

La familia en situación de emergencia. Aspectos éticos

Carmen Galdamez Nuñez.

DUE y Vocal del Comité Asistencial de Ética del Hospital Universitario de la Princesa.

Jesús González Cajal.

Médico Psiquiatra y Presidente del Comité Asistencial de Ética del Hospital Universitario de la Princesa.

El hombre es un ser social. El mito de ROBINSON CRUSOE se ha acabado en la sociedad moderna. La sociedad está formada por sistemas e instituciones a los que el ser humano pertenece y forma parte activa de ellos.

En esta sociedad, la célula más pequeña es LA FAMILIA y el paciente forma parte de ella, por eso cuando uno de los miembros enferma LA FAMILIA debe ser su máximo apoyo.

Por lo tanto la vida familiar tendrá repercusiones Psico-Socio-Biológicas.

La gran tecnificación (1) de la medicina ha dejado de lado (sobre todo en los últimos 20 años) la visión integral del hombre como ser compuesto por una dimensión física, otra psíquica y otra social y en la atención sanitaria quizás nos hallamos dedicado más a la parte física.

Esta desatención de los otros aspectos del ser humano hace que la asistencia sanitaria sea a veces ineficaz y traumatizante para el paciente y sobre todo para la familia.

Es importante que los profesionales de la salud no olvidemos que la tecnología es

necesaria, pero puede degradar y deshumanizar la atención al enfermo y hemos de procurar que éste y su entorno familiar sigan sintiéndose personas, incluso en los momentos en que se pierde la salud, y es aquí donde los profesionales sanitarios, especialmente enfermería (dada la especial y cercana relación que tenemos con el enfermo), debe procurar el cuidado integral, es decir,

ATENDER Y CUIDAR AL HOMBRE en sus TRES DIMENSIONES

FISICA
PSIQUICA
SOCIAL

Como enfermera durante 15 años en un servicio de URGENCIAS de un hospital de titularidad pública, me he planteado en muchas ocasiones si un enfermo puede ser autónomo o no en un servicio de urgencias.

Que nosotros utilicemos aquí la palabra **autonomía** es consecuencia de muchas horas de reflexión, sobre todo desde que asumimos autónomamente, es decir libremente, responsabilidades en el Comité Asistencial de Bioética del Hospital de la Princesa, lo cual fué precedido de un período de formación en Ética de 5 años.

Al estudiar el Principio de Autonomía había una definición que decía *paciente autónomo es un sujeto capaz y legitimado para tomar decisiones acerca de cuestiones que le son vitales*; ahí empezaban las dudas sobre la autonomía que antes nunca nos habíamos planteado y todo esto, aunque se vivía día a día, es difícil de explicarlo y aplicarlo, y ahora en el trabajo cotidiano con el enfermo nos preguntamos:

¿que es la autonomía?

¿podemos ser autónomos en algo?

¿puede ser un enfermo autónomo en situación de urgencia? (2)

Mis compañeros de mesa, doctores, hablan con una vision médica; en el Juramento Hipocrático, legado griego, ya se habla de autonomía. Esta palabra se compone de: AUTOS (propio, por uno mismo) y NOMOS (regla, ley) y en un principio se referían al AUTOGOBIERNO de las Ciudades-Estado griegas; si extrapolamos este concepto a la persona, AUTOGOBIERNO es formar la propia personalidad mediante el conocimiento y el entendimiento apropiados, sin ser controlado ni interferido por otros ni por limitaciones personales.

Por lo tanto, la persona autónoma está libre de controles externos y ademas controla sus asuntos.

Se es autónomo solo si se es capaz de actuar libremente y deliberar controladamente

Según HOWE (3), el paciente es maximamente autónomo en la medida en la que no tiene impedimentos internos, es decir dolor, ni externos que le coaccionen su autónoma decisión y, en este sentido, un contexto de sólido soporte interpersonal a través de familiares y/o allegados puede ser un muy importante componente que asegure en los pacientes experiencias de autonomía genuina.

Los sanitarios tenemos que concienciarlos en la humanización de la asistencia sanitaria y no debemos caer en el error de ignorar a la familia ni despreocuparnos del problema psíquico y social que lleva consigo, ni

tampoco considerarla como "algo molesto" que interfiere en nuestro trabajo, sino tener presente la importancia del ROL fundamental de la familia en el *desarrollo y tareas de apoyo en los estilos de "vida saludable"*

Las familias, han de considerarse como personas interesadas e implicadas directamente en la enfermedad (4).

