNA
MEJORÍA CONSIDERANDO
LA GLOBALIDAD DEL PACIENTE Y NO
ATENDIENDO A UN ÓRGANO CONCRETO.

totalidad por las enfermeras, que proporcionan beneficio al alimentar e hidratar al paciente con líquidos, nutrientes y oligoelementos esenciales que lo mantienen con vida y hacen posible un trato digno ante la proximidad de la muerte.

El personal de enfermería puede recibir órdenes de no reanimar pero las historias clínicas no aportan las razones claras que justifiquen la aplicación de dicha medida, con datos objetivos sobre el estado del paciente que respalden dicha decisión, y muy sumisamente enfermería lo acepta sin cuestionar o poner en consenso con el grupo interdisciplinario dicha decisión. Este tipo de decisiones de no reanimar deben discutirse colectivamente, incluyendo a la familia, intentando alcanzar un acuerdo.

MORIR DIGNAMENTE

La vida no espera, avanza sin detenerse, cambia constantemente y acaba de un momento a otro. Esto puede hacernos sentir que siempre vamos detrás de la muerte, tratando de alcanzarla. Cuando empezamos a entender cómo vivir una determinada etapa de vida, ya estamos en la siguiente. Querríamos retroceder y hacer todo de nuevo pero es imposible, Judith Lief (8).

El proceso de morir se ha desplazado desde la familia y el hogar hasta los profesionales de la salud y los hospitales, el 95% de los fallecimientos ocurren en una institución hospitalaria.

Las técnicas de reanimación y los usos de la tecnología para mantener la vida han hecho que la muerte deje de ser un proceso natural para convertirse en algo paranatural, o incluso antinatural: un accidente que, de alguna manera, puede ser controlado por el hombre. No hay lugar para la muerte, se oculta como si fuera algo vergonzoso, se ve en ella un sufrimiento inútil y penoso, cuando en realidad es la culminación de una existencia que ha marcado una historia, ha dejado huella y ahora trasciende. Ella nos recuerda que somos vulnerables, obliga a la persona a cuestionarse el trayecto de vida recorrido para enfrentarse a la muerte.

Ayudar a morir con dignidad, lejos de implicar un acto de eutanasia, equivale a tener en cuenta los derechos del enfermo terminal (11):

Derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de la muerte.

Derecho a ser cuidado por personas que sean capaces de mantener la esperanza a pesar de las circunstancias.

Derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.

Derecho a tener una atención hospitalaria y humana continuada aun cuando los objetivos de curación tengan que transformarse en objetivos de bienestar.

Derecho a no morir solo.

Derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.

Derecho a no ser engañado si yo no quiero.

Derecho a morir en paz y con dignidad.

Derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que puedan ser contrarias a las creencias de otros.

Derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas o espirituales cualquiera que sea la opinión de los demás.

Derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte según mi voluntad.

Derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas, que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar la muerte.

“La imagen que se tiene del moribundo es de peligro y dolor físico, pero más que dolor sufren angustia por el proceso que avanza que los aleja de los suyos, miedo a lo desconocido, dolor al deterioro y dependencia, ver sufrir a los seres queridos y a la separación inminente” (7).

Todo este panorama nos hace tomar conciencia de la necesidad de una constante actualización, una reevaluación de los currículos de modo que exista un mayor equilibrio entre los conocimientos técnicos recibidos y la preparación en los aspectos humanos y bioéticos. Como profesionales de enfermería debemos liderar el cuidado y la protección de la vida hasta su término natural.

 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VV. AA. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán* 2002; 2 (2): 19-23.
2. Pellegrino E. Fenomenología del Homo Infirmus. En: *Filosofía de la Medicina en torno a la obra de Pellegrino*, Madrid: MAPFRE; 2001. p. 53-68.
3. Comisión Nacional de Sida. “Estrés laboral y burn out en los servicios de salud”. Disponible en www.conasida.cl [Fecha de consulta: 20-mayo-2006].
4. Levinas E. *Hacia una Filosofía de la escucha. Ética del Cuidar*. Instituto Borja de Bioética. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina; 2002. p.106-110.
5. Torralba F. *Ética del cuidar*. Instituto Borja de Bioética. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina; 2002. p.103.
6. Longhy T, Karpe J. Privacy and Confidentiality Issues in Primary Care: Views of Advanced Practice Nurses and Their Patients. *Nursing and Ethics*. 2004; 11 (4): 378.
7. Torralba F. *Filosofía de la medicina en torno a la obra de E.D. Pellegrino*. Instituto Borja de Bioética. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina; 2002. p.102.
8. Sobrado C. *Cartas a los que sufren*. Lima. Luis Alvistur de Pérez; 1991. p. 102.
9. Beauchamp T, Childress, JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson S.A.; 1999.
10. Herranz G. *El concepto médico de futilidad y su utilidad médica*. Pamplona; 1995. p. 35-38.
11. Zamora A. Aspectos relacionados con el enfermo Terminal y sus implicaciones bioéticas. *Boletín Idea*. 2006; 9; 8-11.