



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/334d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas**

Autores Karen Giuliana *Castañeda Obando*, Mirtha Flor *Cervera Vallejos*

Centro/institución Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Ciudad/país Chiclayo, Perú

Dirección e-mail karen_giuliana@hotmail.com

RESUMEN

La investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, "Significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas del H.N.A.A.A. Chiclayo - 2012. Tuvo como objetivos describir y analizar el significado de los dilemas éticos y su resolución que enfrentan las enfermeras de estas áreas, y proponer un modelo de resolución. Pastor, Ferrer, y Thompson sustentaron la base teórica. Se entrevistaron a 21 enfermeras previo consentimiento informado. Los datos se procesaron con análisis de contenido. Los principios éticos, rigor científico y el decreto supremo N° 011-2011 - Jus. Perú, fueron considerados en la investigación. Emergieron tres categorías: Complejidad en el compromiso de decidir para encontrar solución. Decisiones contrapuestas en los cuidados en unidades críticas con tres subcategorías: Limitación del esfuerzo terapéutico vs soporte total vital; contraposición de asistencia entre familiar y enfermera; entrando en discrepancias con las decisiones médicas. Modo de solucionar dilemas éticos en Unidades Críticas: con acuerdo de partes con tendencia hacia el bien, uso de la razón práctica frente a la vida vulnerable y soluciones sin intervención de un comité de ética. Con la consideración final imperativa de enfrentar dilemas con preparación e intervención de un comité de ética.

Palabras clave: Dilemas/ Ética/ Enfermería.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Los dilemas éticos, han existido siempre, motivados principalmente por tres razones: los grandes avances científico-técnicos, el cambio en las relaciones sanitarias y la universalización de la asistencia.¹

Estos dilemas por su diversidad se viven en lo cotidiano como situaciones vivas, como lo reportó el estudio de Valls² en una Unidad de Cuidados Intensivos de Barcelona; donde el "derecho a morir con dignidad" era de un 28.15%, el "Derecho a la información de los pacientes" con 13.59%, la "Calidad de los servicios ofrecidos" 13.59%, la "Experimentación humana" 8.73%, seguida de "Calidad de Vida" 6.79%, "Atención a pacientes difíciles y/o con VIH positivo" 5.82%, "Responsabilidad" 5.82% y "Atención a los pacientes con dolor" 4.85%; con mayor frecuencia el derecho a morir con dignidad; donde la persona humana enferma críticamente es el centro de dilemas y la enfermera debería estar preparada para enfrentarlos.

El transcurrir de dilemas éticos sucede en unidades críticas, así lo argumenta Carrasco³ a nivel local en el servicio de cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2009, donde los conflictos prioritarios fueron: el deber-cuidado VS el derecho-a morir; la obstinación terapéutica VS la satisfacción de necesidades del bien morir; dilemas que emergieron en el quehacer profesional y durante el cuidado al paciente en estado crítico que coloca a la enfermera en una posición de determinación hacia la elección de optar por una alternativa.

Por otro lado, el cuidado enfermero en las unidades críticas, se diferencian de otros servicios, porque se observa, valora y evalúa directa, cuidadosa y permanentemente los procesos indispensables para la vida de la persona en situación de salud crítica, a través del monitoreo directo y personal que los enfermeros realizan, por ello se detectan cambios que afectan su hemodinámica y todo el sistema corporal. La preparación científica y tecnológica en estos servicios requiere esfuerzo y educación continua; cuentan con aparatos de ventilación mecánica, para asistir la respiración, equipos de diálisis para los fallos renales, equipos de monitorización cardiovascular, una serie de vías intravenosas, tubos nasogástricos, bombas de succión, drenajes, catéteres y finalmente una amplia gama de fármacos incluyendo sedantes, antibióticos, analgésicos y fármacos vasoactivos.

En este sentido, la mecánica – técnica sirve para el apoyo vital de las personas que conllevan a la ocurrencia de problemas y a un cuidado eminentemente procedimental, con el peligro de tratarla solo como objeto de procedimientos, olvidando que es un sujeto de derechos. Situación que abre espacio a las omisiones en algunos momentos sobre la esencia del quehacer enfermero tales como el respeto a la vida y el cuidado del ser humano no valorándolas en profundidad.⁴

La persona enferma en estado crítico, lúcida o en estado inconsciente, a veces requiere de máquinas para sobrevivir, quienes presentan patologías como: Infarto Agudo de Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Hemorragia Intracerebral, Angina Inestable y en mayor frecuencia las personas post operados de cirugías cardíacas.⁵

Las observaciones in situ en unidades críticas de diferentes hospitales o al realizar visitas a familiares o amigos por parte de las investigadoras, evidencian la presencia de

conflictos en las unidades críticas. Esta diversidad de acotaciones motivaron a las investigadoras a cuestionarse ¿Por qué en unidades críticas hay estos problemas frente a la vida humana?, ¿Cuál es la mejor solución?, y si se equivocaron en la decisión tomada ¿a quienes afecta? ¿Dónde está la solución a todos estos problemas?; respuestas que produjeron turbulencia y hasta contradicciones de pensar que las soluciones no son fáciles, pero también la necesidad de saber que hacer frente a estas situaciones. Por ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo - 2012? Formulando como objeto de estudio los dilemas éticos y su resolución. Los objetivos que guiaron la investigación fueron: Describir y analizar el significado de los dilemas éticos y su resolución que enfrentan las enfermeras de estas áreas, asimismo proponer un modelo de resolución de los dilemas éticos en estas áreas.

