

Los problemas éticos identificados por enfermeros en relación a los pacientes en estado crítico

Lucília Nunes

Resumen

El artículo presenta los resultados de las cuestiones éticas identificadas por enfermeros ante usuarios en situación crítica, en una situación de riesgo inminente de muerte y cuya supervivencia depende de medios avanzados de vigilancia, monitoreo y tratamiento terapéutico. Las principales preocupaciones éticas se han expresado respecto a la información al cliente, el acompañamiento en el final de la vida, a la responsabilidad profesional en intervenciones interdependientes; las temáticas reportan la decisión de una persona (el consentimiento / rechazo de la propuesta terapéutica), dilemas en la información, actuación en los procesos de morir y de la decisión de no tratar de revivir, respeto de los derechos humanos en contextos desfavorables. Destacamos las dimensiones del sentido de la responsabilidad, la influencia de la conciencia moral en las decisiones, la deliberación para proteger el Otro en riesgo y la experiencia de episodios profesionales de superación. Por último, se identifican factores de mediación en la gestión de las dificultades éticas.

Palabras-clave: Bioética. Temas bioéticos. Atención de enfermería. Solución de problemas. Investigación.

Resumo

Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica

O artigo apresenta os resultados da análise das questões éticas identificadas por enfermeiros perante usuários em situação crítica, de risco iminente de morte, e cuja sobrevivência depende de métodos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. As principais preocupações éticas dizem respeito à informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida, à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes; as temáticas reportam à decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar, respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis. Destacamos as dimensões do sentido de responsabilidade, da influência da consciência moral nas decisões, da deliberação de proteger o Outro em risco e da vivência de episódios profissionais de superação; finalmente, identificamos fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas.

Palavras-chave: Bioética. Temas bioéticos. Assistência de enfermagem. Resolução de problemas. Pesquisa.

Abstract

Ethical problems identified by nurses in relation to patients in critical condition

This article presents an identification and analysis of ethical issues identified by nurses in relation to patients in a critical condition, who are at imminent risk of death and whose survival depends on advanced means of surveillance, monitoring and therapy. The main ethical concerns are providing information to the client, end of life monitoring, professional liability in interdependent interventions; themes related to the decisions of the patient (consent to/refusal of therapeutic treatment), information dilemmas, action to be taken during the processes of dying and with regard to do not resuscitate orders, and respect for human rights in unfavorable situations. The present study considers the importance of a sense of responsibility and of protecting the individual at risk, the influence of moral conscience in decision-making, and professional experiences when overcoming challenges. Finally, mediating factors in the management of ethical difficulties are identified.

Keywords: Bioethics. Bioethical issues. Nursing care. Problem solving. Research.

Doutora lucilia.nunes@gmail.com – Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

Correspondência

Escola Superior de Saúde, Campus do Instituto Politécnico de Setúbal, Estefanilha. 2914-503 Setúbal, Portugal.

Declara não haver conflito de interesse.

La definición de *situación crítica* puede variar, reconociéndose que representa ambientes de prestación de cuidados que incluyen circunstancias de urgencia y emergencia, así como personas sometidas a terapia intensiva. En la literatura, la tónica común reside en la idea de situación de *riesgo inminente* de muerte, y teóricamente se define *enfermo crítico* como *aquel que, por disfunción o fallo profundo de uno o más órganos, o sistemas, depende de medios avanzados de monitorización y terapéutica para su sobrevivencia*¹. La *persona en situación crítica* se encuentra en el centro de la atención de los profesionales, que demandan incesantemente la manutención de la vida, en un contexto de incertidumbre y complejidad.

Así, los cuidados de enfermería al enfermo en situación crítica son altamente calificados, *prestados de forma continua a la persona con una o más funciones vitales en riesgo inmediato, como respuesta a las necesidades afectadas y permitiendo mantener las funciones básicas de vida, previniendo complicaciones y limitando incapacidades, teniendo en vista su recuperación total*². Entre los objetivos de los cuidados a la persona, se destaca el monitoreo continuo de su situación para poder prever y detectar precozmente cualquier complicación, posibilitando la intervención precisa, eficiente y en tiempo hábil.

La prestación de cuidados en situación crítica requiere actuación segura, inmediata y pauta por la consciencia de su impacto en la sobrevivencia, en la recuperación y en la calidad de vida de la persona. Aspectos aparentemente tangenciales, como la formación de los profesionales o el trabajo en equipo, asumen entonces proporciones muy relevantes en la atención a situaciones graves, inestables, potencialmente dañosas, que afectan la sobrevivencia. Téngase en cuenta que, muchas veces, las preocupaciones de los profesionales son las prioridades terapéuticas, centradas en la corrección de los desequilibrios homeostáticos, en la estabilización hemodinámica y de las condiciones de ventilación, en la restauración y conservación de la volemia, bien como en el reparo del desequilibrio electrolítico, de las alteraciones metabólicas y el control del dolor. En síntesis, gran parte de la atención se concentra en el soporte a los sistemas.

La cuestión que orientó este estudio consiste en identificar los problemas éticos que emergen de la práctica clínica en situaciones críticas y complejas, en la perspectiva de los enfermeros. Como advierten Diego Gracia y Elma Zoboli, tales problemas *pueden ser tomados como cualquier situación que al menos una persona considere como tal*³.

Método

El levantamiento de datos fue realizado en varias etapas por medio de dos técnicas de recolección: aplicación de cuestionario y grupo focal. El universo se componía de profesionales que cursaban especialización en enfermería médico-quirúrgica y que desarrollan su actividad profesional desde hace por lo menos dos años. Los estudiantes de especialización participaron del módulo "Cuestiones éticas emergentes en cuidados complejos", con los siguientes objetivos: (a) profundizar las cuestiones éticas derivadas de la prestación de cuidados en ambiente complejo; y (b) articular ética y deontología y promover la reflexión sobre la situación en foco.