Dentro del SISTEMA DE AYUDA SOCIAL así lo refiere el PLAN : SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. (5)

El ámbito familiar queda dentro del SISTEMA SANITARIO, tanto desde el punto de vista LEGAL como ÉTICO de cada uno de los profesionales de la salud (6).

El artículo 6.2 de la Ley General de Sanidad, dice que las Administraciones públicas estarán orientadas a promover el interes individual, social y FAMILIAR para la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población; existen, por tanto, tambien los *derechos de los enfermos y la familia* desde el punto de vista sanitario, como recoge pormenorizadamente nuestro Código Deontológico (7).

Hay una referencia a este tema de ADELA CORTINA (Catedrática de Ética de la Universidad de Valencia), escrita en un periódico después de haber llevado a su madre enferma a un Servicio de Urgencias de un Hospital público, que titula : "*LO COTIDIANO EN CLINICA*", en el que dice, entre otras muchas cosas, que de nada serviría sacar matriculas en un llamativo curso de Bioética, si los aspirantes a él, médicos, enfermeras y otros especialistas sanitarios, no obtuvieran por lo menos un **aprobado raso** en una asignatura menos espectacular que es **la profesionalidad en la práctica cotidiana;**

igual que el valor se supone en los militares, la profesionalidad se da por supuesta cuando el personal sanitario recibe su licencia para *CURAR Y CUIDAR*.

Sigue diciendo que "cuando uno llega a un hospital se encuentra con *PERSONAS-PACIENTES* que están debilitadas (incluida la autonomía, añadimos), por dos causas (8):

1ª POR LA PROPIA ENFERMEDAD

(principio de autonomía disminuido o nulo)

2ª POR SU IGNORANCIA EN MATERIA SANITARIA

"Por lo tanto, estas Personas-Pacientes se ponen en manos de los profesionales sanitarios con la confianza de que con su *SABER Y PROFESIONALIDAD* podrán sacarlas del mal paso, las enfermeras curarán sus heridas y comprenderán que su caso es distinto al del enfermo contiguo y que la *FAMILIA* espera la información como agua de Mayo; la profesionalidad la dan por supuesta".

Como podemos ver en esta atinada referencia, Adela Cortina nos refleja la importancia que tiene la familia en todo acto sanitario y como, a veces, lo más elemental es lo que los pacientes valoran como lo más importante.

Las familias llegan al servicio de urgencias con un inestable equilibrio emocional, tanto porque traen a un ser querido enfermo como porque entran en contacto con un Sistema Sanitario *IMPONENTE* en el doble sentido de la expresión: 1) Los enormes avances técnicos les *IMPONEN* respeto (y a veces miedo); 2) La dificultad de comprensión en materia hospitalaria les "impone", es decir que les acobarda y les impide actuar autónomamente (9).

Las expectativas del ser humano, en general, al entrar en contacto con el Sistema Sanitario, sobre todo con el servicio de urgencias, suelen ser fruto de un aprendizaje, es decir de experiencias que ellos no han vivido, sino de lo que otros les han contado.....yo cuando estuve en urgencias me hicieron.....pues yo , cuando fui con mi padre me tuvieron 30 horas sin saber..... pues a mí me perdieron los análisispues a mí me tocó un estudiante y me hizo mucho daño y además ... etc, etc.

Cuando un paciente llega a urgencias traído por sus familiares, *LA FAMILIA* queda troceada, es decir desequilibrada y esta descompensación lo acusa tanto el paciente como la propia familia. Si apoyamos mucho a la familia, estamos ayudando también a la autonomía del paciente (10).

Por tanto, por un lado:

El paciente sufre:

1ª LA PROPIA ENFERMEDAD

2ª LA PROBABLE FALTA DE AUTONOMÍA (Que le dificulta la toma de decisiones y, en ocasiones, le hace entrar en estado de *SUMISION* haciendo todo lo que se le dice)

3ª REACCIONES NEGATIVAS (Basadas sobre todo en noticias de prensa, radio y tv. Miedo especialmente a los servicios de urgencias).

