

Aspectos éticos de la enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos

M^a Carmen Sarabia Clemente
Experta en Bioética por la U.C.M.

1- Introducción general: cambios históricos
qué es la enfermería
enfermería de UCI

2- Principios de la Bioética:

- No maleficencia (buena práctica, cuidados, formación)
- Justicia (igual atención, utilización de los recursos)
- Autonomía (consentimiento, información. Confidencialidad)
- Beneficencia (con el paciente, con los colegas).

3- Problemas interprofesionales:
equipo de trabajo. Peculiaridades.
identificación de problemas
soluciones.

1.

En el momento actual, ser enfermera no es muy fácil. Hasta hace unos años era distinto: la enfermera era la ayudante del médico (ayudante técnico sanitario) que cumplía sus órdenes sin objetarlas; todo estaba claro, cada uno en su papel. Pero ahora es diferente: la sociedad ha cambiado, la mujer también y también la enfermería. Todas las relaciones sanitarias han sufrido una modificación y es posible que no haya llegado el ajuste definitivo. La formación de la enfermera es mucho más amplia, pero en nuestra profesión se dan contradicciones: por un lado, para acceder a las escuelas se exige una puntuación muy elevada, los estudios y prácticas son fuertes y las expectativas teóricas, grandes. Por otro lado aún no está definido legalmente nuestro marco profesional (no hay una ley de funciones) y, en la práctica, a veces no tenemos tiempo de llevar a cabo determinadas

enseñanzas recibidas, sino seguir siendo ejecutores de órdenes.

Por eso y porque el mundo sanitario cada vez es más complejo y sofisticado, porque los medicamentos

pueden ser muy agresivos, porque los pacientes cada vez están más informados, porque se nos exige una responsabilidad legal de nuestros actos, porque la sociedad que no nos reconoce como creemos merecer sí nos exige competencia y formación, porque queremos ser independientes, y por muchas cosas más, es un buen momento para parar y reflexionar sobre todo esto. Y

el marco ético es, sin duda, el mejor para ello. Conocemos ahora conceptos, principios y criterios que nos van a ayudar.

Me gustaría empezar por una reflexión sobre nuestra profesión, para centrarnos. ¿Qué es la enfermería?. Sería interesante conocer vuestras opiniones porque es posible que las haya muy diferentes (...).

Florencia Nightingale pensaba que la enfermera, es quien deja al paciente en el mejor estado para que la naturaleza le cure. Quizá esta definición sirvió en su momento, pero ahora se nos queda corta.

Virginia Henderson dice que "el objetivo de la enfermería es mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia, hasta el punto que sea posible según el plan terapéutico del médico". También dice que la



función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o recuperación, o a una muerte placentera, y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, haciéndolo de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Quizá esta definición se acerca más al momento actual. Pero además hay que tener en cuenta otra realidad, como es la gran tecnificación de la medicina.

En nuestro caso, la enfermería intensiva nace de la necesidad de enfermeras cualificadas en la práctica de cuidados muy tecnificados, derivados de la tecnología médica, que pueden tomar decisiones sin consultar con el médico (como iniciar una reanimación cardio-respiratoria o ante una arritmia grave), pero siempre bajo su dirección (por medio de protocolos, y tras la adecuada formación). Pero no es sólo eso, pues conlleva aparte la aplicación de otro tipo de cuidados, como los psicológicos que, si son necesarios en cualquier enfermo, aún más para los que están en la UCI. No somos sólo técnicos aplicando técnicas. De modo que vamos a hacer una recapitulación de unos supuestos básicos de la enfermería tomando como referente a Dorothy Hall:

- 1.- La enfermería es una actividad fundamental del ser humano, y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia de la salud en sí misma.
- 2.- Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Eso significa CUIDAR en la salud y la enfermedad, desde la concepción hasta la muerte. Contempla los aspectos psico-sociales y psico-somáticos de la vida en lo que afectan a la salud, la enfermedad y la muerte.
- 3.- Requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicos. Es a la vez arte y ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las artes físicas, sociales, médicas, biológicas y las humanidades.
- 4.- La responsabilidad primaria de la enfermera es proporcionar cuidados directos al individuo, familia y comunidad. Adquiere el entendimiento, conocimiento y habilidades a través de la teoría y la práctica, en la educación básica y posteriormente por medio de la experiencia en el ejercicio profesional y la formación complementaria (post-grado).
- 5.- El personal de enfermería trabaja sobre la base de la colaboración con trabajadores de otras disciplinas de la salud: sus funciones deben ser

complementarias y la prestación de servicios debe plantearse conjuntamente y ejecutarse como una acción integrada en vez de una serie de actividades aisladas.

* El personal de enfermería tiene la responsabilidad de documentar el proceso de enfermería.

* Las enfermeras tienen la responsabilidad de enseñar y formar a otro personal de enfermería.

¿Qué tipo de actividades realiza la enfermería?

a) Actividades propias: derivadas de las necesidades básicas

- recogida de datos de enfermería (valoración, observaciones)
- cuidados o procedimientos básicos
- educación sanitaria

b) Actividades delegadas: que otro profesional (el médico) prescribe y enfermería realiza.

- tratamientos y pruebas diagnósticas.

¿Cómo clasificamos los cuidados?

a) Por la necesidad que cubren:

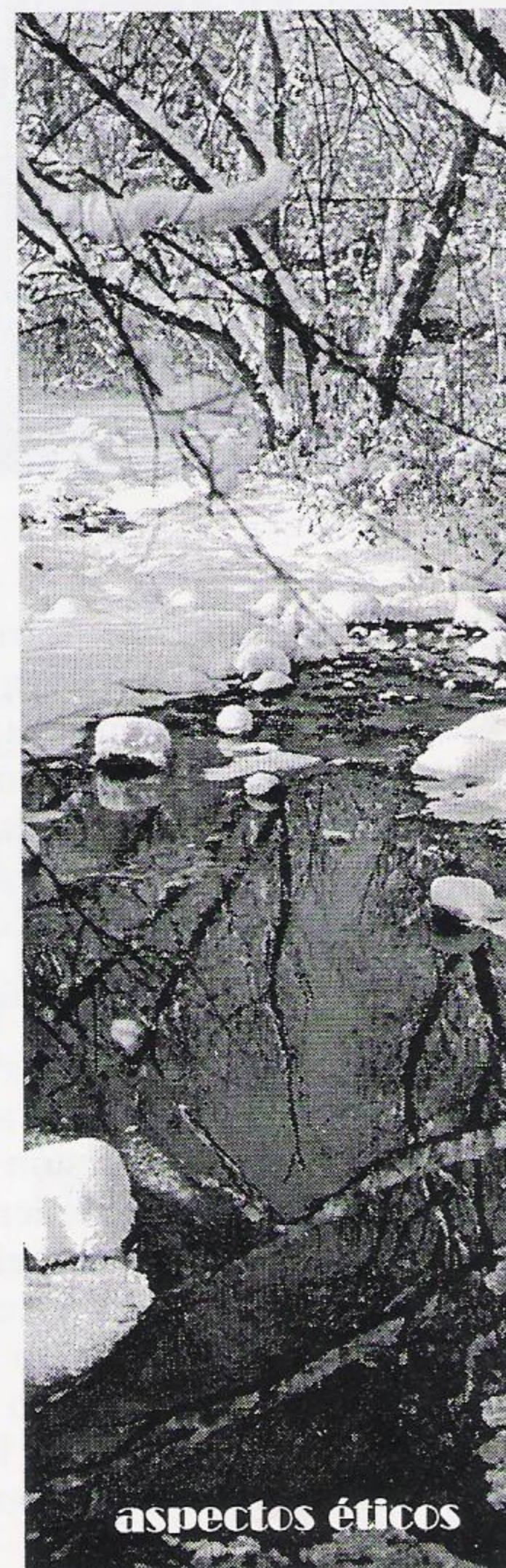
- cuidados básicos: que cubren necesidades básicas (alimentación - eliminación, reposo-sueño, confort, integridad de la piel, etc.). Son actividades propias.