La importancia del estudio radica en la escasez de registros de investigaciones similares a nivel local y nacional, adquiriendo gran importancia pues en los últimos años la ciencia enfermera está evidenciando un crecimiento bastante acelerado en el aspecto científico - humanístico y tecnológico en relación al cuidado de la salud en unidades críticas, lo que conduce a la competitividad entre profesionales dejando de lado la reflexión y análisis frente a situaciones conflictivas que requieren estudio para la correcta toma de decisiones. También el estudio resulta relevante y se justifica pues esclarecerá y profundizará en el conocimiento sobre el significado de los dilemas éticos y la forma como resuelven las enfermeras confrontando la variedad de dilemas en forma individual o en equipo. La investigación también ofrece desafíos para las enfermeras de unidades críticas al presentar un modelo de resolución de los dilemas éticos, asimismo el estudio permitirá que las enfermeras reestructuren su base de conocimientos en esta área, fortalezca su toma de decisiones de forma pertinente frente al conflicto que afecta a la persona enferma y en estado crítico de manera holística.

Por último, la investigación aportará recursos para fortalecer la ética y bioética como eje transversal en la asignaturas troncales de la carrera profesional de enfermería y de esta manera mejorar la formación de los futuros profesionales de enfermería. Además los resultados servirán para diferentes consultas o puntos de referencia para estudiantes y profesionales de enfermería así como de otros grupos ocupacionales relacionados con unidades críticas.

Metodología

La investigación fue cualitativa⁶, congruente con la filosofía holística de la enfermería, abierta al mundo de la experiencia llegando a un conocimiento holístico de la realidad a través de la interpretación de los sucesos y acontecimientos para construir conocimiento⁷. El abordaje metodológico se realizó en base al estudio de caso. Bernal⁸ con el objetivo de estudiar a profundidad los dilemas éticos y su resolución, comprendido como un sistema integrado que interactúa en un contexto específico con características propias realizado mediante un proceso cíclico y progresivo. Cerda⁹ califica de imprescindible contar con un marco de referencia teórico, relacionado con los temas relevantes que los guían para analizar e interpretar la información recolectada. Yin²⁸, detalla que un estudio de caso investiga un fenómeno en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa y en el que múltiples fuentes de evidencia son usadas. Y Andrade¹⁰, con el estudio de caso se llega a conocer íntimamente las

condiciones, pensamientos, sentimientos, actos pasados y presentes, intenciones y el entorno de la persona. De acuerdo a este último autor el estudio de caso de la presente investigación se desarrolló en 5 fases: 1) Etapa Exploratoria, 2) Planeamiento 3) Recolección de Datos y Evidencias, 4) Análisis de Resultados y 5) Presentación del Informe: necesaria luego de culminada el análisis como una oportunidad única para exponer una importante contribución al conocimiento y la práctica de la investigación, ordenada en capítulos de acuerdo a protocolo establecido.¹⁰

Formaron parte de los sujetos de investigación, 21 licenciadas en Enfermería con consentimiento informado, quienes laboraban en tres Unidades Críticas del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo(escenario): UCI(10), UTIC(5) y Emergencia(6). Todas fueron mujeres cuyas edades oscilaban 35 – 60 años, enfermeras, adultas maduras con gran experiencia en el cuidado del paciente en estado crítico. La mayoría con la especialidad a fin con 5 a 25 años de experiencia. Se incluyeron a enfermeras que rotaban por unidades críticas como reemplazo de diferente índole. A todas las enfermeras se les informó la manera cómo se guardaría la confidencialidad de su identidad y sus discursos con el uso de códigos numéricos usando las siglas de la unidades críticas y emergencia más un número: UCI 1, UTIC 3 y E4.

Para la recolección de datos se usó la entrevista semiestructurada⁸, validada a través de un estudio piloto y registrado con ayuda de una grabadora MP3. Luego se transcribieron las entrevistas en un programa Word de la computadora, a la cual se colocó una clave especial accesible solo a las investigadoras, para proceder al análisis de contenido^{11,12,33}. Comprendió las etapas de: 1) Pre - análisis: 2) Codificación. 3) Categorización, contando al final con 20 unidades de análisis de donde emergieron tres categorías con sus respectivas subcategorías.

Los criterios éticos y de rigor científicos sustentaron toda la investigación¹²⁻¹³

Análisis y discusión de los resultados

Categoría I: complejidad en el compromiso de decidir para encontrar solución

El incremento de la ciencia y las tecnologías han originado muchas ventajas, incertidumbres y miedos acerca de la protección de la persona humana, cuando está afectada su salud con repercusión en su naturaleza sistémica, y ambas tienen que intervenir para salvarle la vida. Toda valoración del cuidado que realizan las enfermeras con la persona es de tipo ético¹⁴ siempre buscarán el bien del enfermo, sin embargo ante situaciones confusas tienden a apreciarlos como dudas en el hacer y en el no hacer, como disyuntivas comprometedoras en variedad de dimensiones trayendo como resultado el desdoblamiento de sentimientos y respuestas encontradas, teniendo que elegir entre violar o cumplir uno o más de sus principios morales llegando a la paradoja en la que ninguna opción deja al individuo satisfecho como se evidencia en los discursos:

“... Con tanto problema médico – legal, los médicos se protegen legalmente mediante la escritura de las indicaciones, pero indican que no se apliquen, solo terapia mínima, se cubre el médico pero quién cubre a la enfermera, quién la va a defender si allí está la indicación de terapia completa y la indicación verbal es otra...”. (UCI 9)

“... Es una disyuntiva que quisiéramos hacer pero que interiormente dices no; de repente tienes la posibilidad de que ese paciente pueda salir, interviene la formación, valores y la mística que tiene cada uno...”. (UTIC 5)

“... Un dilema ético es una situación donde se compromete lo moral, lo espiritual, lo social y lo judicial, es también un conjunto de normas o valores que juegan un rol muy importante...pone en juego valores y los principios áticos...”. (UCI 8)

