

## LA ENFERMERIA Y LA BIOÉTICA ANTE PACIENTES CRITICOS EN LA MEDICINA INTENSIVA

**Carmen Galdamez Núñez**

*Enfermera del Hospital de la Princesa, Madrid;  
Vocal del Comité Asistencial de Etica de este  
Hospital.*

Esta comunicación la he dividido en tres apartados:

- 1º Breve introducción a la Bioética
- 2º Responsabilidad de la enfermería en la Medicina Intensiva.
- 3º Problemas Bioéticos relacionados con la enfermería en las UCIs

### 1º INTRODUCCION A LA BIOÉTICA

Si volvemos la mirada 25 años atrás aproximadamente, podemos ver que el nacimiento de la Bioética y la M.Intensiva, practicamente coinciden en el tiempo, pertenecen a la misma época; hablamos de finales de la década de los 50 principio de los 60.

Con la aparición de la M.Intensiva se produjo un cambio importantísimo en la asistencia sanitaria convencional, y además modificó el concepto de la propia muerte. La **MUERTE NATURAL** ha dejado de tener plena consideración y se sustituye por la de **MUERTE INTERVENIDA**, ya que es posible mantener las *funciones vitales* por medio de **TECNICAS DE SOPORTE VITAL**.

La Ciencia y los nuevos Avances Tecnológicos tienen cada vez mas **poder** y han sido capaces de hacer cosas, que de alguna manera, pueden llegar a condicionar la vida y la muerte de las persona. El Médico y la Enfer-

mera (como parte integrante del equipo) pueden controlar el momento de la muerte de sus pacientes ya que son los que manejan las técnicas de soporte vital.

El nacimiento practicamente paralelo de estas dos Disciplinas (la bioética y la M.Intensiva) no fué casualidad, sino que precisamente por estos grandes avances de la medicina, pero sobre todo el gran aumento de la tecnología (**la llamada revolución tecnológica**) y las "super especialidades médicas", han hecho que vayamos abandonando poco a poco la visión integral del paciente como "**ser humano**" compuesto por tres dimensiones: Biológica, Psíquica y Social-Familiar.

Estas tres partes del hombre son inseparables y fundamentales para que podamos **cuidar, curar y atender** adecuadamente a los pacientes, intentando respetar los *valores, los principios éticos y los derechos de todos*.

Y ahora, en nuestra época, la década del 2000 se nos viene encima "**LA CRISIS DE LOS VALORES Y DE LOS PRINCIPIOS BIÉTICOS**" y hacemos balance de cómo ha sido nuestro comportamiento profesional durante este tiempo.

Ante los problemas Bioéticos que ocasiona esta "revolución tecnológica", especialmente en M.Intensiva y *el poder y el control de los sanitarios* sobre la vida y la muerte, creo que uno de los problemas mas importantes que se nos plantea como enfermeras y colaboradoras, es asegurarnos de que la DECISION sobre quien debe vivir y quien debe morir en un servicio de Cuidados Intensivos, se tome con **criterios racionales y éticamente respetuosos a los valores de los enfermos y de los sanitarios**.

Hay un caso americano que fué hito en la historia de la Bioética que muchos de ustedes conocerán, es el caso de KAREN ANN KINLAN, una joven de 21 años que tomó Valium, Librium y Barbitúricos, despues se fué a una fiesta y bebió abundante alcohol, perdió el conocimiento y entró en Apnea de mas de media hora de duración, quedando en COMA durante seis meses.

Los padres adoptivos, emprendieron un largo proceso jurídico para que le retiraran la ventilación asistida con la correspondiente oposición de los médicos que aseguraban que *no viviria sin ella*.

El proceso jurídico lleno de complicaciones éticas, acobó a favor de los padres retirandole la ventilación asistida, evidentemente para que falleciera.....pero KAREN, vivió diez años mas en E.V.P. (Estado Vegetativo Permanente) y murió de una Neumonia.

Ante casos y preguntas como éstas, surge la Bioética:

*¿Quien decide o quien debe decidir?*

.....la familia, el paciente, el médico, el gerente del centro, el juez, el sacerdote.....