- cuidados técnicos o terapéuticos: cubren necesidades derivadas del proceso patológico y terapéutico (tratamientos médicos). Son actividades delegadas.

b) Por el grado de dependencia:

- cuidados mínimos: nivel I : dependencia mínima
- cuidados intermedios: nivel II : dependencia intermedia
- cuidados completos: nivel III : dependencia total
- cuidados intensivos : nivel IV: dependencia total e intensiva.

Finalizo esta recapitulación



aspectos éticos

recodando lo que significa CUIDAR: ayudar a los individuos, enfermos o sanos, a realizar aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o su muerte digna, las cuales realizarían sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Cuidar es también, ayudar a los individuos a llevar a cabo los tratamientos prescritos.

2.

En las UCIs la atención de enfermería es fundamental. Practicamente, el buen funcionamiento de una unidad depende de la eficacia de sus enfermeras. Y éstas, por lo general, suelen tener una gran profesionalidad y responsabilidad. Hay una serie de cualidades necesarias: dotes de observación, disponibilidad, amabilidad, conocimientos actualizados, alerta continua, etc.. Además debe ser capaz de tomar decisiones rápidas, iniciar una reanimación cardio-pulmonar, servir de apoyo al enfermo, etc.. Y todo ello sin perder su propio ánimo ni el aplomo. Pero la enfermera no es una "super mujer": aunque hay unas aptitudes innatas, hay una serie de actitudes que se aprenden. Ahora

más que nunca se trabaja con protocolos: todo está protocolizado... en lo que cabe. Por ello, bajo la óptica de los principios bioéticos ántes vistos, vamos a analizar nuestra actividad profesional.

Principios:

- I nivel: - no maleficencia
- justicia
- II nivel: - autonomía
- beneficencia

No maleficencia: como en la medicina, el lema "primum non nocere", ante todo no perjudicar, ha de presidir nuestra actividad profesional. ¿Cómo lo conseguimos?. Con la buena práctica. Y de aquí se deriva la necesidad de una correcta formación técnica, científica y ética. A ésta accedemos no sólo con un buen aprendizaje en las escuelas, sino con la formación continuada.

Como decía Virginia Henderson, una buena enfermera es la que sigue estudiando siempre. Por lo general en los programas post-grado, se hace hincapié en los temas científicos y técnicos, y poco en los éticos. Sin embargo con la complicación creciente, cada vez nos damos más cuenta de lo necesaria que es una correcta formación en los aspectos éticos, que envuelven nuestra actividad diaria. Respecto de la formación, ésta no termina en nosotros, sino que continúa en la que brindamos a otros compañeros que llegan a nuestros servicios y tenemos que enseñar, y en los alumnos de enfermería, que tienen que aprender de nosotros. No olvidemos la gran responsabilidad que tenemos con ellos.

Justicia: significa dar una correcta atención a nuestros enfermos, sin discriminación por la edad, clase, aspecto, patología que padezcan, educación, raza, etc.. Como esto lo doy por supuesto, me gustaría reflexionar sobre un aspecto: la permanencia de muchas enfermeras de UCI durante años y años. Podemos pensar un poco sobre ello: por un lado adquirimos una gran destreza y habilidad, y también "ojo clínico". Sin embargo este mismo dominio puede generar una confianza excesiva, o un cierto cansancio profesional que nos podría llevar a no dar a los enfermos todo aquello que deberíamos y que quizá hemos dado tiempo atrás. Se que este tema puede ser polémico y que afecta a otros profesionales, pero no lo debemos dejar de lado.

Y también quiero tocar el tema de los recursos materiales a nuestro alcance. Todos somos o debemos ser gestores de lo que usamos. Con frecuencia gastamos más material del preciso, o para otro uso del que debería tener. Y, no lo olvidemos, es algo que pagamos entre todos y de lo que no disponemos ilimitadamente, sino para utilizarlo correctamente.