Para las enfermeras la situación de hacer y no hacer es un dilema ético, Montuschi¹⁵ argumenta que hacer lo que es moralmente correcto puede tener malas consecuencias y viceversa, ejecutar una acción que es moralmente incorrecta podría tener buenas o mejores consecuencias que la acción anterior porque se trata de tener que elegir entre dos posiciones, no les basta el recurso a la intuición personal, o los impulsos precipitados del momento, o las ventajas y desventajas, al éxito y al fracaso que seguirá a las decisiones. Deducen de manera teórica y práctica las situaciones difíciles de enfermería donde no les es posible tomar una decisión rápida y acertada, en primer lugar porque la situación que se presenta es inesperada donde juega un rol muy importante el tiempo, la vida del enfermo, las órdenes médicas. Par Barazzutti¹⁶ los conflictos éticos son situaciones con las que la persona se ve enfrentada a diversos valores o exigencias a la vez, con imposibilidad de realizarlos todos al mismo tiempo. Específicamente ante las prescripciones médicas no escritas y tener que cumplirlas, o las prescripciones procedimentales frente a percepciones positivas y negativas de las mismas, al experimentar desamparo legal y sentir que nadie las defiende. Por ello, hacen juicios de lo que puede pasar ante la decisión tomada y esto es en segundos ya que perderán su trabajo, las someterán a procesos administrativos, las denunciarán o simplemente tachar de malas enfermeras y ponerlas en tela de juicio las posibilidades positivas de acertar o las negativas de equivocarse, entonces titubean, pues la tendencia de ellas como personas humanas es encontrar soluciones válidas primando de por medio la vida del enfermo.

Categoría II: Decisiones contrapuestas en unidades críticas

En las unidades críticas se encuentra una mixtura de patologías en las diferentes personas con sensorio alterado, dependientes de una máquina, están a expensas de las indicaciones del médico y de los cuidados que le brindan las enfermeras. Cada una de las personas que cuidan son únicas y merecen el debido respeto porque poseen una dignidad y tienen vida, es allí donde el enfermero toma una decisión que cuestiona su hacer:

2.1 Limitación del esfuerzo terapéutico (Let) vs Soporte total vital

La limitación del esfuerzo terapéutico surge como una moderna expresión del ejercicio profesional ante la necesidad de resolver los problemas que se plantean en el quehacer diario cuando se sabe con exactitud que el tratamiento dado al paciente no favorece para nada su recuperación y solo logra retrasar su fallecimiento. Tomar decisiones frente a dilemas éticos implican factores relacionados con los valores y experiencias personales, involucrando a otros profesionales, la familia, el paciente y la dinámica de los cuidados críticos para las personas hospitalizadas, así lo evidencia el estudio de Betancourt¹⁷, quien sostiene que los profesionales de la salud y la sociedad en conjunto deben

resolver problemas relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes graves, críticos y terminales una vez que se ha emitido el pronóstico de muerte. Los principios básicos de respeto a dignidad de la persona, libertad, responsabilidad, justicia constituyen el pilar de la ética de los cuidados, ética por excelencia de enfermería y la consecución de resultados rápidos y eficientes:

“... Una paciente que se encuentra con un ventilador y se está aferrando a la vida; pero los familiares, lo único que dicen es que están esperando el momento final y eso a mí me molesta muchísimo...”. (UTIC 1)

“... El paciente cuando depende de un ventilador sea de mal o buen pronóstico yo lo respeto; si el paciente se encuentra con un FIO2 no se le baja, si empieza con asistida/controlado al 100% no vamos a estar bajándole, hay que ayudarlo hasta lo último y darle un tratamiento digno...”. (E 1)

“... Si bien es cierto ellos ya no sienten, no ven pero están vivos y se les tiene que cuidar... cada uno de los pacientes que atendemos merecen un respeto y un cuidado...”. (UCI 6)

“... Paciente con infarto masivo, diabética, con insuficiencia renal, adquirió neumonía intrahospitalaria, entró a ventilación mecánica, luego hizo paro, salió a los 45 minutos con daño cerebral. Los médicos concluyeron que ya no había nada que hacer, nosotros seguimos dando la atención, se agravó más, nos ubicamos en un dilema: preservar o conservar la salud...”. (UTIC 5)

Debido al constante contacto con los pacientes en estado crítico, las enfermeras son conscientes de su situación y tienen un sin número de oportunidades de decidir si continúa un tratamiento de restauración de la vida como la ventilación mecánica, el cual conoce y domina con excelente habilidad y por ello se siente afectada ante la petición de retirar el ventilador, tampoco considera que este tratamiento es insoportable para el paciente, lo valora, por eso tiene patrones de respuesta y lineamientos éticos en cuanto al cumplimiento de indicaciones médicas como sustento de su deontología profesional y la manera en que decide reaccionar, implica una decisión de enfermería ética o antiética. Al respecto, Gherardi¹⁸ argumenta que las percepciones de los enfermeros se reflejan en las acciones, también lo hacen en la forma como utilizan su competencia técnica, en su comportamiento moral y ético frente a las personas de quienes se hacen responsables en su labor diaria. Sin embargo, sino existe en el hospital un protocolo específico de no reanimar podría tomarse como negligencia profesional. Es posible que leyes no escritas se constituyan en un problema especial para las enfermeras, y ante la desprotección, asumen su deber hasta el último momento porque consideran a la persona en estado crítico digno de respeto. Marriner cita a Roy¹⁸ quienes conciben a la persona como un ser integral y por tanto entienden la salud como un estado holístico, Di Prieto¹⁹ argumenta en "asistir, aliviar y satisfacer dentro de lo posible necesidades vitales básicas que por ser tales resultan dignas de respeto más allá de su estado o condición circunstancial" y las enfermeras en sus condiciones lo evidencian en contra de quienes les impelen a no seguir cuidando y opten por la muerte.¹³

2.2.- Contraposición de asistencia entre familiar y enfermeras.