El total de 220 estudiantes se inscribió en seis cursos ministrados por la autora de esta investigación: dos de especialización, dos de post licenciatura de especialización y dos maestrías, todos en enfermería médico-quirúrgica. Eran en su mayoría de hospitales centrales, de la región de Lisboa y Vale do Tejo, y 75% participaron de la recolección de datos. Se trata, por lo tanto, de muestra de conveniencia – no probabilística y accidental.

Los datos levantados solicitaban respuesta individual a la cuestión abierta: *"identifique tres cuestiones éticas en cuidados complejos"*. En la etapa siguiente fue solicitada por escrito una tarea de tres fases, repasada a pequeños grupos de tres a cinco estudiantes enfermeros: (a) identificación de las cuestiones éticas emergentes en cuidados complejos, de acuerdo con la perspectiva teórica, clínica (experimental) y conceptual del grupo; (b) listado de las cuestiones y elección de un caso y; (c) exploración preliminar de los fundamentos para análisis ético.

Es necesario reiterar que la cuestión abierta es compatible con la finalidad del estudio, así como la

identificación, la elección y la exploración de los fundamentos de un caso, por un pequeño grupo focal de trabajo, constituyeron mejora substancial de su diseño metodológico.

Las primeras recolecciones fueron realizadas en julio de 2007 (31 encuestados) y mayo de 2009 (30 encuestados), y sus resultados, identificados como

Grupo A. Los levantamientos relativos a la reflexión en grupo ocurrieron en octubre de 2011 (30 encuestados, seis grupos), febrero (18 encuestados, cuatro grupos), mayo de 2012 (25 encuestados, cinco grupos), julio de 2013 (22 encuestados, cuatro grupos) y mayo de 2014 (10 encuestados, dos grupos), siendo los resultados identificados como Grupo B.

Cuadro 1. Síntesis de la recolección de datos, población, muestra y técnicas

Datos	Población	Muestra	Técnica y recolección	
julio de 2007	39	31	Cuestionario individual Identificación de tres cuestiones éticas (176 declaraciones de problema)	A
mayo de 2009	40	30		
octubre de 2011	32	30		
febrero de 2012	25	18	Trabajo en pequeños grupos Identificación de cuestiones éticas – elección de casos (21 casos/situaciones-problema)	B
mayo de 2012	28	25		
julio de 2013	30	22		
mayo de 2014	26	10		
Total	220	166		

Entre la población específica comprendida en el universo inicial de estudio y los datos relativos a los participantes efectivos del estudio, se observó la pérdida de cerca del 25% en relación al total. Tal disminución transcurrió del largo período abarcado por el estudio: siete años. A pesar de esta reducción en la cantidad de participantes, se entiende que no hay porque argumentar acerca de la duración de la investigación; si fuese otro asunto, se podría cuestionar tal hiato temporal, pero, tratándose de identificación de cuestiones éticas de la práctica profesional de los enfermeros que proveen cuidados a la persona en situación crítica, el núcleo de la discusión permanece inalterado. Además de eso, se considera que tal intervalo podría ser todavía más interesante, hasta por la comparación con estudio anterior, realizado en 2004 ⁴.

Resultados de la primera etapa

En el análisis de las respuestas del Grupo A, fue usada *a priori* la matriz derivada del trabajo anterior ⁴, con doce categorías: “información”; “acompañamiento de fin de vida”; “decisión del destinatario de los cuidados”, “respeto por la persona”; “sigilo profesional”; “responsabilidad profesional en las actividades

interdependientes”; “responsabilidad institucional”; “distribución de recursos”; “reflexión profesional”; “desarrollo de las tecnologías”; “protección de la salud” e “inicio de vida”.

En este estudio se verificó, en las cuestiones propuestas, la presencia de apenas siete de estas categorías – lo que es comprensible ante la especificidad de la situación crítica de los pacientes, así como el hecho de los enfermeros encontrarse en contexto médico-quirúrgico: información; acompañamiento de fin de vida; destinatario de la información; respeto por la persona; sigilo profesional; responsabilidad profesional en las actividades interdependientes; y distribución de recursos.

Del Grupo A (61 encuestados), podrían ser esperadas 183 declaraciones de cuestiones éticas; pero no todos respondieron tres cuestiones (algunos apenas dos), llevando a un total de 176 declaraciones. Fue usada como técnica de tratamiento de datos el análisis de contenido según Bardin ⁵.

En la categoría “Información” la mayoría de los testimonios dicen respecto a dilemas en la comunicación con el paciente – quien debe dar la información, a quien, en qué situación; siguiéndose la información relativa a “malas noticias” y o fragmentación de la información ante el derecho a la

verdad. Se destacan las dificultades en situación de urgencia y ante la necesidad de transmitir información diagnóstica difícil. Los enfermeros participantes

consideraron ese problema como de mayor agudeza y frecuencia, especialmente cuando hay noticias de muerte o de diagnóstico fatal.