4ª FALTA DE INFORMACION Y DESCONOCIMIENTO DE SU DOLENCIA.

5ª DESCONFIANZA DE PROFESIONALES que no conoce y a los cuales se entrega totalmente a lo que ellos hagan con su vida quedando así en sus manos y en las del hospital.

por otra parte,

La familia sufre

1ª ESTRES, ANSIEDAD, TEMOR, INCREDULIDAD Y DESASOSIEGO (Causados por la propia enfermedad de uno de miembros)

2ª CAMBIO DE ROLES EN EL SENO FAMILIAR (Que por la falta de autonomía del paciente tienen que asumir y que desestabiliza el núcleo familiar)

3ª LA TOMA DE CONTACTO CON UN SISTEMA SANITARIO BUROCRATIZADO

4ª DESINFORMACION

Nada más llegar a la puerta de urgencias, mientras la familia da los datos de registro en admisión, el paciente "DESAPARECE"; nos decía una vez una madre que andaba desesperada buscando a su hijo, que mientras ella estaba dando los datos para el registro tuvo la sensación de que le habían "robado a su hijo" y que no se le quitó esa sensación hasta que, después de tres horas de espera, pudo verlo y tocarlo.

Si a esto añadimos que además existe el trámite de autorización por parte de la familia a que se le practiquen al paciente todas las pruebas necesarias para su diagnóstico y tratamiento, para ellos desconocidas, e, incluso, la autorización de la autopsia, quedando así totalmente en manos del hospital,... COMPRENDEREMOS EL SUFRIMIENTO DE LA FAMILIA al que anteriormente nos hemos referido.

En medio de este desequilibrio, se produce el hecho traumático de la SEPARACION del paciente y la familia, la cual queda, además, aislada.

Este aislamiento puede ser:

FISICO, porque están encerrados en la sala de espera con miedo a salir de ella y si les llaman, y no están creen que pueden perjudicar al enfermo.

PSIQUICO, por la incomunicación a la que están sometidos, ya que no se les permite pasar a ver a su enfermo y no se les informa de casi nada.

Son verdaderamente angustiadas las largas horas de espera y las dudas y preocupaciones que les afloran...¿se salvará? ¿qué le estarán haciendo? ...¿sufrirá?...¿por qué no podemos estar con él? (11).

La asistencia sanitaria, es, por lo tanto, un encuentro con el paciente y la familia y no debemos olvidar nunca que el único nexo de unión entre el enfermo y la familia somos el personal sanitario y hemos de tener conciencia clara de que se están produciendo este tipo de situaciones, y es fundamental convencerse de que una palabra amable, una frase e incluso una mirada, es decir, lo que podríamos llamar *comunicación no verbal* (12) pueden tranquilizar a esa familia ansiosa y angustiada a causa del vacío producido por un ser querido enfermo.

Es frecuente ver en los Servicios de Urgencia una indicación de PROHIBIDO EL PASO y que no se les facilita la información necesaria para que desaparezca la lógica preocupación por saber qué le estará ocurriendo a su ser querido.

También es usual ver en los servicios de Urgencias a un paciente, en cama o silla de ruedas, conducido por "*alguien vestido de blanco*" que le lleva a realizarse una prueba, pasando por delante de la familia sin previa información; la reacción de la familia es correr hacia él y preguntarle con verdadera angustia

y desvalimiento... *¿dónde te llevan... qué te van a hacer?* y el paciente, si puede hablar, contesta *...no lo se... dicen que a hacerme pruebas...* y el "personaje vestido de blanco", si habla, les dice *...¡tranquilos! que vamos al escáner...*

Esto que os hace sonreír, porque dicho así resulta gracioso, es patético cuando sucede en la práctica diaria y donde todos estamos de alguna manera involucrados.

Por lo tanto, en todo estado de emergencia dentro del sistema sanitario se constituye un proceso triangular, que IMPLICA A:

LA FAMILIA - PACIENTE - PERSONAL SANITARIO

Papel de la familia en este proceso

Cuando hablo de familia, me estoy refiriendo siempre a familias convencionales, familias en el mejor sentido de la palabra, SANAS, que se consideran como núcleo incondicional y no de familias despegadas o independientes.