Las enfermeras también tienen que lidiar con la familia de los pacientes hospitalizados con dilemas éticos que a veces se creen son analizados solo con el sentido común, la intuición o por el deseo de no hacerlos sufrir más, sin embargo los hechos, la reflexión y las dificultades para encontrar el mejor camino en su resolución han mostrado que requieren más que eso y que en la búsqueda para su resolución se necesita conocer a profundidad el problema para determinar la conveniencia. En la interrelación enfermera-familia debe ser empleado un consenso, un debate y una reflexión cuya perspectiva apunte a cumplir los principios éticos inherentes a una profesión cuyo fin es el ser humano en su dignidad como persona.

“... Los familiares que atraviesan por una situación difícil al acercarse el final de su familiar solicitan que le retiremos las máquinas, no lo podemos hacer; también hay situaciones completamente contrarias, algunas que ante su desesperación le piden hacerle todo lo que esté a su alcance sabiendo que el final es cercano pero no dejamos de hacer los procedimientos que tenemos que hacer...” (UCI 10)

“... En el paciente oncológico agónico, hay familiares que vienen y dicen por favor señorita yo no quiero que mi familiar sepa que tiene cáncer y el paciente te dice señorita yo me siento mal no sé lo que tengo, llamamos al médico jefe y él es el encargado de informar. ...” (E 6)

Para determinar el tipo o especie de acto moral al que corresponde un acto físico, apela a la racionalidad con base en los principios éticos y supera ampliamente a las intuiciones como fuente para resolver las dificultades; eso significa que para tomar la decisión correcta las personas involucradas tienen que pensar en la más adecuada porque no hay decisiones incorrectas, en este sentido las personas evalúan desde los principios éticos los resultados de la acción que siempre considera la responsabilidad moral frente a las consecuencias de los actos.²⁰ Es ahí donde las enfermeras deben y tienen que decidir poniendo en juego la tranquilidad de su conciencia.²¹ No cabe duda que desde el punto de vista clínico, se presentan las interrogantes sobre las terapias que se deben aplicar y si son apropiadas ante el agravamiento de la sintomatología o un carácter crónico de la misma ya no reversible. Lo evidente que viven las enfermeras y también corroboradas por Di Prieto¹⁹ confirman la utilización de diversas expresiones para indicar las terapias aplicables y las terapias que deben suspenderse: desde el binomio “ordinario- extraordinario”, referente a la calidad de la terapia en sí misma, pasando por el binomio proporcionado/desproporcionado para indicar la utilidad de la intervención para el enfermo, hasta el término futilidad, que incluye aquellos tratamientos que solo pueden postergar la muerte en pocos minutos u horas. Más allá de la terminología, susceptible también de manipulación, es preciso destacar cómo a menudo es difícil determinar una línea clara de demarcación para identificar cuándo es ética y deontológicamente un deber de suspender una terapia y cuándo, en cambio podría configurarse una eutanasia por omisión.

2.3 Entrando en discrepancias con las decisiones médicas.

Con la experiencia que tienen las enfermeras, saben reconocer cuando un paciente es recuperable contra el vaticinio del médico y se consideran protectoras de sus pacientes, califican su trabajo de intenso y hacen apreciaciones de la trascendencia de la vida, por ello, tienden a conservarla volviendo a reanimar afirmando hasta que no haya más que

hacer. Di Prieto¹⁹ aconseja que en cierta etapa del proceso del morir, el negarse a aceptar la realidad es muy importante y si el paciente se niega a reconocer que está condenado a morir es necesario apoyarlo y ocultarle hasta qué punto ha llegado su enfermedad. El respeto que las enfermeras sienten por el enfermo y los derechos que éste tiene de decidir si se interrumpe su tratamiento involucran el compromiso de cuidar del paciente hasta la hora de su muerte,¹³:

“... Hay personas con agonía larga, sabemos que no va a responder; los médicos si hacen paro no se le reaniman, la vida la da Dios y tenemos que reanimar hasta el final. En una oportunidad el médico realizo RCP avanzado, el paciente entro en asistolia y dijo no hay nada que hacer; salió a conversar con los familiares, nosotros mirábamos en el monitor y veíamos un complejo QRS alejado y de repente se comenzó a visualizar varios complejos por minuto, dimos masaje cardiaco, adrenalina; el paciente salió del paro lo pusimos a máquina, medicamentos de apoyo inotrópicos, dopamina, dobutamina, adrenalina en infusión y el paciente se recuperó, salió a los 10 días haciéndonos adiós. Cuando el médico dice ya no hasta aquí nomás, la enfermera que está reanimando en ese rato sigue hasta el final...”. (UTIC 2)

Las enfermeras se sienten afectadas por el mal percibido y haciendo uso de su libertad deciden no oponerse porque de cierta manera las personas que se encuentran en unidades críticas durante su estancia tienen el grado más alto de incapacidad después de la recuperación de su enfermedad aguda. Por otro lado, la sedación en el paciente sometido a ventilación mecánica (VM) tiene como objetivo principal facilitar su adaptación al ventilador, induciendo hipnosis, analgesia y mejorando su comodidad. Pues, un enfermo que se desadapta a la VM, puede sufrir de hipoxemia grave, hipoventilación, complicaciones hemodinámicas y barotrauma, así como de síndrome de estrés postraumático durante su recuperación. El nivel de sedación variará en función del estado del paciente y el modo ventilatorio elegido. Se pretende en general mantener al paciente con un sueño ligero de fácil despertar, sin dolor ni ansiedad. Por ello, ante las indicaciones médicas las enfermeras obedecen²² También son afectadas cuando conocen y contemplan a sus pacientes agónicos por su pronóstico. Por ello se sienten comprometidas y responsables de mitigar el sufrimiento, aliviar dolores y hacer que el paciente se sienta lo mejor posible; no obstante mitigar el sufrimiento no significa eliminarlo poniendo fin a la vida del paciente. Las enfermeras tienen la responsabilidad de adoptar todos los medios razonables para proteger y preservar la vida humana, cuando hay esperanza de restablecimiento, o una posibilidad razonable de beneficiarse del tratamiento destinado a prolongar la vida, así al vislumbrar posterior a una asistolia complejos QRS, ellas insisten en la reanimación acompañado de la valoración del mismo y de la colocación de todos los inotrópicos necesarios hasta el final. Este significado de la valoración de la vida y la tendencia de hacer el bien les produce satisfacción cuando el paciente sale de alta y se despide de ellas.

