

Autonomía y no maleficencia: experiencia ética en la práctica clínica

Miscán Reyes Ana Lucía ¹, Salazar López M^a Esther ²

RESUMEN

La autonomía y la no maleficencia son los principios bioéticos más vulnerados por los profesionales de la salud en la práctica clínica. Con todas las innovaciones médicas, normas y declaraciones en pro de la protección a la persona, no se ha logrado respetar a los pacientes en toda la dimensión del ejercicio de su autonomía; lejos de ello, cada vez es más frecuente pasar el límite entre el cuidado integral y el mero cumplimiento con los procesos de atención, por ser estos parte de la actividad diaria. El objetivo del presente artículo es analizar las situaciones vividas en el curso de atención al paciente hospitalizado, por una estudiante de enfermería, con la finalidad de reflexionar al respecto y en torno a qué se está haciendo y qué se puede hacer para que los estudiantes puedan afrontar situaciones similares.

Palabras clave: Autonomía; Consentimiento Informado; Enfermería; Perú. (Fuente: DeCS BIREME)

Autonomy and not balefulness: Ethic experience in the clinical practice

ABSTRACT

Autonomy and non-maleficence bioethical principles are violated by most health professionals in clinical practice. With all the medical innovations, standards and statements for the protection of the individual, has not been repeated for patients in all aspects of the exercise of their autonomy, far from it, are increasingly passing the boundary between the care and fulfillment processes Iso with care, as part of the daily activity. The purpose of this article is to analyze the situations experienced in the course of the inpatient care for a nursing student, aiming to reflect on it and about what is being done and what can be done to enable students to face similar situations.

Key words: Autonomy; Informed Consent; Nursing; Peru. (Fuente: DeCS BIREME)

INTRODUCCIÓN

La evolución de la ciencia y la tecnología ha permitido que la atención en salud se desarrolle de un modelo paternalista, a un modelo en que se debería, por un lado, respetar los derechos humanos del paciente y, por el otro, promover los principios bioéticos. Ambos postulados dan especial atención a la autonomía, debido a que ésta capacidad inherente a todo persona, se ha visto particular y frecuentemente vulnerada por los proveedores de salud. A finales del año 2005 la UNESCO propone una declara-

ción que integra la bioética y los derechos humanos, el documento plantea, por ejemplo, que: *Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expresado y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno* (1).

1. Alumna del segundo año académico de la Facultad de Enfermería – Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2. Profesora de práctica clínica del Curso: Atención de Enfermería a la Persona Hospitalizada. Facultad de Enfermería – Universidad Peruana Cayetano Heredia. Maestría en Epidemiología.

Sin embargo, se observa que no es suficiente la implementación de normas, reglamentos o medidas, sino que debe haber un claro compromiso personal por el respeto de estas normas y principios bioéticos y, además, una actitud moral que brinde un cuidado humanitario; la bioética nace en un contexto de intensas innovaciones técnico-científicas en una sociedad pluralista de la cual emergen distintos conceptos de vida y diferentes valores éticos (2).

Parte del proceso de innovación técnico-científica incluye la enseñanza, identificación de conductas éticas y puesta en práctica durante la formación. Esta metodología podría contribuir a que el estudiante incorpore en su futuro desempeño laboral, el respeto de los principios bioéticos y los derechos del paciente.

Es fundamental remarcar que el paciente tiene derecho a ser respetado y a recibir información sobre su estado de salud, de manera que pueda ser comprendida, tomando en cuenta que excepcionalmente, se puede denegar información al paciente, cuando se considere que el conocerla puede poner en peligro su salud o su vida (3). No obstante, el personal de salud debe involucrar al paciente en la decisión y brindarle explicación de acuerdo con su capacidad (3).

El respeto por las personas menciona que los individuos deben ser tratados como seres autónomos (4). La autonomía es la capacidad que tiene todo ser humano de tomar decisiones y determinar aquello que más le conviene, hace mención al concepto de libertad personal, a la voluntad, y a que se le respete sus derechos (3), sin interferencias que pretendan controlarlo y sin limitaciones personales, como lo sería una comprensión inadecuada (3).