Cuadro 2. Descriptivo de la categoría “Información”

Categoría	Sub categorías	Unidades de registro	Unidades de enumeración (UE)
Información	dilemas en la información	Transmisión de información clínica a enfermos y familia (10)	32
		Transmisión de información diagnóstica a los enfermos (9)	
		Enfermos sin información diagnóstica pregunta al enfermero (4)	
		La familia no quiere que el enfermo se informe sobre su diagnóstico (2)	
		Voluntad de la familia de ocultar los diagnósticos relacionados con enfermedades mal aceptadas en la sociedad actual (2)	
		Decisión del equipo médico de informar a la familia, y no a la persona, sobre su estado de salud (2)	
		Información telefónica solicitada por los familiares (2)	
	mala noticia	Transmisión de información del equipo del Bloque Operatorio para la UCI. Quien provee la información? Que información compartir? (1)	10
		Comunicación de malas noticias (9)	
	problema de la verdad	Información correcta transmitida al enfermo sobre su estado clínico (intoxicación por organofosforados, falencia multi orgánica) (1)	6
		Comunicar la verdad toda o en parte (5)	
		Derecho de las personas a la verdad (1)	
	Total		

En la categoría “acompañamiento en fin de vida”, cuestiones dilemáticas emergieron ante los procesos de morir, y las dificultades derivadas se marcan también por las preguntas sobre (eventual) obstinación terapéutica. Muchas unidades de registro remiten a cuestiones sobre la decisión de intentar o no reanimar, indicadas verbalmente o por registro, así como a las dificultades de consenso o

de establecer criterios para determinar el inicio y la suspensión de las medidas de soporte a la vida. Casos específicos apuntados son los de paciente terminal y de persona que intentó el suicidio. El cuestionamiento en cuanto a la distanasia u obstinación terapéutica aparece asociado tanto a personas en estado terminal como en situación crítica sin pronóstico de recuperación.

Cuadro 3. Descriptivo de la categoría “Acompañamiento en fin de vida”

Categoría	Sub categorías	Unidades de registro	Unidades de enumeración (UE)
Acompañamiento en fin de vida	dilemas ante el morir	Situación de enfermo crítico e indicación verbal de no reanimar (6)	28
		Reanimar, no reanimar – consenso difícil (5)	
		Criterios de inicio y de suspensión de las medidas de soporte a la vida (4)	
		Enfermos en fin de vida, enfermedad terminal – ¿hasta dónde deben ir los procedimientos invasivos? (3)	
		Reanimar y ventilar personas con tentativas repetidas de suicidio (2)	
		Mantener soporte inotrópico en enfermo con indicación escrita de no reanimación (2)	
		Prolongar la vida versus cualidad de vida, cuando la muerte es inevitable (2)	
		En UCI, cliente bajo ventilación mecánica invasiva – crónico, sin posibilidad de desconexión del ventilador (2)	
		Convocar a la familia para asistir a los últimos momentos de vida de enfermo terminal (1)	
		Decisión del equipo médico en prestar “cuidados de confort” (prescritos de esta forma) concomitantes a terapéuticas invasivas (1)	

Categoría	Sub categorías	Unidades de registro	Unidades de enumeración (UE)
Acompañamiento en fin de vida	obstinación terapéutica	Administración de terapéutica de reanimación en pacientes terminales en terapia intensiva y para prolongar la vida (4)	10
		Mantenimiento de los cuidados y terapéutica en clientes con mal pronóstico; prolongación sin sentido de la vida (4)	
		Cliente en falla multiorgánica, en situación extrema, en que se continúa la prolongación del tratamiento sin fin y sin solución posible (1)	
		Intervención invasiva reiterada en enfermo crítico – situación reconocida como complicada (1)	
	Total	38	

En la categoría “responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes (o colaborativas)” se destacan los problemas del trabajo y de comunicación en equipo. Las cuestiones de la contención física y de la inmovilización aparecen como predominantes, tal vez porque también sean parte de las discusiones de la *Circular Normativa de la Dirección General de Salud*⁶. Tales cuestiones suscitan todavía desacuerdos en cuanto a prescripciones o modos de prescribir, especialmente sobre prescripción terapéutica realizada por teléfono, sin la presencia de la persona.

En la categoría “decisión de los destinatarios de los cuidados” están, sobre todo, cuestiones sobre consentimiento y respeto por la decisión expresa del

usuario, cuando ese deseo es conocido. Se considera importante resaltar la especificidad del consentimiento, la extensión dada al consentimiento presumido, la escasez de condiciones para consentir, así como la burocratización del consentimiento, en lo que dice respeto al “papel firmado”. Nótese que la situación de urgencia o emergencia en que los pacientes están podría servir como fundamento para dispensar el consentimiento, especialmente cuando se considera que este levantamiento fue realizado antes de la legislación de 2012 y de la reglamentación de 2014, referentes al “testamento vital”, aunque el asunto ya fuese materia de discusión pública^{7,8} y estuviese determinado jurídicamente⁹⁻¹¹.

Cuadro 4a. Descriptivo de la categoría “Responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes”

Categoría	Sub categorías	Unidades de registro	Unidades de enumeración (UE)
Responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes	trabajo en equipo multidisciplinar	Inmovilización de enfermos – en el servicio de urgencia, en cuidados intensivos (6)	12
		Enfermo agitado – cuadro clínico en que no están indicados sedación, riesgo elevado de caída y/o accidente (2)	
		Contención física de los enfermos que recusan adherir a la terapéutica de ventilación no invasiva (1)	
		Enfermo sometido a cirugía abdominal, desorientado, exterioriza catéteres e intenta levantarse. ¿Puede tener los miembros superiores inmovilizados? (1)	
		Recusar la inmovilización de los pacientes en situación de agitación psicomotora sin prescripción del clínico (1)	
		Demora del médico en aceptar hablar con el enfermo y dificultades en mantener la asertividad y hacer “el puente” (1)	
	en la comunicación en equipo	Indicaciones médicas telefónicas (prescripciones de terapéutica por teléfono) (5)	10
		Desacuerdo entre médico internista y especialista. Prescripciones e indicaciones médicas contradictorias (3)	
		Enfermero recusa efectuar pinchazo de cuatro accesos venosos u otras indicaciones incorrectas (de acuerdo con las guidelines) (1)	
		Cumplimiento o no de indicación médica para tratamiento de heridas, cuando se sabe no ser lo más adecuado (1)	
Total	22		