Amaro²³ explica sobre el derecho de los enfermos a decidir sobre los tratamientos y las opciones clínicas como parte del principio de libertad y autonomía individual (no inicio o retirada de medidas de soporte vital), y el deber de la sociedad y de los profesionales de intervenir en el proceso de la muerte y en las decisiones asistenciales relacionadas con la misma, donde el rol de la enfermera es crucial. En este sentido, cuando las indicaciones médicas son precisas de disminuir la terapia mínima la reacción de la enfermera es contraria porque en ella se produce la objeción de conciencia²⁴ frente a una indicación que está en contra de sus valores y formación, la enfermera es quien enseña humanidad al médico porque los enfermos no son solo cuerpos, sino personas, cuerpos

personales. En este ámbito les apoyan a encontrar el sentido al dolor y facilitar al moribundo recibir la asistencia espiritual y religiosa que desee.²⁵

Categoría III: Aplicando soluciones a dilemas en unidades críticas

Las enfermeras como sujetos morales ponen en juego con su actuar una concepción del bien humano. Rodríguez²⁴ argumenta que la acción libre es intención interior y realización exterior sentido proyectado y gesto que lo significa y ejecuta, la presencia de ambas dimensiones constituye la modalidad específica del obrar humano que involucra una dimensión ética y la ética como práctica guía la conducta de la enfermera hacia un bien sentido para solucionar dilemas. Basso²⁶ corrobora lo mencionado por Rodríguez al afirmar que la dimensión técnica de los actos enfermeros se refieren a que la obra realizada sea buena en términos de su eficacia mediante las acciones. De igual modo a decisión sobre los dilemas presentados a la enfermera esta normado en su código de ética y deontología.

3.1 Soluciones con acuerdo de partes con tendencia hacia el bien.

Al buscar una solución a un dilema suscitado, las enfermeras reconocen que la solución es de carácter interno donde interviene el personal del turno que labora y entre todos existe un acuerdo de partes. Para Cortina²⁷ el acuerdo de partes consiste en una negociación en donde es imprescindible la interacción, a través del diálogo y de la argumentación en el diálogo. Método que debe conducir a un acuerdo sensato (satisface los intereses de las partes y de la comunidad) es decir, debe ser universalmente aceptado. Por su parte, Basso²⁶ explica que la experiencia de la enfermera muestra que no posee una referencia ni tampoco el suficiente entrenamiento para juzgar la calidad ética de las acciones en el desempeño de la enfermería. Al respecto esto no resulta tan evidente porque para algunos, el aspecto ético no es cuestión de análisis y siempre va implícito en el desarrollo de una técnica, para otros el ámbito de la ética pertenece por definición a la esfera de lo subjetivo de modo que ni siquiera cabría preguntarse por la existencia de criterios de análisis objetivos a este nivel. Sin embargo dentro de las normas sí existen y esta es quizá la manera cómo las enfermeras consideran que solucionan los dilemas como se aprecia en los discursos:

“... Para decidir se cuenta exclusivamente con el personal que labora, ponen sus puntos de vista profesionales con pacientes oncológicos no debemos llegar al encarnizamiento terapéutico, al familiar se le llama y se le dice el estado en el que está y que también ya no es recomendable hacer una RCP ni básica ni avanzada, se les permite su permanencia, reciben apoyo espiritual con el sacerdote, también apoyo moral estando un momento con ellos, permitiéndole que hagan una oración. El médico registra en la historia clínica que conversa con los familiares directos y se les sugiere la no RCP, queda constancia en la historia...”. (E 3)

“... Se soluciona internamente con los que están en turno y con los que salen, enfermeras, médicos y técnicos; se le convoca al sacerdote cuando tiene disponibilidad, no interviene nadie más, lo vemos con el personal que está a cargo, si la jefa lo cree necesario hace un informe...” (UCI 10)

Frente a la conservación de la vida las enfermeras toman sus propias decisiones. La decisión para Ferrer²⁸ es el punto de inflexión en que convergen por una parte la

actividad resolutoria que le había precedido (no es casual que se llame a la decisión también resolución) y por otra parte la composición de la acción en su totalidad partiendo de aquellos medios que la deliberación ha encontrado: la mejor de las opciones disponibles y asumiendo las consecuencias que de ello se deriven,²⁹ así lo practican las enfermeras para encontrar:

3.2 Soluciones con razón práctica frente a la vida vulnerable.

Cuando la enfermera percibe una situación de salud delicada de quienes cuida, su comportamiento o acción libre está gobernado por su inteligencia y la voluntad, facultades a través de las cuales elabora, valora y modifica parte de su actuar, para el bien o para el mal (virtudes y vicios) y es lo que se conoce como razón práctica, con la cual realiza una triple función: interpretación, valoración y dirección o corrección de su actuar.³⁰ Por ello, algunas situaciones conflictivas sobre asuntos morales pueden referirse a asuntos sin mayor dificultad pero otras en cambio representan asuntos de gran envergadura como las cuestiones relacionadas con la conservación de la vida, con la dignidad del ser humano, con sus derechos que la obligan a actuar de la siguiente manera:

“... Tenemos que resolverlo de la mejor manera haciéndole comprender que todo tiene que seguir su curso, afrontamos la angustia del familiar y los pedidos que los dejen morir en paz...”. (UTI 10)