Cuando se habla de autonomía aparece implícita la capacidad de decidir sobre lo que le conviene o no a la persona respecto al estado de salud y el tratamiento sugerido por el profesional de salud; de acuerdo con esta explicación, la persona decide, es consiente y accede a tal o cual tratamiento. Bajo este contexto el profesional de la salud emplea el consentimiento informado (CI), para obtener la autorización de la persona para la realización de cualquier procedimiento, naturalmente y como se mencionó antes, el profesional de la salud debe explicar detalladamente y, en un lenguaje sencillo, lo que implica dicho tratamiento, asegurándose de que la persona haya comprendido dicha explicación. Por tal razón el CI es la herramienta principal para que se dé una óptima relación entre el paciente y su médico, con un trato digno, humanitario y educado para el paciente, es además una forma de favorecer la auto-

mía de la persona y dar cumplimiento al derecho que tiene de ser informado clara y verazmente (5).

Esta premisa origina entonces un profundo cambio en esta relación, pasando desde un estilo de relación llamado paternalista o vertical, en la cual la única función del enfermo era obedecer ciegamente las indicaciones del médico, hasta el modelo contemporáneo, en el cual se establece la autonomía del sujeto enfermo como principio ético medular para decidir por sí mismo sobre su vida (5).

La Beneficencia es otro principio bioético y se refiere a ayudar a hacer el bien con la práctica de la medicina en cualquier circunstancia o situación en que se encuentre el paciente. Por otro lado el principio de no maleficencia que es considerado una extensión del anterior, obliga a no hacer daño intencionadamente(4), a no perjudicar innecesariamente al paciente y respetarlo en todo momento, esto incluye hacerlo participe de forma activa durante los procedimientos, exámenes y administración de tratamientos; es necesario para ello, que el personal de salud obtenga, tras una explicación clara y usando un lenguaje sencillo, el consentimiento y cuando sea necesario el asentimiento u ambos, antes de dar la atención.

En el proceso de formación, los estudiantes de pregrado de enfermería, adquieren conocimientos teóricos sobre los principios bioéticos y, en el campo clínico, el respeto y cumplimiento de estos. Parte de la dinámica de trabajo de la estudiante de segundo año, que realiza prácticas preprofesionales en hospitales, es el atender las necesidades básicas y colaborar en el cuidado de los pacientes que la docente asigna, por lo que la/el estudiante focaliza su desempeño en los pacientes asignados, las personas atendidas son adultas y corresponden a los servicios de medicina y cirugía.

Los estudiantes deben aprender a dar atención integral a las personas durante ese proceso puede identificar, situaciones problemáticas sobre bioética, estas situaciones se analizan permanentemente con la docente y se discuten en grupo.

A continuación se presenta dos casos que tienen por objetivo analizar las situaciones vividas por una estudiante de enfermería durante la práctica clínica, con la finalidad de reflexionar al respecto y plantear acciones que permitan ayudarlos a afrontar posibles problemas bioéticos en la práctica clínica.

Reporte de Caso 1

Juana, una señora de 85 años de edad, programada para

ser sometida a una intervención quirúrgica, debía cumplir con los requisitos para dicha intervención, entre ellos, la firma del CI. Sin embargo, el día que ella firmó el documento estuvo sola, ningún familiar la acompañaba cuando estudiantes de una carrera de la salud le pedían que firme, de lo contrario, no sería operada. Durante la exigencia de la firma del documento, no se le explicó los beneficios, ni riesgos del procedimiento quirúrgico, sumado a ello, se obvió datos como el nombre del cirujano a cargo. La paciente no hizo ninguna pregunta, no se dio cuenta que el documento estaba incompleto, ni solicitó la presencia de un familiar para que pueda recibir una explicación más clara. Juana solo se limitó a callar y con una aparente expresión de desconcierto firmó el documento.

Reporte de Caso 2

María de 79 años de edad, como parte del tratamiento farmacológico, tenía prescrito tramadol por vía endovenosa (EV), este medicamento, de acuerdo con la posología, debe administrarse de forma lenta o en perfusión, de lo contrario ocasiona dolor, picazón o ardor en la zona de aplicación y en el tránsito que tiene por la vena, tal y como algunos pacientes lo describen. Sin embargo, la persona a cargo del tratamiento colocó el medicamento directamente vía EV sin diluirlo, lo que causó un dolor intenso en la paciente, quejándose a gritos y pidiendo que por favor detuviera la administración del medicamento. Queja que pareció no afectar a la encargada quien desoyendo el reclamo de la señora, terminó de administrarlo y se retiró.

En ambos casos, como alumna, se intentó intervenir; pero los comentarios y apreciaciones fueron ignorados, ante la impotencia; se acudió a buscar ayuda y asesoría de la docente de práctica. Se logró realizar una presentación clínica con la presencia de la enfermera que administro el medicamento.