En este proceso, la familia juega un papel importantísimo ya que es la que facilita a los profesionales sanitarios de urgencias la información necesaria del paciente cuando éste no pueda darla por su situación de enfermedad.

En la mayoría de los casos el paciente pierde autonomía y tiene una total dependencia de sus familiares, por lo tanto la familia adquiere una dimensión importante que siempre hay que

CONSIDERAR, VALORAR Y CUIDAR.

Varios artículos del Código Deontológico de Enfermería hacen referencia a esta dimensión.

En el capítulo 1, artículo 5º, dice: "CUANDO UN PACIENTE NO ESTE EN

CONDICIONES FISICAS Y PSIQUICAS DE PRESTAR SU CONSENTIMIENTO, LA ENFERMERA TENDRA QUE BUSCARLO A TRAVES DE SUS FAMILIARES O ALLEGADOS"

En el mismo capítulo, artículo 10º, dice que: "SI LA ENFERMERA ES CONSCIENTE DE QUE EL PACIENTE NO ESTA PREPARADO PARA RECIBIR LA INFORMACION PERTINENTE Y REQUERIDA, DEBERA DIRIGIRSE A LOS FAMILIARES O ALLEGADOS DEL MISMO".

En el capítulo II, artículo 4º, dice que: "LA ENFERMERA NO PODRA PARTICIPAR EN INVESTIGACIONES CIENTIFICAS O EN TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES EN PACIENTES QUE ESTEN A SU CUIDADO, SI PREVIAMENTE NO SE HUBIERA OBTENIDO DE ELLOS O DE SUS FAMILIARES EL CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO"(13).

En este mismo capítulo, artículo 5º, dice que: "ANTE UN ENFERMO TERMINAL, LA ENFERMERA SE ESFORZARA POR PRESTARLE HASTA EL FINAL DE SU VIDA, LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA ALIVIAR SUS SUFRIMIENTOS Y TAMBIEN PROPORCIONARA LA AYUDA NECESARIA A LA FAMILIA PARA QUE PUEDAN AFRONTAR LA MUERTE, CUANDO ÉSTA YA NO PUEDA EVITARSE"

Necesidades básicas del paciente enfermo

- * ALIVIO DEL MALESTAR FISICO
- * INFORMACION
- * PARTICIPACION
- * COMUNICACION

Problemas

- * ANGSTIA
- * REGRESION
- * REPLIEGUE SOBRE SI MISMO

Necesidades básicas del paciente

1. QUE SE LE ALIVIE EL MALESTAR FISICO Y PSIQUICO que le produce la propia enfermedad y que le crea una *necesidad de inseguridad*, que tiene que ser paliada tanto por los profesionales que le atienden, como por la propia institución.

2. QUE SE LE DÉ INFORMACION, verbal o no, que incluye aspectos como la proximidad física al ofrecerla, el contacto corporal, los ademanes, la expresión facial, etc., y que sirven como apoyo de la comunicación verbal.

3. PARTICIPACION, haciéndole que coopere en todo aquello que pueda y que le permita superar sin pasividad su proceso, procurando que ayude al máximo en la realización de cualquier técnica que le practiquemos.

4. COMUNICACION: sobre todo tiene la necesidad de comunicarse con el mundo exterior y esto lo hace a través de la familia, por lo tanto necesita tener cerca casi siempre a un familiar.

Necesidades de la familia

- * REDUCIR EL PANICO
- * INFORMACION
- * DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA
- * MAYOR COMUNICACION CON EL ENFERMO
- * COMODIDADES EN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
- * IDENTIFICACIÓN DE LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES

Problemas

- * ESTRES * ANSIEDAD * TEMOR
- * INCREUDULIDAD
- * AGRESIVIDAD
- * INCOMUNICACION CON EL ENFERMO
- * DESINFORMACION

Necesidades de la familia

La hospitalización de un individuo enfermo repercute siempre en la familia y en situaciones como ésta hay autores, como Howe, que hablan de que la obligación ética más importante del personal sanitario es:

* *REDUCIR EL PANICO*; este, según la mayoría de los Bioeticistas, se puede reducir con algo tan elemental como mirándoles tiernamente y hablándoles con educación mientras se les informa correctamente; la "etiqueta", es decir la buena educación, es el principal vagaje del buen profesional sanitario. Jeremy Sugarman afirma en un artículo de la revista "Diario de Ética Clínica" que éste es el principal ROL del buen profesional sanitario (14).