“... De acuerdo a como se está presentando la evolución de nuestro paciente nosotros mantenemos dosis mínimas porque sabemos que es realmente una situación un poco ficticia porque no se va a conseguir mejorar así efectivamente es una cosa transitoria simplemente como prolongar una agonía...”. (UCI 10)

“... Mientras que esté en la unidad nosotros vamos hacer todo porque ese paciente se recupere...”. (UCI 1)

Las enfermeras escogen una alternativa consciente de todas las razones que subyacen a la alternativa preferida de ayudar hasta el final. La toma de decisiones asumida está relacionada con el tiempo que tienen para reflexionar y tomar la decisión más adecuada la cual no es fácil pues no existen recetas o patrones para seguir, cada situación es única con su propio contexto y particularidades. También cabe destacar, de acuerdo a los discursos, lo importante que es la responsabilidad de las enfermeras de unidades críticas quienes se adjudican con las decisiones tomadas los resultados obtenidos. Al respecto Cortina²⁷ en su libro *Ética aplicada y democracia radical* dice: “la necesidad, cada vez más sentida con más fuerza de dar respuestas con altura humana a problemas como (...), el sentido de las profesiones y de las instituciones, o de los problemas de la decisión en casos de conflicto moral, ha puesto a la ética contra las cuerdas o proporciona principios que ayuden o queda descalificada por knock out técnico, porque un saber práctico debe ayudar de algún modo a la acción o abandonar definitivamente el ring”, estas declaraciones de la autora ayudan a comprender el significado que la vida tiene para las enfermeras y frente a su vulnerabilidad se sienten en la obligación de protegerla aún con terapia mínima conscientes que no hay nada que hacer, sin embargo han continuado apoyadas en su código de ética, principios y valores éticos que en conjunto con sus conocimientos y competencias son las estrategias que tienen a la mano.

3.3 Sin intervención de comités de ética

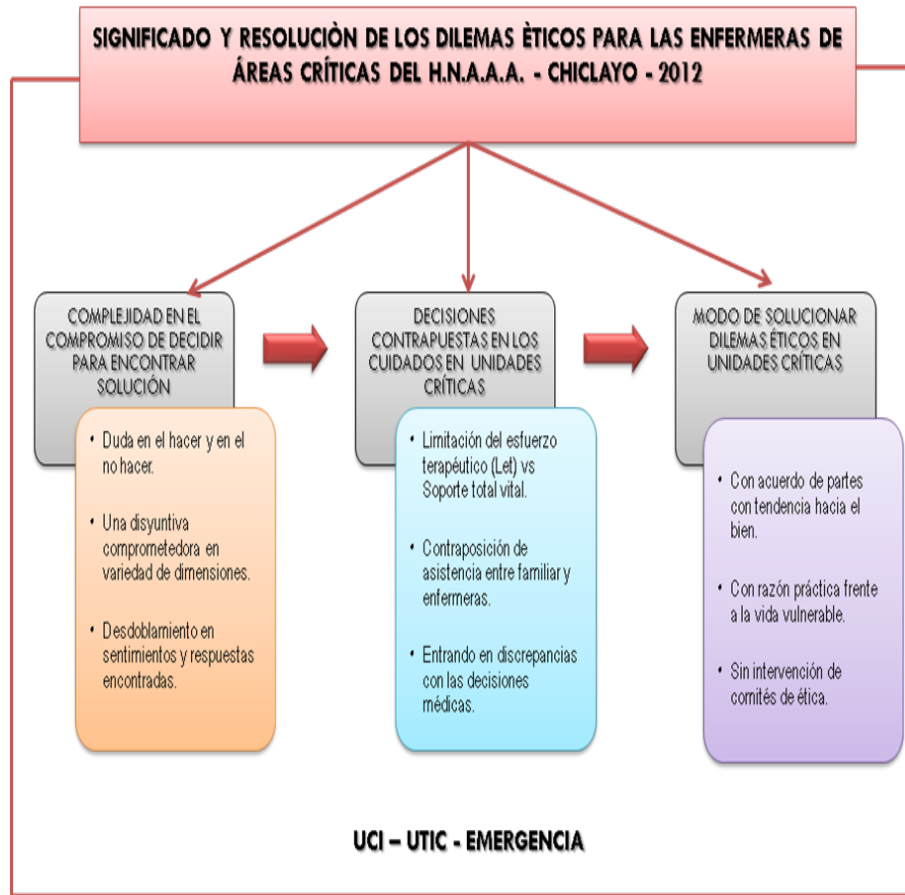
Cuando en las diferentes áreas críticas se presenta situaciones difíciles es necesario la intervención de un comité de ética que se encargue de guiar o de intervenir para la toma de decisiones adecuadas. Según Torralba,³¹ los comités de ética empiezan a surgir cuando el avance tecnológico comienza a extenderse en los hospitales y cuando el costo de los tratamientos aumentan. El Comité de Ética es considerado como un recurso que los pacientes, los padres, y los equipos del cuidado médico pueden utilizar cuando confrontan dilemas éticos que se presentan durante el tratamiento de un paciente. Los casos son analizados desde el punto de vista clínico, ético, espiritual y legal. Es un foro de apoyo. No es un cuerpo que toma decisiones, ni tampoco reemplaza la relación de médico - paciente - familia. Sin embargo las enfermeras argumentan que en la solución de los dilemas éticos surgidos en las unidades críticas no intervine un comité de ética, es más lo califican de inoperativos como se puede apreciar en los siguientes discursos:

“... Si se presenta un dilema se queda entre nosotros, en el departamento de enfermería hay un comité de ética pero nunca lo he visto actuar; de repente el comité actúa en caso de situaciones que tengan que ver con la conducta de la enfermera pero desconozco si haya tenido alguna participación en el dilema de un servicio. Dentro de la institución sí hay un comité, pero para investigación...”. (UTIC 2)