Autonomía: Por nuestra continua permanencia junto al enfermo, somos quizá los profesionales más capacitados para conocer sus ideas, sentimientos y opiniones. Ante muchos procedimientos, podemos captar si está suficientemente informado, si accede voluntariamente al tratamiento, si se siente coaccionado, el o su familia, etc.. Y debemos transmitirlo a los médicos. La información debe ser compartida, y a ser posible, participada, que las enfermeras conozcamos qué se ha dicho al paciente y su familia, porque muchas veces acuden a nosotros a clarificar esa información y debemos estar al tanto de ello. La enfermería tiene capacidad para opinar mostrando sus puntos de vista.



Por otro lado, debemos informar correctamente de todos aquellos procedimientos que llevamos a cabo nosotros. Por lo general son técnicas menores que no requieren formularios ni firmas, pero sí el conocimiento y consentimiento del enfermo.

Otro aspecto importante es el de la confidencialidad y el derecho a la intimidad y la autoestima de nuestros enfermos. Y a veces no le damos la importancia que tienen: por ejemplo cuando tiramos de sábanas y dejamos al paciente desnudo sobre la cama, sin ser imprescindible y a la vista de personas que ni siquiera son sanitarios (administrativos, personal de mantenimiento, etc.). Pero no es sólo la desnudez física, con ser importante (pongámonos en su lugar). La desnudez y desprotección psicológica y de la intimidad puede a veces ser total. Podemos comentar con toda tranquilidad aspectos privados de nuestros pacientes a los que accedemos sólo porque están enfermos y en nuestras manos; sin maldad, sin intención... pero sin respeto. Y sin darnos cuenta de la transgresión que estamos haciendo de su derecho a la confidencialidad. El hecho de que estemos sanos o enfermos no nos hace diferentes como seres humanos ni con menos derechos.

Beneficencia: He dejado para el final este principio, no porque sea el menos importante, sino por lo contrario. Pienso que es el que debe definir no sólo a la enfermería sino a todas las profesiones sanitarias: el mayor beneficio del enfermo. Por otro lado, cuando un enfermo viene a nosotros no es para que no le hagamos daño, sino para que le hagamos un bien. Procurar y hacer el bien a los enfermos no consiste sólo en aplicar correctamente unos tratamientos y cuidados. La disponibilidad para ayudar, la amabilidad y el procurar el máximo bienestar de los enfermos, tienen que ser nuestras líneas de acción, y lo que distingue a nuestra profesión. Además, con un poco de práctica, son las actitudes que mayor satisfacción producen. Mucha frustración e insatisfacción profesionales derivan de una práctica profesional rutinaria y despersonalizada. Poniendo un poco de amabilidad y sonrisa en la atención a nuestros enfermos, y que no están reñidas con la eficacia, se evitarían profesionales quemados. Entiendo que son motivaciones interiores las que llevan a estas actitudes, pero que, en algún momento, pueden verse afectadas por presiones externas.

La beneficencia no sólo ha de ir dirigida a los enfermos, sino también al resto del equipo, y así está recogido por nuestro Código Deontológico. La buena relación con los compañeros redunda en

nuestro propio beneficio y por ello en una mejor atención a los enfermos, que son muy sensibles a la hora de captar el bien-estar o mal-estar del equipo que le atiende.

Todos los principios están muy unidos y, con frecuencia, cuando se transgrede uno, se transgreden varios; no siempre es fácil deslindarlos. Y aunque vistos en conjunto pueden parecer abrumadores, deben presidir nuestra actuación profesional y así es en la mayoría de los casos.

3.

La fuente de las máximas tensiones y de las mayores satisfacciones es la misma: la atención al paciente en estado crítico que es, a la vez, el desafío y el honor de la enfermería de UCI".

Con esta frase quiero entrar en un tema que puede ser polémico, y es el de los conflictos dentro de la UCI. Por un lado, y basándome en algunas encuestas, vemos cuáles son los factores que conducen al stress en las enfermeras:

- el contacto con la muerte
- el trabajo físico (y los problemas con las libranzas)
- la relación con los médicos.