*¿Qué criterio se emplea en la toma de decisiones?*

.... porque de tales decisiones (donde está implicada la enfermería), depende la vida, la invalidez o la muerte de personas que están en situación crítica o que en esos momentos no pueden decidir por ellos mismos porque son incompetentes.

La Bioética aparece ante la necesidad de respuestas para poder resolver los problemas éticos que se nos plantean en nuestro quehacer diario y clinicamente es un instrumento de reflexión y de ayuda en la toma de decisiones de los sanitarios.

Desde el Informe Belmont en 1978, en Sanidad el método Bioético mas empleado es el de los cuatro principios éticos fundamentales: Autonomía, Beneficencia, Justicia y No-Maleficencia.

P. AUTONOMIA: es el principio del respeto a las opiniones de las personas, si no respetamos sus decisiones, les estamos quitando la libertad de ser y actuar, según ordena la Constitución Española.

P. BENEFICENCIA: es el que busca el mayor beneficio para el enfermo y no el de "otros". La asistencia sanitaria debe procurar el Estado de Bienestar de las personas tanto sanas como enfermas.

P. JUSTICIA: en él nos basamos para repartir equitativamente y eficazmente los recursos sanitarios, en el que entran la **calidad, la eficacia, la eficiencia etc.**

P. NO-MALEFICENCIA: significa "lo primero no hacer daño"(PRIMUM NON NOCERE), este principio nos obliga a todos por igual, porque nunca es ético ni lícito hacer el mal a nadie.

## **2ª Parte) LA RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERIA EN LA MEDICINA INTENSIVA**

Los problemas mas frecuentes en las UCIs son los que giran en torno a:

### **Como problema asistencial**

Por ejemplo ¿porqué y a quien se le inicia o se le retira la técnica de soporte vital.

### **A/ ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES**

#### **Como problema económico**

Por la limitación de recursos sanitarios y el racionamiento. *Mala o insuficiente administración de recursos*

## **B/ POLITICA DE COSTE-CALIDAD**

*Tratamientos fútiles, costosos etc.*

¿Qué hacer con los pacientes irreversibles?

## **C/ SELECCION Y ELECCION INGRESOS Y ALTAS**

¿Qué hacer cuando la vida de una persona depende de su ingreso en UCI y no hay cama?

*Cada vez son mas los pacientes que precisan asistencia intensiva.*

## **D/ VOLUMEN DE PACIENTES EN UCI**

*En ocasiones las UCIs quedan bloqueadas por el numero de pacientes crónicos, Estados vegetativos permanentes etc.*

Estos problemas, afortunadamente no dependen de enfermería directamente, pero si estamos implicados en ellos y trabajamos con ellos incluso a veces sin darnos cuenta, porque el proceso primario de las UCIs es CUIDADR, y cuidamos a través de la provisión, preparación y organización de un personal médico y de enfermería y de una amplia y sofisticada tecnología específica.

Dado que nuestra principal función profesional de enfermería es la administrar cuidados (cuidamos las 24 horas del día), tenemos responsabilidades en las áreas de: Formación Continuada, Administración de Cuidados y en el Trabajo en un Equipo Multidisciplinar.

## **1ª Area de responsabilidad "FORMACION CONTINUADA"**

La enfermera intensivista requiere unos conocimientos muy cualificados y técnicos, imprescindibles para atender a pacientes críticos, ya que en ocasiones tiene que tomar decisiones sin orden médica (por medio de protocolos) como por ejemplo administrar determinados fármacos o iniciar una reani-

mación; por lo tanto la enfermería debe mantener constantemente actualizados sus conocimientos, no solo para desarrollarse personalmente o profesionalmente, sino también para poder dar una mejor calidad asistencial para lo cual debe entrar en programas de: Elaboración de protocolos. Sesiones clínicas. Elaboración de registros. Controles de calidad. Trabajos de investigación etc.

## **2ª Area de responsabilidad. ADMINISTRACION DE CUIDADOS.**

Hasta algunos médicos reconocen que el buen funcionamiento de las UCIs, dependen casi siempre de la profesionalidad y eficacia de la enfermería; esto que puede ser un halago, es durísimo por la gran responsabilidad que conlleva.