Quadro 4b. Descriptivo de la categoría “Decisão do destinatário dos cuidados”

Categoría	Sub categorías	Unidades de registro	Unidades de enumeración (UE)
Decisión del destinatario de los cuidados	consentimiento	En situación crítica, no se sabe de la situación clínica, ni del deseo de la persona (5)	10
		Consentimiento informado para realización de procedimientos (traqueotomía, mutilaciones etc.) en enfermos sedo-analgesiadados en cuidados intensivos (1)	
		Decisión multidisciplinaria cuando, en el transcurrir de cirugía, se torna necesario efectuar procedimientos además de los que fueron inicialmente consentidos por la persona (1)	
		Consentimiento informado, firmado por los familiares, para traqueotomía programada	
		Enfermos sedados/ventilados, imposibilitados de manifestar su voluntad. ¿Respetar opinión/voluntad expresa por el conviviente significativo? (1)	
		Consentimiento informado – pacientes que se someten a cirugías o análisis sin saber realmente lo que van realizar, los riesgos y las consecuencias (1)	
	respeto por la decisión expresa	Enfermo pide para no hablar de la enfermedad a la familia – familia quiere saber (3)	10
		Entubar por vía naso gástrica un enfermo que recusa alimentarse, por haber comprometimiento grave de la nutrición(2)	
		¿Por qué no respetar al enfermo cuando manifiesta voluntad de terminar cualquier tipo de tratamiento propuesto? (1)	
		La situación del enfermo que no quiere ser reanimado y de la familia que implora para no dejarlo morir (1)	
		Recusación de transfusión de sangre en enfermos hemodinamicamente inestables	
		Enfermo homosexual – la familia no quiere que el compañero lo visite; el enfermo quiere (1)	
		Cumplimiento de prescripciones médicas contra la voluntad de los clientes (1)	
	Total		

En la categoría “distribución de recursos”, se encuentran las sub categorías de la asignación, específicamente en relación a prioridades y transportes de enfermos, así como las condiciones del ejercicio y, concretamente, la sobrecarga de trabajo (por referida escasez de recursos humanos).

En la categoría “respeto por la persona” se colocan cuestiones sobre las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos y la humanización de los cuidados, especialmente en lo que se refiere a la comunicación terapéutica. Los espacios físicos y la arquitectura de las unidades de cuidados aparecen como condicionantes, así como algunas rutinas establecidas (por ejemplo, retirar la ropa y las pertenencias del enfermo en su internación).

En la categoría “sigilo profesional”, se verifican unidades de registro alusivas a la compartición de información diagnóstica difícil, así como los casos de violencia. Es nítida la dificultad de proteger la información personal en los contextos de las prácticas. Se nota frecuencia mayor de unidades de registro en servicios de urgencia, en que es particularmente difícil proteger la información y garantizar la confidencialidad de la información clínica (principalmente debido a las circunstancias del espacio y a la falta de privacidad física). Las preocupaciones por dilemas entre guardar secreto y compartir información, reflejan situaciones que exponen de manera contundente la idea de *riesgo inminente* (para terceros, como en el caso del HIV, y para sí mismo, como en los casos de violencia doméstica).

Cuadro 5. Descriptivo de las categorías “Distribución de recursos”, “Respeto por la persona” y “Sigilo profesional”

Categoría	Sub categorías	Unidades de registro	Unidades de enumeración (UE)
Distribución de recursos	asignación de recursos	Transporte de enfermo crítico apenas con enfermero (4) – condiciones para no obedecer?	10
		Gestión de la movilidad de los enfermos (para análisis o transferencias externas) (3)	
		Gestión de las prioridades – realizar los registros de enfermería o realizar cuidados, como los posicionamientos en caso de riesgo de úlceras (1)	
		Ocupar camas de UCI con enfermos crónicos cuando otro tipo de enfermo también necesita (1)	
	condiciones del ejercicio	Recomendación de aislamiento de contacto – permanencia en espacio físico reducido, con enfermos y personal circulando (1)	8
		Sobrecarga de trabajo del enfermero – urgencia y UCI (7)	
Total			18
Respeto por la persona	respeto por los derechos humanos	Gestión de la privacidad del paciente en ambiente sin condiciones (5)	12
		¿A quién considerar como persona de referencia del enfermo sedado/ inconsciente? (3)	
		Retirada de las ropas y objetos personales como rutina del servicio (2)	
	humanización de los cuidados	Recomendación de aislamiento de un enfermo – permanencia en espacio físico reducido, con enfermos y personal en circulación (2)	5
Dificultad de establecer comunicación verbal (y no verbal) con pacientes sujetos a ventilación/soporte ventilatorio invasivo; dificultad de establecer relación terapéutica (5)			
Total			17
Sigilo profesional	dilemas del secreto	Comunicación del diagnóstico de HIV, la persona verbaliza que no va compartir con el cónyuge (3)	5
		Persona mayor víctima de violencia por parte de la familia – denunciar o no, aunque el anciano oculte por miedo a la familia y niegue ser víctima (1)	
		¿En caso de violencia doméstica contra la mujer, el enfermero tiene el deber o el derecho de, después de intentar ayudar la persona a denunciar la situación, llevar la denuncia a las autoridades competentes? (1)	
	contextos de las prácticas	En contexto de servicio de urgencia, la dificultad de proteger información sobre las personas (6)	8
		Documentos/proceso del enfermo pasan por las más variadas personas – ¿Cómo es posible garantizar el sigilo? ¿Enfermero y médico son los únicos responsables?	
Pasaje de turno en presencia de los pacientes – con comentarios “aparte”			
Total			13

Se presenta a continuación, en un único cuadro, la sistemática global, con todas las categorías y sub categorías identificadas. La comparación permi-

te evidenciar que tres de ellas presentan frecuencia más elevada, totalizando 61,4% de las declaraciones de los participantes.