Los trastornos emocionales del personal que trabaja en UCI vienen derivados de:

- las características de la UCI
- del cuidado del paciente
- de la necesidad de una sólida formación
- de la comunicación interpersonal:

* enfermera experta — médico inexperto

* acciones desproporcionadas en enfermos desahuciados.

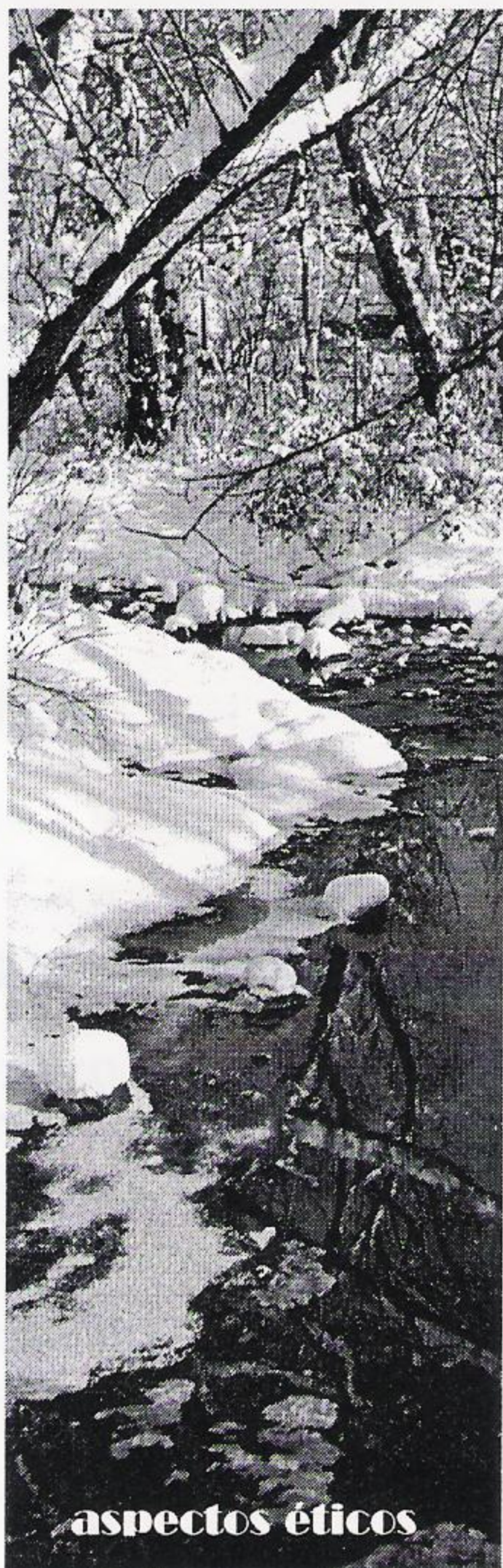
Hay una serie de



aspectos éticos

características comunes a todas las UCIs:

- suelen ser muy cerradas, con grupos compactos y muy conscientes de su eficacia y su buen hacer;
- médicos y enfermeras trabajan en estrecha colaboración y por periodos de tiempo prolongados;
- las situaciones de urgencia que en otros servicios son excepcionales, son aquí habituales;
- el mismo vestuario, igual para todos, puede llevarnos inconscientemente a creer que somos todos iguales;
- los conocimientos de las enfermeras expertas, mayor que en otros servicios y que puede llevar a una contestación a veces irrespetuosa ante ciertos tratamientos;
- la menor edad de los médicos residentes frente a la mayor de algunas enfermeras;
- la predominancia de mujeres entre las enfermeras y de hombres entre los médicos;
- la resistencia a ciertos cambios que nos pueden parecer agresivos;
- el ensayo de técnicas y/o tratamientos en ciertos enfermos que nos parecen inadecuados o desproporcionados.



aspectos éticos

Y habría un largo etcétera de motivos que nos podrían llevar a discusiones acerbadas, pero que sólo quería citar como ejemplo de la peculiaridad de las UCIs frente a otros servicios de los hospitales.