Los cuidados podemos clasificarlos según las necesidades en:

- Alimentación e hidratación
- Eliminación

**CUIDADOS clasificados** - Descanso - Sueño  
**BASICOS como actividades** - Cuidados de la piel

**PROPIAS de enfermería** - Medidas preventivas etc.

**CUIDADOS clasificados** - Aplicación de técnicas

**TECNICOS como actividades** y tratamientos.

## **DELEGADAS**

- Manejo tecnológico etc.
- Relación Paciente-Enfermera
- Relación Familia-Enfermera

**CUIDADOS clasificados** - Información al paciente y

**BIOETICOS como actividades** al resto del equipo.

**MIXTAS O COLECTIVAS** - Comunicación con el paciente y con el resto del equipo.

El concepto de CUIDADOS se apoya en una base de realidades y el modelo actual de cuidados de enfermería contiene:

- \* EL OBJETIVO DE LA PROFESION.
- \* FINALIDAD DE LA ACTIVIDAD.
- \* ROL PROFESIONAL.
- \* CONOCIMIENTO Y EVALUACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES.
- \* NATURALEZA DE LA INTERVENCION DE ENFERMERIA Y LA CONSECUENCIA DE SU INTERVENCION EN EL PACIENTE.

### **3ª Area de responsabilidad. EL TRABAJO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

La Enfermera Intensivista, no solo ha de tener conocimientos, entendimientos y habilidades específicas de un modo individual, sino que tiene que saber trabajar en colaboración con otros miembros del equipo la salud; sus funciones y actividades son complementarias a las de otros profesionales.

En un trabajo en equipo tan directo como el de las Unidades de Cuidados Intensivos es fundamental para su buen funcionamiento, que todos los "cuidados y procedimientos" sean conocidos y compartidos por todos; también la comunicación entre nosotros es fundamental para poder atender adecuadamente y participar en cualquier proceso dando nuestra opinión profesional.

No hay nada más penoso para una enfermera que el no saber lo que está ocurriendo con el paciente al que atiende, en cuantas ocasiones decimos.....yo no sabía...nadie me ha dicho...

### **3ª.- PROBLEMAS BIOETICOS DE ENFERMERIA EN LA MEDICINA INTENSIVA**

Los problemas Bioéticos de enfermería más frecuentes con pacientes críticos en las UCIs, los he aplicado dentro de los cuatro principios éticos fundamentales para que ustedes vean la posibilidad y operatividad de la Bioética en la práctica asistencial y no de una forma filosófica o doctrinal como se que algunos la entienden.

**P. DE AUTONOMIA:** como ya he dicho antes es el que nos debe hacer respetar las opiniones y decisiones de los demás, si no se les respeta, nunca pueden ser autónomos.

La asistencia sanitaria debe velar y proteger los derechos de los pacientes como son:

\* **EL DERECHO A LA INTIMIDAD:** Los pacientes en las UCIs suelen estar desnudos físicamente, por lo tanto esa parte del derecho a su intimidad es difícil de conseguir, pero en muchas ocasiones somos el personal sanitario los que violamos ese principio innecesariamente, como por ejemplo cuando tiramos de sábanas y ropas indevidamente sin tener en cuenta quién pueda estar viéndoles.

\* **EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD:** Como ejemplo podemos poner la Historia Clínica; la historia de un paciente es **suya**, aunque nosotros la utilicemos, la custodiemos custodiemos y accedamos a ella con toda libertad no podemos airear su intimidad porque estén enfermos; también entra en este derecho de, lo que los pacientes nos cuentan confidencialmente (sobre todo a las enfermeras por nuestra proximidad con ellos) y por la confianza profesional que depositan en nosotras en momentos de soledad o desesperación.

\* **DERECHO A LA INFORMACION** : La información, especialmente la médica, ha de ser compartida por la enfermera para que sepamos en cada momento lo que se le ha dicho al paciente y a la familia, porque en muchas ocasiones recurren a nosotras para que les clarifiquemos esa información que no han entendido; pero también tenemos un deber de información específico de enfermería, que es el de informar de los cuidados y procedimientos que vamos a realizar y las molestias que con ellos vamos a causar.