Cuadro 6. Categorías y sub categorías de problemas identificados

Categoría	UE	Fi (%)	Subcategorías	UE
Información	48	27,27	Dilemas en la información	32
			Mala noticia	10
			El problema de la verdad	6
Acompañamiento en fin de vida	38	21,59	Dilemas ante el morir	28
			Obstinación terapéutica	10
Responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes	22	12,5	Trabajo en equipo multidisciplinario	12
			Comunicación en equipo	10
Decisión del destinatario de los cuidados	20	11,36	Consentimiento	10
			Respeto por la decisión expresa	10
Distribución de recursos	18	10,227	Asignación de recursos	10
			Condiciones del ejercicio	8
Respeto por la persona	17	9,66	Respeto por los derechos humanos	12
			Humanización de los cuidados	5
Sigilo profesional	13	7,39	Dilemas del secreto	5
			Contextos de las prácticas	8

Primeras conclusiones

Se observa que las categorías de problemas más frecuentes se refieren a la “información”, seguida de “acompañamiento en fin de vida” y “responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes”; las sub categorías con mayor frecuencia de unidades son las de “dilemas en la información”, “dilemas ante el morir” y, *ex aequo*, “trabajo en equipo multidisciplinario” y “respeto por los derechos humanos”.

En cuanto a la categoría “información”, la mayoría de los testimonios se refiere a dilemas en la comunicación – especialmente quien debe informar, a quien y en qué situación –, considerando particularmente la información relativa a las “malas noticias” y la fragmentación de la información frente al derecho a la verdad. En lo que se refiere a personas enfermas, se revelan dificultades, en función de la emergencia ética, en la urgencia de transmitir información diagnóstica difícil (que afecta el ciclo de vida). Del punto de vista humano, la gestión de lo que no se sabe bien cómo decir, torna especialmente compleja la toma de decisión del enfermero.

La categoría “acompañamiento en fin de vida” apunta para aspectos problemáticos evidenciados en los procesos de morir y también para las dificultades ante una posible obstinación terapéutica. Los datos muestran que varias unidades de registro remiten a la decisión de reanimar, indicada verbalmente o por historial clínico, así como la necesidad de consenso para establecer criterios para el inicio y la suspensión de las medidas de soporte a la vida. Ejemplifican esos problemas los casos de los pacien-

tes terminales, así como aquellos que intentaron suicidio. El cuestionamiento en cuanto a la distancia u obstinación terapéutica aparece asociado tanto a personas en estado terminal como en situación crítica sin pronóstico de recuperación.

En cuanto a la categoría “decisión del destinatario de los cuidados”, son visibles las dificultades cuando la voluntad del usuario no es conocida, cuando entra en conflicto con lo que los profesionales consideran ser lo mejor para la persona y, aún, cuando los deseos del paciente y de su familia sean divergentes. Con más frecuencia se destaca la inquietud en cuanto a desconocer la voluntad del usuario, evaluándose que una anticipación podría permitir preguntarle su preferencia, lo que no siempre las circunstancias posibilitan.

Emergen evidencias de confrontación de voluntades, entre la persona cuidada y su familia, o entre los profesionales y los enfermos. Se atribuye la frecuencia de tales conflictos al hecho de que la mayoría de los encuestados ejerce actividad profesional en servicios de urgencia, cuidados intensivos y área médico-quirúrgica, en que se evidencia tendencia a exacerbar los conflictos ante la siempre presente inminencia de la muerte.

En la categoría “respeto por la persona”, las cuestiones de las condiciones para el ejercicio de derechos humanos y para la humanización de los cuidados enfocan en los espacios físicos y en las rutinas establecidas, siendo que la idea fundamental que parece destacarse es la necesidad de adecuación en la gestión del espacio y en la aplicación de las normas.

En la categoría “sigilo profesional” se cruzan aspectos legales y la elección entre guardar secre-

to y compartir información. Aquí, el bienestar de terceros aparece como preocupación central de los profesionales, ampliando el sentido del cuidado, que se extiende del usuario a sus convivientes significativos.

En la categoría “distribución de recursos”, la escasez de personal y la sobrecarga del equipo se resaltan como constreñimiento en el ejercicio de los cuidados, colocando problemas éticos.

Resultados de la segunda etapa

En cuanto al Grupo B, los participantes identificaron las cuestiones éticas a partir de los principios y de los deberes y, en cada pequeño grupo, seleccionaron un caso o una temática para profundizarse.

Nótese que el diseño de investigación intrínseco a la metodología aplicada en estudios de caso, a partir de grupo focal, puede ser conducido con paradigmas bien distintos, objetivando, en consecuencia, propósitos muy diversos¹². En este estudio, el recurso a la naturaleza real del caso, así como las vivencias de los enfermeros (por veces difíciles y no resueltas), visa responder, a la pretensión de comprender y debatir una situación concreta, y por desarrollo de la competencia reflexiva, mejorar la capacidad de resolución en casos futuros. Definido el asunto con los estudiantes, cada grupo eligió un caso representativo. Así, procedieron a la selección por considerar el que era más significativo para el grupo, materializando la complejidad de posibilidades en el proceso de elección.

Los 21 casos elegidos por los grupos de enfermeros fueron, en su mayoría, relacionados a la experiencia clínica (17) y reportan situaciones de acompañamiento en fin de vida (5), consentimiento y recusación de la propuesta terapéutica (3), decisión del destinatario de los cuidados (3), información diagnóstica (3), respeto por la persona (2) y condiciones del ejercicio (1). En algunos grupos, fue elegido lo que se entiende como situación-problema, o sea: la decisión por no reanimación; información y consentimiento; decisión del destinatario y respeto por la persona; y acompañamiento en fin de vida y cuidados paliativos. En esos grupos, los participantes no narraban un caso, pero describían una situación de carácter más general.