* *INFORMACION*; para que exista una buena información, debe haber una buena coordinación por parte del equipo sanitario de urgencias; tanto medicina como enfermería tienen que estar sincronizados en lo referente al estado del enfermo y cualquier variación debe ser intercambiada entre los miembros del equipo para que la información que se dé tanto al enfermo como a la familia coincidan.

* *DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA*; desde el momento en que el paciente llega a urgencias se produce la separación de éste con la familia, la cual queda primero en recepción, donde recibe la primera información administrativa, luego pasa a la sala

de espera y allí las horas son interminables. El tiempo de espera suele ser alto en casi todos los servicios de urgencias. Mientras el paciente recibe la valoración médica y cuidados de enfermería, la familia queda aislada en la sala de espera durante horas.

En este tiempo de espera se producen en la familia diversas actitudes:

En los primeros momentos, hay una actitud de adaptación al medio en la que se produce la relación con otras personas que están en su misma situación, creándose una serie de interacciones entre ellos.

La Sala de Espera es para la familia lo que el Box para el paciente, pero con la diferencia de que en la sala de urgencias existe un fuerte ritmo de trabajo y actividad y en cambio en la sala de espera hay una pasividad inquietante donde el tiempo no es el mismo.

Transcurrido un tiempo (no el mismo para todos), si no han tenido información y comunicación con al enfermo se pueden producir actitudes de desesperación, agitación e incluso agresividad provocadas por la prolongada espera y por la duda de lo que le estará pasando a su familiar dentro.

En esta actitud, las familias ya no piden información sino que la EXIGEN; comienza el acoso sobre cualquier miembro del equipo sanitario y, por lo tanto, se crea una mayor dificultad para establecer un diálogo comprensible entre ambos.

* *MAYOR COMUNICACION CON EL ENFERMO*; esta necesidad se observa en cada momento en los servicios de urgencias cuando vemos, por ejemplo, como se agolpan en la puerta para abordar a cualquier persona vestida de blanco que aparezca por allí, y preguntarles *¿puedo entrar un momento*

a verle? Igualmente, el paciente llama la atención para preguntar...

¿podría entrar mi familia un momento?

La comunicación ha de ser directa, personal y lo mas íntima posible para que ambos puedan transmitirse la tranquilidad que supone saber el estado del paciente por él mismo y no a través de terceros, y comprobar que la información recibida ha sido correcta.

**COMODIDADES EN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA*

Todos sabemos que existe un *mal estructural* en los hospitales y la mayoría de las urgencias están ubicadas en los sótanos y semisótanos, lo cual conlleva que resulten incómodas, frías y poco acogedoras para el que espera largas horas, y más si estas están cargadas de angustia y preocupación.

Las salas de espera de urgencias juegan un papel muy importante para la familia durante el proceso de estancia en el hospital, ya que en ellas los distintos familiares están relacionados y muy juntos en un reducido espacio físico y se producen entre ellos influencias "negativas o positivas".

Entre las personas de la sala puede ocurrir que en algún momento alguien esté excitado, alborotado, inquieto, nervioso etc. y haga participe de su estado al resto de las personas que están en ella.

Hay que procurar que las salas sean adecuadas, con sillones cómodos, buena ventilación e iluminación, baños, televisión y servicios de Asistencia Social e incluso religiosa.

* *PODER IDENTIFICAR A LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE LES ATIENDEN*

Esto, que a nosotros nos parece poco relevante, para el paciente y la familia es muy

importante porque en los hospitales existe una cierta confusión de estamentos profesionales cara al público lego por la igualdad en los uniformes (casi todos vestimos de blanco y muy pocos llevamos el distintivo reglamentario) lo que impide al paciente y a las familias saber con quien está hablando y quien les está informando y atendiendo (15).

Pretendo llegar a la reflexión, común con ustedes, de que estamos ante un *GRUPO VULNERABLE*, no solo enfermo sino también *familia vulnerable*. Por eso los siguientes minutos desarrollaremos cómo debe ser, a nuestro juicio y el de otros, la información a grupos vulnerables, asunto éste que nos parece nuclear.