“... Hay un comité de ética en el departamento de enfermería y también la institución tiene un comité pero no lo hemos utilizado siempre hemos solucionado los problemas acá...”. (UCI 1)

Un Comité de Ética es una comisión formada por profesionales de diferentes disciplinas (interdisciplinarios) encargado de analizar situaciones conflictivas tanto pasadas como actuales, que susciten dudas o dilemas a fin de ofrecer recomendaciones para resolver el problema planteado; lo cierto de todas estas apreciaciones son que los comités aun formados no intervienen en los problemas o dilemas éticos surgidos en las unidades críticas, porque es difícil reunirlos donde la rapidez y el tiempo son dos factores importantes.³² Las enfermeras también fundamentan que el departamento de enfermería tiene un comité de ética pero no es visible su actuación en los campos clínicos y un comité de ética tiene como objetivo último mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.³⁴ Por eso lleva a cabo labores de deliberación ante casos concretos que se presentan siguiendo un proceso sistemático y ayudado de modelos de resolución, sino su tarea será siempre intuitiva es decir, sus decisiones no son vinculantes. Por ello es necesario contar con modelos de solución de problemas, que apoyados en un proceso sistemático, de deliberación objetiva basados en la ciencia, la antropología y la ética ayuden a encontrar soluciones pertinentes para actuar profesionalmente bien y de acuerdo a quien se cuida: la persona.

A continuación se presenta el Esquema Conceptual: Significado y Resolución de los Dilemas Éticos para las Enfermeras de Áreas Críticas. (Ver Fig. 1)

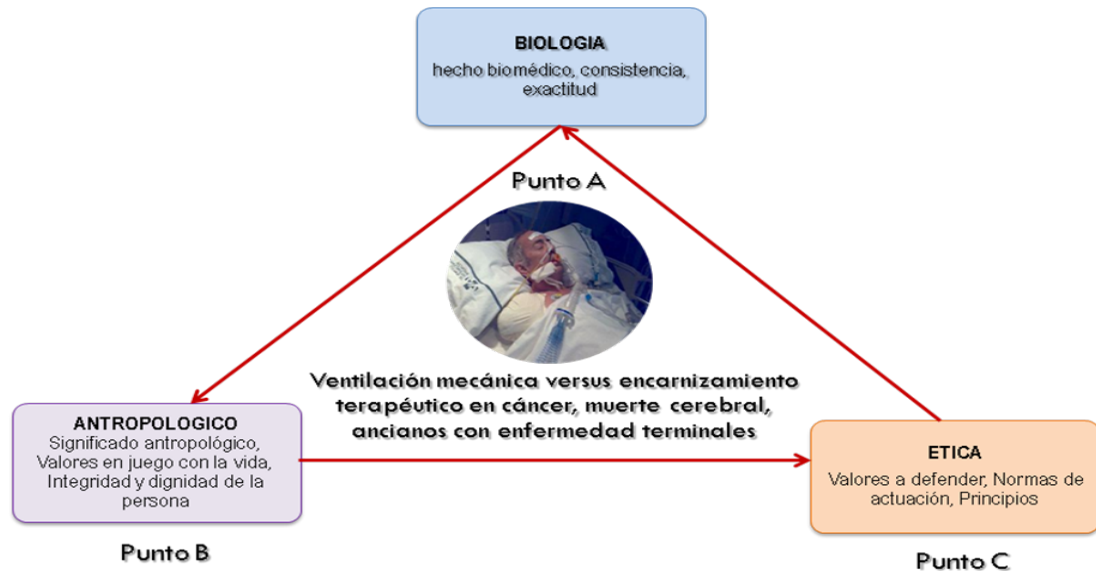


Propuesta de solución de dilemas basado en el modelo de Ellio Sgreccia¹³

El modelo es triangular, refiere a la necesidad permanente de tener en consideración tres ángulos de perspectiva, bajo los cuales puedan afrontar y dilucidar variados problemas, se trata de la tecnociencia, la antropología y la ética.

En el ángulo A estaría la tecnociencia o conocimiento sólido del estado del arte de los adelantos en biotecnología y el problema integral del paciente. En el Angulo B la Antropología, consideración de envergadura metafísica acerca de la propia definición del hombre y la sociedad de las preguntas básicas por su significado sentido último y cómo queda afectado por la enfermedad y su requerimiento de recuperación.

En el ángulo C, la ética con el abordaje de la axiología, los valores, su polaridad, sus escalas, su universalidad, aquí queda incluido de modo necesario el asunto central de la ética, la libertad en el acto de cuidado de las enfermeras de unidades críticas despojado de determinismo. Si se toman en cuenta estas vertientes para dilucidar dilemas estarían presentes los principios de defensa de la vida física, el principio de totalidad o principio terapéutico, el principio de responsabilidad y libertad y el principio de socialización y subsidiaridad. (Ver fig.02)



Consideraciones finales

Las enfermeras que laboran en unidades críticas aprecian a diario dilemas relacionados con la conservación de la vida, para lo cual tienen que usar tecnologías de sostén como ventiladores mecánicos, monitores, bombas infusoras, equipo de monitoreo de gasto cardíaco, marcapasos externos, entre otros; soporte vital (RCP básico y RCP avanzado). Ante esta realidad consideran que hay cierta complejidad en momento de decidir para encontrar una solución, así experimentan la duda de hacer y no hacer tal o cual indicación procedimental, ante lo humano y lo científico, ante lo negativo y lo positivo, ante contradicción en las indicaciones médicas que la pueden dejar desamparada en la parte legal. Para otras enfermeras los dilemas se enroscan dentro de una disyuntiva que las compromete en variedad de dimensiones donde ponen en juego sus valores, la educación recibida, sus principios éticos, la propia mística de trabajo, la parte moral de su profesión, la forma de relacionarse y hasta el aspecto espiritual y les produce un desdoblamiento de sentimientos y respuestas encontradas, producido por su afectividad y el choque ante la realidad que perciben y optan por ser responsables.