En el "Manual de diagnósticos de enfermería" de Lynda J. Carpenito, uno de los diagnósticos es el de "Tensión en el desempeño del rol de cuidador". No está referido a enfermería, pero es totalmente asumible: tensión en que el individuo experimenta cargas físicas, emocionales, sociales, financieras o todas, en el proceso de brindar cuidados a otra persona. Entre sus características se encuentran los....."sentimientos de depresión y rabia". Entre los factores

relacionados, de situación:

-patrón de afrontamiento ineficaz.
-antecedentes de una relación pobre
-expectativas alejadas de la realidad
-apoyo inexistente o no disponible.

Entre las actuaciones que ofrece están:

1. Hacer una valoración de los factores causales o coadyuvantes:
 - escasa comprensión de la situación
 - expectativas irreales
 - incapacidad de obtener ayuda
 - relaciones insatisfactorias entre equipo y cuidador
 - roles que compiten
2. Proporcionar empatía y fomentar el sentido de competencia.
3. Cambiar opiniones sobre el efecto que producen las responsabilidades en las relaciones.
4. Identificar las posibles fuentes de ayuda (grupos de trabajo, psicólogos, etc.).
5. Recurrir al "role play" para pedir ayuda. ...Conservar el sentido del humor: reírse con los demás, hacer actividades no laborales juntos, etc..

Creo que una adaptación a las situaciones a veces conflictivas en nuestras unidades, puede ayudar a solucionar algún enfrentamiento.

Ya sabemos que el primer y fundamental deber de la enfermería es procurar el mayor bien del paciente. Derivado de él está el de "obedecer a los médicos en lo relativo al diagnóstico y tratamiento, como el mejor modo de asegurar dicho principio absoluto". En la actualidad, la enfermera es un sanitario cualificado, con obligaciones morales específicas y autonomía, y no se nos puede pedir una "obediencia ciega" u "obediencia incondicional", aunque sí la colaboración indispensable dentro del equipo asistencial. Que por otro lado es lo habitual. Sin embargo, se pueden dar situaciones en las que haya discrepancias, por ejemplo, entre un médico poco experto y una enfermera experta. En este caso, si la decisión del médico es errónea y no va en el mayor beneficio del enfermo, es aceptable y comprensible la desobediencia de la enfermera, que si no es una postura correcta estructuralmente, si lo será moralmente. Aunque no hay recetas uniformes, si que hay varios modos de actuar desde el punto de vista práctico:

- Si la orden o decisión médica está fuera de la "buena práctica clínica" y la enfermera está segura de ello, no debe obedecer la orden, sobre todo en casos de urgencia. Se procurará el tratamiento más seguro y correcto para el enfermo, recurriendo a otro médico con más experiencia.

- Si la orden del facultativo está dentro del rango de decisiones médicas aceptables, y el tiempo apremia, la obedecerá. Después se podrá discutir con él la corrección o no de tal decisión.

- Si no es caso de urgencia, la enfermera discutirá pausadamente con el médico o con el resto del equipo, acerca de la conveniencia o no de cambiar el tratamiento o llegar a un acuerdo en la decisión.

Estas discrepancias no son frecuentes, pero cuando se producen generan una gran tensión y ansiedad y debemos procurar solucionarlas.

Recordemos que trabajar en equipo es mucho más que trabajar simultáneamente en el mismo lugar. Y es la mejor forma de lograr nuestro objetivo profesional.

Que trabajar competitivamente unos contra otros es perjudicial para ambos y para el enfermo, porque produce ansiedad e inseguridad, lo que además sería injusto y maleficente.

Tengamos siempre presentes los valores del respeto y la cordialidad para el mayor beneficio de todos.

Bibliografía

Henderson, V. *"Naturaleza de la enfermería"*

Carpenito, L. J. *"Manual de diagnósticos de enfermería"*

Bishop, A. M. *"Practical, Moral and personal sense or nursing"*

Gracia Guillén, D. *"Fundamentos de Bioética"*