Al sistematizar todos los datos recolectados, fue posible percibir que las principales preocupaciones éticas expresadas por los enfermeros se referían a la información, a la persona, al acompañamiento en fin de vida y a la responsabilidad profesional en

intervenciones interdependientes (aquí designadas como “colaborativas”). Las temáticas de mayor frecuencia son decisión de la persona (consentimiento/recusación de propuesta terapéutica), dilemas en la información, actuación ante los procesos de morir, decisión de no reanimación y respeto por los derechos humanos en contextos desfavorables.

Siguen algunos ejemplos elegidos, distinguiendo situaciones-problema, con carácter más general.

Caso A

Hombre, 53 años de edad, ingresó al servicio de urgencia con náuseas, vómitos y pérdida de diez kilogramos de peso en el último mes. Sin antecedentes personales relevantes. Es soltero, sin hijos, vive solo, está consciente y orientado. Después de exámenes complementarios, fue diagnosticada una neoplasia de esófago, siendo transferido para el servicio de cirugía. Ya en la enfermería, es informado por el médico que el tumor es inoperable, y son propuestas terapias con el objetivo de volver a alimentarse y, así, mejorar su calidad de vida. Las sugerencias fueron: colocación de prótesis esofágica o de sonda naso-yeyunal, o yeyunostomía, ambas recusadas por el paciente. Ante la decisión del paciente, el médico decide por el alta.

Caso B

Hombre, 50 años de edad, ingresó al servicio de urgencia, víctima de accidente automovilístico. Inconsciente, presenta fractura expuesta de fémur izquierdo. Se encuentra hemodinámicamente inestable, con necesidad de intervención quirúrgica y probable necesidad de transfusión de sangre. La hija, víctima del mismo accidente, ingresó al servicio, consciente y sin lesiones aparentes; informa que ambos son Testigos de Jehová y, de acuerdo con la religión, no podrá recibir transfusión de sangre.

Caso C

Hombre, 35 años, con accidente cerebro vascular isquémico de 3 años antes. Presenta varios déficits cognitivos y motores. Dependiente en grado elevado en diversas actividades, como alimentación, evacuación, movilidad, entre otras. Debido a sus diversos déficits, no consigue expresar su voluntad. Acostumbra ser acompañado por la esposa y por los padres, que también no informan sobre la voluntad del paciente. Recurrió al servicio de urgencia por cuadro de dificultad respiratoria y vómitos; queda internado por neumonía secundaria por aspiración de contenido gástrico. No hay representante legal

designado por el tribunal. Durante el turno de la noche, tiene un paro respiratorio y el equipo precisa decidir se inicia maniobras de reanimación.

Caso D

Paciente inconsciente, en fase terminal. Es prescrita perfusión de morfina. Los enfermeros se consultan al respecto, porque la persona siempre manifestó rechazo, a lo largo de la enfermedad, la administración de opioides.

Situación A

Formulación de criterios para la decisión de no reanimación.

Situación B

Obstinación terapéutica. Situación-problema: persona bajo cuidados paliativos, en fase terminal, con patología aguda asociada.

Situación C

Personas en estado de urgencia, con especificidades culturales desconocidas de los profesionales de salud, ya sea en términos alimenticios como en cuidados de salud.

Discusión de los resultados

La toma de decisión es compleja, tanto por el análisis necesario, como por las decisiones a tomar y realizar según una secuencia de prioridades, generalmente identificadas de forma rápida. Reconozcamos que, en muchas situaciones de verdadera emergencia (léase *life-saving*), no hay propiamente una secuencia de fases en las tomas de decisión, aunque estén establecidos protocolos o algoritmos, por ejemplo.

Tenemos en cuenta que un algoritmo comprende un conjunto de etapas definidas para llegar a la resolución de un problema, pretendiendo formular determinado número de alternativas frente a los datos presentes para tomar la mejor decisión. Los algoritmos aumentan la brevedad de la decisión y, si bien construidos, reducen los riesgos y aumentan las posibilidades de una decisión adecuada. Por *bien construidos* se entiende, aquellos elaborados en consenso por peritos, basados en la evidencia y en los mejores resultados obtenidos, que hayan sido testeados y asegurada su validez.

La utilización de un algoritmo presupone la adopción de esquema decisorio pre-determinado,

lo más adecuado para cierta situación. Constituyen ejemplos los algoritmos de Soporte Básico de Vida (SBV), Soporte Inmediato de Vida (SIV), Soporte Avanzado de Vida (SAV) y Advanced Trauma Life Support (ATLS). De forma análoga y, al mismo tiempo, diferente, los protocolos, reglamentos o rutinas instituidas, aunque pretendiendo ser organizadoras de los cuidados o del servicio, pueden colisionar con el mejor interés o la voluntad de la persona en causa. Aquí, la apelación es para la ponderación que sustente la deliberación de realizar o no, en situación específica, lo que se encuentra preconizado de manera general.

Uno de los elementos relevantes a tener en cuenta deriva del tiempo de que se dispone; o mejor, de la *duración*, pues no se trata apenas del tiempo cronológico. Hay muchas situaciones en que no se puede demorar la toma de decisión, y la propia demora se revela irreversible, en lo que respecta a las posibilidades de la toma de decisión en cuanto a los rumbos de acción. El tiempo en situación crítica o paliativa es factor determinante, a pesar de que hace bastante diferencia si el equipo y los enfermeros discuten y analizan lo que aconteció, de modo a constituir recurso interno para la toma de decisiones en caso similar que ocurra en momento posterior.