Las enfermeras declaran que existen decisiones contrapuestas en primer lugar por las indicaciones de limitación de esfuerzo terapéutico con la necesidad de soporte vital, especialmente relacionado con la ventilación mecánica, sienten la presión de la familia y del médico por un lado de retirar y por otro de continuar, sin embargo asisten a las personas hasta el final de su vida, consideran a la vida trascendente y que depende de Dios conservarla o quitarla.

Las enfermeras de áreas críticas ante dilemas éticos se solucionan a través de un acuerdo de partes buscando hacer el bien. Otra forma de resolver los dilemas éticos que emplean las enfermeras es con la razón práctica pero sin intervención de comités de ética ya que todo dilema se soluciona con las personas que se encuentran en el turno. Las enfermeras de áreas críticas no evidencian la participación de un comité de ética, sin embargo se requiere tenerlo como apoyo a la solución de los dilemas éticos.

De acuerdo a todo lo expuesto también se alega a la consideración final que las enfermeras no cuentan con un modelo de resolución de problemas y está ausente la argumentación de los profesionales involucrados para solucionarlos, por lo cual se considera oportuno brindarle el modelo de solución triangular promovido por Ellio Sgreccia.

Bibliografía

1. León F. Bioética Razonada y Razonable. 1a ed. Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida Editores; 2009.
2. Valls Dilemas Éticos. Barcelona; 2007.
3. Carrasco M. Dilemas Éticos y Cuidados de Enfermería [Tesis]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina; 2009.
4. Enfermería XXI. Revista Científica de Enfermería. 1999. Ecuador. Ave Fénix Editores; 2.
5. Potter P., Perry A. Fundamentos de Enfermería. 3a ed. España: Harcourt; 1998.
6. Pineda E. Metodología de la Investigación – Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. Washington: Paltex Editores; 2004.
7. Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe Editores; 1996.
8. Bernal Torres A. Metodología de la Investigación, 2a. México. Pearson Educación Editores; 2006.
9. Cerda-Olmedo G, Monsalve V, Minguez A, et al. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: decisiones específicas en el paciente terminal. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2000 N° 7:306-12.
10. De Andrade. Estudio de caso. Una estrategia para investigación. Brasil.2006
11. Pérez Serrano G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes: Técnicas y análisis de datos. 3era. Edic., Edit. La Muralla, Madrid; 2002
12. Hernández R., Fernández. C., Baptista P. Metodología de la Investigación. 4a. ed. México: Mc. Graw Hill; 2008.
13. Sgreccia E. Manual de Bioética I: Fundamentos y Ética Biomédica. Edit. Printe in Spain, España. 2009
14. Pastor L., León Francisco. Manual de Ética y Legislación en Enfermería: Bioética en Enfermería. España: Mosby; 1997.
15. Montushi L. Ética y razonamiento moral. Dilemas morales y comportamiento ético en las organizaciones. 2008.
16. Barazzutti L. Situaciones Éticas Conflictivas. Buenos Aires: San Pablo Editores; 2000.
17. Betancourt M. Enfoque bioético de las investigaciones pedagógicas. Rev Cubana Educ Med Super. 2000; 14(1):36-42.
18. Gherardi C. La Muerte Intervenida de la Muerte Cerebral a la Abstención o retiro del soporte vital. Medicina – Volumen 62 - N° 3. Buenos Aires; 2002
19. Di Prieto María. Bioética y educación y familia. Universidad católica de Chile. 2012.
20. Basso L. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. [Acceso el 10 setiembre del 2012] Disponible en: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/10041/11372>
21. Garzón N. Toma de decisiones éticas .Cátedra Manuel Ancizar. Ética y Bioética. [Acceso el 14 setiembre del 2012] Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/783/10/263_-_9_Capi_8.pdf.

22. Olivia D.; Mendoza M.; Guedez Romina M., Zavala M.; Lazorza C. Sedación de Pacientes en Ventilación Mecánica. Parte I. Medicrit Editores. 2(4):49-54; 2005.
23. Amaro M. Problemas Éticos y Bioéticos en Enfermería. Edit. Ciencias Médicas. La Habana; 2005.
24. Rodríguez A. Ética General. Eunsa Editores; 2004.
25. García J. Problemas éticos en la medicina actual. El médico tiene deberes de humanidad con sus pacientes; no trata solo a cuerpos, sino a personas; 2004.
26. Basso L. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. Invest Educ Enferm. 2012; 30(2): 260-269; 2011
27. Cortina, Adela. Ética aplicada y democracia radical Madrid: Editorial Tecn; 1995.
28. Ferrer U. Principios Metodológicos de las Decisiones Morales. Cuadernos de bioética. Vol. 12, N° 46, 3ra. 2001; p. 321-328.
29. Cabrera O. La resolución de conflictos y dilemas morales en la escuela. [Acceso el 12] Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos93/resolucion-conflictos-y-dilemas-morales-escuela/resolucion-conflictos-y-dilemas-morales-escuela.shtml>>.
30. García J. Problemas éticos en la medicina actual. El médico tiene deberes de humanidad con sus pacientes; no trata solo a cuerpos, sino a personas; 2004
31. Torralba F. Antropología del cuidar. Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 1998
32. Comité de Ética. Sanatorio Mater Dei. [Acceso el 12 de octubre del 2012] Disponible en: <<http://www.sanatoriomaterdei.com.ar/Institucional/Comit%C3%A9de%C3%89tica.aspx>>
33. Pardo, José. Bioética Práctica al alcance de todos. Rialp. Madrid.2004
34. Bonilla J. Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico [Tesis doctoral]. Quito: Universidad Libre Internacional de las Américas. Facultad de enfermería, 2011 [acceso el 12 de octubre del 2012] Disponible en: <http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/2_BONILLA_LET_Ucis_Hospitales_Quito.pdf>.