\* **DERECHO A LA ELECCION, A LA NEGATIVA Y ALTERNATIVA DE TRATAMIENTOS**: No debemos olvidar nunca que el "Hombre" puede disponer de su propia vida y tiene derecho a elegir la asistencia sanitaria e incluso a rechazar el tratamiento indicado si no está de acuerdo con él, pero solo si es autónomo para lo cual ha de estar bien informado de todo lo relacionado con su proceso.

\* **DERECHO A LA DELEGACION EN UN REPRESENTANTE FAMILIAR O TUTOR LEGAL**: Normalmente los pacientes ingresados en UCI no son autónomos, son incompetentes para decidir por ellos mismos, suelen estar intubados y los que no lo están, suelen tener tal estado de miedo y de confusión que es la familia o tutor los que deciden, por lo tanto hemos de dirigirnos a ellos y respetar sus decisiones.

**P. DE JUSTICIA**: La justicia significa que hay que tratar a todos con igual consideración y respeto y repartir equitativamente y justamente los recursos sanitarios.

¡que bien suena esta definición!....pero que difícil de cumplir, sí lo intentamos, pero por ejemplo a veces no somos conscientes del "derroche" y "mal uso" que hacemos del

material, de medicaciones, de pruebas etc. que repercuten en los presupuestos de todos.

Tampoco, en ocasiones, somos conscientes de que no tratamos a todos con la misma medida de consideración y respeto; por ejemplo, no tratamos igual al paciente que es familiar del "Gerente" del hospital que al paciente desconocido, ni al que tiene 30 años como al que tiene 80; como tampoco somos conscientes de la vulnerabilidad del principio de justicia cuando somos capaces de dejar a familiares o amigos nuestros o de alguien del censo a que las horas de visita sean flexibles y somos tremendamente rígidos con los desconocidos sin tener en cuenta la necesidad de compañía o comunicación que puedan tener.

**P. DE BENEFICENCIA**: Es el que busca el mejor y mayor beneficio para el paciente.

La enfermería no debe olvidar nunca que la tecnología es importante a la hora de dar atención a los pacientes, pero en muchas ocasiones puede llegar a deshumanizar, y nosotras las enfermeras, sabemos que solo dando un buen cuidado integral, **curamos y prevenimos** las enfermedades.

Muchas veces es muy difícil ser humanista en Medicina Intensiva, sobretodo cuando no sabemos con exactitud si lo que se le está haciendo a un paciente es para favorecer su recuperación o para retrasar su fallecimiento.

Sabemos que no todos los tratamientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente los más beneficiosos para el paciente como "Ser Humano".

Nuestro deber Bioético debe ser el que proporcione los mayores beneficios para el paciente y no el que considere el médico o la enfermera.

En los pacientes críticos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, hay una serie de "síntomas" como son **la inseguridad, el miedo y la soledad**, que no solemos apuntar en las gráficas, a los cuales, la enfermera debe saber tratar con la misma delicadeza y destreza que utilizaría por ejemplo para canalizar una vena.

**P. DE NO-MALEFICENCIA:** PRIMUN NON NOCERE = Lo primero es **no hacer daño a nadie**.

Los pacientes llegan a nosotros con la confianza de que les vamos a ayudar, pero sobretodo que vamos a procurar siempre hacerles el "bien"; nunca se les ocurriría pensar que al acudir a nosotros les vamos a hacer el "mal".

En la Medicina Intensiva, por ejemplo, cuando aparecen situaciones críticas frecuentes, es habitual que se produzca la deshumanización y el encarnizamiento terapéutico, en

el cual colabora la enfermera y en muchas ocasiones nos preguntamos e incluso a veces nos atrevemos a decir, que para qué la aplicación de tratamientos agresivos, fútiles y costosos a pacientes irrecuperables.

En la mayoría de las ocasiones, nosotras las enfermeras nos limitamos a cumplir las órdenes aunque pensemos que la dignidad del ser humano esté por encima de todo y que el que tiene que decidir es el médico; por supuesto que el que da las órdenes es el médico, pero debemos reflexionar si con nuestro silencio podemos estar siendo cómplices de esa falta de dignidad hacia la persona que estamos cuidando.

Un gran médico y amigo mío, miembro del Comité de Bioética al que pertenezco, nos dice ante situaciones como éstas, que el médico debe saber "**diagnosticar la muerte**", y que este diagnóstico debe hacerlo con serenidad.