Parece evidente que las problemáticas éticas, no obstante diferencias en las unidades de registro, tienen foco predominante en la *información* (categoría que más aparece en los resultados de 2004 y en los dos grupos de estudio que presentamos aquí). Este es un territorio de problemáticas éticas en los cuidados de salud, ligadas a la decisión y a la autodeterminación del usuario – pues la información constituye recurso para la deliberación y la decisión, por lo que la encontramos estrechamente articulada con el consentimiento. Los estudios¹³ y informes nacionales¹⁴ e internacionales reiteran ese entendimiento y esa preocupación esenciales.

La cuestión del acompañamiento en fin de vida se coloca como otra problemática significativa en las preocupaciones expresadas, así como en la decisión del destinatario de los cuidados. Algunos estudios recientes, como lo de Sandra Pereira¹⁵ y lo de Ana Paula Sapeta¹⁶, se centran en los cuidados paliativos, teniendo relevancia aquellos en la formación de la conciencia bioética en el cuidar, como formulan las investigaciones de Ana Paula França¹⁷ y de Susana Pacheco¹⁸, los de reflexión bioética con referencial antropológico, como el de Ferreira da Silva¹⁹, y el abordaje de las capacidades que permiten conocer, regular, comprender y manejar fenómenos

emocionales de modo a construir y mantener relaciones interpersonales en ambiente afectivo, como se ve en el trabajo de Sandra Xavier²⁰.

Entendemos que los aspectos relacionados a la distribución de recursos humanos se han hecho de forma más aguda en estos últimos años. Eso pone en foco las cuestiones de la justicia en salud y de los cuidados de salud y ancla la reflexión y la discusión en cuanto a la distribución de recursos en una perspectiva de justicia social y equidad. Numerosos estudios²¹ sustentan la teoría de que desigualdad está fuertemente asociada a mortalidad, esperanza media de vida y variación de otros indicadores, siendo que todos reconocen que los modos de organización de los sistemas y la distribución de los recursos afectan el acceso de modo significativo.

Hay que considerar, además, que algunos documentos de perspectiva bioética²² se concentran en esa problemática, con particular enfoque en el acceso a los cuidados de salud y en las dimensiones asociadas (disponibilidad, proximidad, costos, calidad y aceptación). Se destaca, en especial, entre estos aspectos la disponibilidad, considerada como la oferta adecuada de servicios que posibilita la oportunidad de utilizar los cuidados de salud. Parece evidente que, para que una estrategia de reducción de las desigualdades sea exequible, es necesaria que la afectación de los recursos humanos y financieros sea efectuada de acuerdo con la necesidad de las poblaciones, con racionalización de los recursos.

Algunas dimensiones sobresalieron en los discursos, en todos los debates y análisis realizados, y se considera relevante presentarlas de manera sistematizada a seguir:

- a) El sentido (expreso) de responsabilidad, apurado ante situaciones críticas, de urgencia, emergencia y cuidado intensivo, que exigen (del enfermero) decisiones en corto tiempo y cuidados de elevada complejidad, lo que lleva a los aspectos relacionales, culturales y humanos a ser dejados en *segundo plano*, priorizándose los aspectos técnicos con vista al restablecimiento y al aumento de la calidad de vida de la persona enferma. La idea de *segundo plano* representa el establecimiento de prioridades, lo que confiere primacía a la preservación de la vida; por eso, no siempre las cuestiones éticas aparecen en primer plano, aunque, en algunos casos, sean ellas que se imponen para la decisión ante el riesgo real o inminente, especialmente considerando la voluntad expresada del usuario.
- b) Se verifica con alguna frecuencia que es la conciencia moral que influencia de manera determinante la toma de decisión, que arbitra en contextos dilemáticos y mueve la acción, teniendo como base los conocimientos, las habilidades y la experiencia profesional. Se resalta en esa constatación que la pericia requiere conocimiento y experiencia reflexiva y que, en presencia de dilemas éticos, el enfermero elige con base en la deontología profesional, identificando el arbitraje de su propia conciencia moral.
- c) Además de eso, se pueden verificar la constancia y la firmeza de la deliberación de ayudar y proteger al *otro en riesgo de vida*, la cual se hace de tal forma presente, que induce sentimientos, emociones y conflictos en el equipo multidisciplinario. Tales conflictos se materializan en las narrativas profesionales de compasión, gratitud, tristeza, ansiedad, júbilo, alivio; parece que, cuanto más intensa es la percepción de la gravedad del estado clínico de la persona y más bien juiciosa es la resolución (que incluye sentir que se acompañó debidamente quien murió), más congruente parece ser *el sentido de sí* profesional.

El análisis de los cuestionamientos presentados muestra también la emergencia de factores, considerados *mediadores*, que promueven la toma de decisión sentida por los participantes del estudio como *más justa, más correcta o más eficaz*: (a) el soporte del liderazgo de equipo; (b) el diálogo entre los diferentes profesionales en el equipo; (c) la adecuación física y técnica de los locales de prestación de cuidados; (d) el conocimiento del histórico de la persona; y (e) la autoconfianza y autoestima de los profesionales. De esos mediadores se deben destacar la cuestión del conocimiento de la persona y las interrogaciones que se pueden hacer sobre los cuidados prestados a desconocidos, por ejemplo en situación de urgencia, acabados de llegar a las manos de los profesionales.

Algunas situaciones, sistematizadas por los participantes entre episodios que vivieron a gran escala, son narrados como *eventos de superación* – es el caso de transportes de enfermos críticos, de evacuaciones, de salvamentos en sala de reanimación o en situación pre-hospitalaria. Tales eventos se tornan significativos por demandar pericia técnica y científica, y también, habilidad relacional, capacidad ética y sensibilidad humana, congregando un rol de atributos que tienden a desarrollarse con el tiempo y a la medida que se ejercita la buena práctica profesional.