¿Como debemos informar a grupos vulnerables?

La ley General de Sanidad, en su artículo 10º, dice que *no hay necesidad de informar* en los siguientes casos:

A/ Cuando la *no intervención* suponga un riesgo para la salud pública.

B/ Cuando exista imperativo legal.

C/ Cuando la urgencia *no permita demoras*, por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

D/ Cuando el paciente *no esté capacitado para tomar decisiones*, en cuyo caso, el *derecho corresponderá a la FAMILIA o allegados a él*. (16) (17). O sea, cuando no sea competente.

¿Qué es un paciente competente?

Aquel capaz de comprender el significado de la información que se le transmite y contrastarla con su escala de valores y su situación actual; sopesar adecuadamente las diferentes opciones posibles y las consecuencias de cada una y tomar

una decisión coherente con todo lo anterior(18).

EL ORDEN LEGAL DE PRELACION DE FAMILIARES A QUIEN HAY QUE INFORMAR, LO EXPRESA ASI:

1º ESPOSO / ESPOSA

2º HIJOS

3º PADRES

4º HERMANOS

5º OTROS (19)

La necesidad mas importante para el paciente y para la familia quizá sea la de *informacion*; el derecho del paciente o de la familia a la decision autónoma, solo puede ser ejercido si el paciente o la familia poseen suficiente informacion que les permita una elección inteligente.

Existen dos tendencias diferenciadas con respecto a la información; en los países de cultura anglosajona (más proclives a defender la autonomía), es costumbre comunicar al paciente y a la familia la realidad de su enfermedad del modo menos crudo posible, procurando que no pierda la esperanza y al mismo tiempo hacerle partícipe de la marcha del proceso de su enfermedad.

En cambio, en los países mediterráneos se suele encubrir más la cruda realidad (20), informando al paciente y a la familia muy poco con el pretexto de evitar emociones bruscas y suelen emplear extrañas mentiras piadosas.

Siguiendo, aunque con ligeras modificaciones, a Barranquero y Apellániz (21) hay que "comenzar por informarse con el paciente y sus familiares para establecer el grado de comprensión que haya adquirido acerca del problema. Con ello se trata de que el paciente y la familia comprendan que el profesional se preocupa y respeta sus ideas".

Con esto podemos conocer la formación del paciente y sus familiares, así como el deseo de recibir toda la información y cuales son las preocupaciones que tiene tanto la familia como el paciente.

Si es posible, y sin merma de la confidencialidad, la información se facilitará en presencia del cónyuge o un miembro de la familia u otra persona importante para el paciente; esto posibilita una actitud abierta entre el paciente y sus seres queridos y permite que este pueda contar con el apoyo de su entorno.

* No es éticamente correcto dar información distinta a los familiares y al paciente, porque alguno de ellos podría pensar que se le oculta información y podría perder confianza en los profesionales sanitarios que le atienden.

* La información debe ser progresiva, clara y sin contradicciones; el poco conocimiento que tienen las personas no relacionadas con la medicina, les hace tener ideas erróneas acerca de la terminología médica y la falta de confianza en si mismos, su timidez, y otros muchos factores no les permiten pedir la información complementaria que les hace falta para llegar a la comprensión total del mensaje.

*La información ha de ser realista y en terminos accesibles. La veracidad en esos momentos favorece la relación y la confianza entre la familia y los profesionales sanitarios.

Hay numerosas publicaciones que demuestran (22,23) que el paciente y la fami-

lia desean mas información pero no la solicitan por temer que las preguntas puedan ser interpretadas como críticas a los profesionales y puedan dar lugar a represalias en el curso de la hospitalización del paciente (24).

* No es conveniente dar información excesiva, ya que el paciente o la familia no la recordarían y por eso es mejor dejar que ellos planteen sus dudas y podérselas aclarar.

* La información se proporcionará en el momento mas idóneo y con el mayor tacto posible. Antes de finalizar la información con la familia, tenemos que haberles transmitido la seguridad de que haremos todo lo posible para que mejore la situación del paciente.

* Hay que preparar a la familia para que vaya adaptándose a la situación, por este motivo la información debe ser desarrollada acorde con las necesidades y características que presente el caso.