Como conclusión, se aprende que, ante las complejidades de la situación crítica, el foco central

de la acción del enfermero es el *otro en riesgo*, sea en riesgo de muerte, sea cuanto a sus elecciones y decisiones, sea en una forma de morir dignamente. Ocasionalmente, el otro agradece, insulta, ofende – y el sentido profesional juzga el riesgo en la gestión de la decisión, que puede, en el límite, llegar a la negación de cuidados. Mismo en esos casos la preocupación primordial es lo mejor para la persona.

Consideraciones finales

La caracterización de la situación de *riesgo* asume contornos relevantes en ambientes de prestación de cuidados complejos a la persona en situación de *riesgo inminente para la vida* y cuya sobrevivencia depende de medios avanzados de vigilancia, monitorización y terapéutica.

Analizamos las cuestiones éticas identificadas por enfermeros de posgrado en enfermería médico-quirúrgica y procedemos al análisis de categoría temática de las declaraciones y de los casos. Las categorías identificadas fueron: información, acompañamiento en fin de vida, responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes, decisión del destinatario de los cuidados, distribución de recursos, respeto por la persona y sigilo profesional.

Concluimos que las principales preocupaciones éticas expresadas dicen respecto a la información al cliente, al acompañamiento en fin de vida y a la responsabilidad profesional en intervenciones interdependientes. Las temáticas de mayor frecuencia

son las de la decisión de la persona (consentimiento/recusación de propuesta terapéutica), dilemas en la información, actuación ante los procesos de morir y decisión de no reanimación y respeto por los derechos humanos en contextos desfavorables.

Relevamos las dimensiones del sentido de responsabilidad, de la influencia de la consciencia moral en las decisiones, de la deliberación de proteger al *otro en riesgo* y la vivencia de episodios profesionales de superación. Identificamos factores mediadores en la gestión de las dificultades éticas, como el soporte de liderazgo del equipo, el diálogo entre los diferentes profesionales en el equipo, la adecuación física y técnica de los locales de prestación de cuidados, el conocimiento del histórico de la persona, la autoconfianza y la autoestima de los profesionales.

A partir de los resultados identificados, podemos configurar dos tiempos de acción futura: (a) a corto plazo, disseminar y discutir esos resultados en la formación posgraduada y en la reflexión ético-profesional promoviendo el debate ético e involucrando los profesionales de los equipos; (b) la consciencia de los mediadores de la decisión, la compartición de casos y la narrativa de eventos de superación pueden ser estrategias a desarrollar en momentos de reflexión sobre las prácticas y de desenvolvimiento del conocimiento experiencial. Consideramos que será importante estudiar el impacto de esas intervenciones, así como la relación entre la consciencia de sí, las capacidades emocionales y las competencias éticas.

Referências

1. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Transporte de doentes críticos – recomendações. Lisboa: Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos; 2008. p. 9.
2. Ordem dos Enfermeiros (Portugal). Preâmbulo do Regulamento nº 124/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 2ª Série, nº 35, 18 fev. 2011, p. 8.656-7.
3. Zoboli EP, Lima AC, Morales DA, Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. Cogitare Enferm. abr./jun. 2009;14(2):294-303. p. 295
4. Nunes L. Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência; 2005. p. 221-34.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
6. Direção Geral de Saúde (Portugal). Circular normativa: Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes. [Internet]. 2007 [acesso 25 ago 2014]. Disponível: <http://www.dgs.pt/?cr=11390>
7. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (Portugal). Parecer 59/CNECV/2010. Parecer sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. Nunes L, Renaud M, Silva MO, Almeida R, relatores. [Internet]. Lisboa, dez 2010. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273053812_P057_CNECV.pdf
8. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Portugal). Memorando sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. [Internet]. dez 2010. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1293115784_Memorando%20Parecer%2059%20CNECV_DAV.pdf

9. Conselho da Europa. Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina, aberta à assinatura dos Estados-membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997. [Internet]. 2001. [acesso 8 mar 2015]. Disponível: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>
10. Ordem dos Enfermeiros. (Portugal). Código Deontológico do Enfermeiro. [Internet]. 2009. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
11. Ordem dos Médicos. (Portugal). Código Deontológico dos Médicos. [Internet]. 1994. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: https://www.ordemosmedicos.pt/send_file.php?tid=ZmljaGVpcm9z&did=c06d06da9666a219db15cf575aff2824
12. Willis JW. Foundations of qualitative research. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2007.
13. Almeida OMO. O consentimento informado na prática do cuidar em enfermagem. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2007. (dissertação). [acesso 24 ago 2014]. Disponível: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
14. Entidade Reguladora da Saúde. (Portugal). Consentimento informado – relatório final. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; maio 2009. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
15. Pereira S. Cuidados paliativos: confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2011.
16. Sapeta AP. Cuidar em fim de vida. O processo de interacção enfermeiro-doente. Loures: Lusodidacta; 2012.
17. França AP. A consciência bioética e o cuidar. Coimbra: Formasau; 2012.
18. Pacheco S. Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem – uma teoria explicativa. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2011. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7947>
19. Ferreira da Silva JN. A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar. Precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos. Porto: Afrontamento; 2012.
20. Xavier da Silva SM. Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. [Internet]. 2014. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: <http://hdl.handle.net/10451/10565>
21. Furtado C, Pereira J. Equidade e acesso aos cuidados de saúde bem como o estudo do acesso aos cuidados primários do SNS. Relatório (com revisão sistemática). Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2009.
22. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Securing access to health care: a report on the ethical implications of differences in the availability of health services. Volume One: Report. [Internet]. mar 1983. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/securing_access.pdf