* Los recursos sanitarios son limitados y decir la verdad a un paciente o a sus familiares no es darles un diagnóstico de certeza, sino exponerles la nube de probabilidades diagnósticas y terapéuticas de su caso.

Conclusión

Nos encontramos ante seres humanos desvalidos y probablemente NO AUTONOMOS (*mermado* en alguna medida, al menos, el *principio de autonomía*), a los cuales se les ha privado de su único apoyo que es LA FAMILIA y a los que el *mal estructural sanitario*, (mala infraestructura de las urgencias, descoordinación sanitaria, urgencias sobresatura-

das, *ratios* sobrecargadas,...) y todo lo expuesto anteriormente aboca a conculcar *EL PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA*.

La mejor solución que tenemos a mano el personal sanitario es apoyarnos en el *Principio de JUSTICIA (nivel 1)*, pues el ser humano, por el solo hecho de serlo, merece la máxima consideración y respeto.

LA ENFERMERIA, para poder conseguir hacer todo lo expuesto anteriormente, debe *maximizar el principio de BENEFICENCIA (Nivel 2)*, hacer el bien, es decir, ser mediador entre: EL PACIENTE, LA FAMILIA Y LA INSTITUCION SANITARIA.

(Comunicación presentada en el Master de Enfermería de Urgencias, del Hospital Militar de Sevilla, en enero de 1997)

Dirección de los autores: Comité Asistencial de Etica. Hospital Universitario de La Princesa, Diego de León, 62. 28006 MADRID.

Referencias bibliográficas

1. Annas, G. J.: "Patients' Rights Movements", en Warren T. Reich, de., "Encyclopedia of Bioethics", Nueva York, The Free Press, 1978, vol. 3, 1201-1205. Vid. también Faden-Beauchamp, pp. 93-95.

2. Ley General de Sanidad. Art. 10. en B.O.E. del 29 de Abril de 1986.

3. G. Howe, E.: "Approaches (and possible contraindications) to enhancing patients' autonomy", en The Journal of Clinical Ethics, Vol. 5, number 3, pp. 181 (1994).

4. Appelbaum, P. S.; Lidz, C.W. y Meisel, A.: "Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice", Nueva York, Oxford University Press, 1987.

5. "Salud para todos en el año 2000", publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (1994).

6. Vid. 5.

7. Galdámez Núñez, C.: "Principios éticos fundamen-

tales aplicados al Código Deontológico de Enfermería". Publicaciones internas de la FUDEN (1996).

8. Weisman, A. D. y Warden, J. W.: "The existential Plight in cancer: significance of the first 100 days"; International Journal of Psychiatry in Medicine, 7, 1976-77:1-15.

9. Vid. 1.

10. Vid. 3.

11. Sánchez, N. B. y Cayuelas, O. F.: "Enfermedad y hospitalización como entidades psicopatológicas". Rol, nos. 72-73, pp. 63 y ss.

12. Sugarman, J.: "Hawkeye Pierce and the Questionable relevance of medical etiquette to contemporary medical ethics and practice", en The Journal of clinical Ethics, vol. 5, n° 3, pp. 224-230 (1994).

13. Vid. 2.

14. Vid. 12.

15. Vid. 2 (Art. 10, apartado 7).

16. Vid. 2.

17. Sainz, A. y Quintana, O.: "Guía sobre la información al paciente y la obtención del Consentimiento". Rev Calidad Asistencial, 1994; 9: 2: 72-74

18. American Hospital Association: "A patients bill of rights", reproducido en T. Reich, W. (de.): Encyclopedia of Bioethics, Nueva York, The Tree Press. (1978).

19. Vid. 2.

20. Gracia, D.: "Fundamentos de Bioética". Eudema Universidad. (1989).

21. Barranquero, M. y Apellániz, A.: "Ética en grupos vulnerables". Informaciones Psiquiátricas. N° 140, 2° trimestre de 1995.

22. Hopper, K. D., Tenhave, T. R. y Hartzel, J.: "Formularios de Consentimiento Informado para procedimientos de imagen clínicos y de investigación: ¿hasta qué punto entienden los pacientes?". Radiology, 1994.

23. Simón, P. L.: "¿Quería Usted saber que tiene cancer?". Medifam, Vol. 4, n° 3, Mayo-Junio 1994.

24. Vid. 11, p. 60.