DISCUSIÓN

Diversos autores coinciden en que los principios que más se vulneran en el paciente son la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia (6).

En los servicios de los hospitales, sobre todo en el área de cirugía, el principio de autonomía se viola a través del incumplimiento del conocimiento y aceptación del CI (3).

Fernández y Sotelo³ citan que el propósito más importante del CI es una interacción basada en la información, lo que fomenta la confianza en el médico y calma la angustia y el temor por parte del paciente y su núcleo familiar, generalmente generados por desinformación, prejuicio e ignorancia (3).

El CI debe hacerse en forma gradual y reiterada, en un ambiente tranquilo, con suficiente tiempo; en el caso de las intervenciones quirúrgicas, se opta por el consentimiento escrito el cual debe ser normado por la institución (3). Sin embargo, es frecuente que la obtención del CI sea delegada a los estudiantes de medicina, quienes están aún en el proceso de aprendizaje y no han incorporado a su desempeño prácticas de respeto por la voluntad del paciente. Es posible que los modelos que tienen en su entorno haga que repitan estas conductas de la obtención del CI para una intervención quirúrgica, sin preocuparse de que sea comprendido a cabalidad; más aun cuando existen barreras culturales, lingüísticas y asimetría de información entre lo que sabe el profesional de salud y el paciente.

En una investigación realizada en un hospital docente de Egipto (7), se relata como la autonomía de la mujer y su derecho a la información se había desdeñado, cuando durante el interrogatorio no se le permitía a la paciente explicar sus necesidades y problemas de salud, en vez de ello el médico y sus estudiantes no la escuchan. La señora había ido para comunicar que tenía una infección del aparato reproductor y que daba de lactar, sin embargo el médico que se negó a escucharla y además le exigió regresar para le coloquen un DIU.

El proyecto investigó sobre la forma en que la instrucción clínica en obstetricia y ginecología influía en el concepto que los estudiantes tenían de los derechos y la salud reproductiva de las mujeres. El estudio mostró que tres de cada cuatro estudiantes pensaba que las mujeres eran indecisas y necesitaban ayuda para tomar decisiones, y que casi dos de cada tres estudiantes pensaba que las mujeres eran incapaces de entender información compleja (7).

En el primer caso sucede lo mismo, la persona no es escuchada durante la obtención del CI, no se evalúa las interrogantes que tiene y tampoco se busca despejar las dudas que posee, la función se limita a obtener la firma. Además, por lo general, se presume que las personas mayores, que a veces solo tienen instrucción primaria, carecen de la capacidad para decidir respecto a su salud, de allí que se atropella sus decisiones u opciones, bajo el supuesto de que ellas/os no saben lo que es mejor para su salud, esta conducta tiene además un componente social, pues se cree que los ancianos/as son incapaces de decidir, conducta habitual en nuestro medio.

Si bien es el médico quien debe obtener el CI, es la enfermera quien revisa y verifica su conformidad para que el paciente sea admitido en el centro quirúrgico, es también a ella a quien el paciente le pregunta sobre los riesgos de

la intervención y las secuelas de tal o cual tratamiento; la permanencia y cuidado continuo e integral que da la enfermera, genera esa relación especial basada en la confianza y empatía con sus pacientes, siendo esta posiblemente una de las razones por la que el paciente le expresa sus temores con mayor libertad.

El segundo caso presentado, representa una vulneración al principio de no maleficencia, este principio exige comprender a cabalidad las maneras en las cuales un tratamiento médico o atención en salud puede causar daño, la práctica de la no maleficencia exige diferenciar entre daños y equivocaciones porque puede resultar incorrecto decir que una práctica no es equivocada si no causa daño (8). Una intervención puede ser equivocada incluso cuando causa dolor, lesión o incapacidad, siendo esta a veces definida como equivocación inofensiva que de todos modos es contraria a la ética y puede constituirse en una violación a los derechos humanos (8).

Sin embargo, la vulneración del principio de no maleficencia lidia con el ejerciendo de una mala praxis, lo cual tiene además como consecuencia casi inmediata, la violación del derecho del paciente a la salud y a una vida digna.

Quien enfrente a una persona que sufre dolor debe creerle o aceptar su testimonio sobre lo que está sufriendo (6), sin embargo, en el caso presentado, esa premisa parece estar lejana, existe ausencia de un trato humanitario, pues aun con todas las expresiones de dolor que tuvo la paciente, el personal de salud no se inmutó con tales reclamos.

En este caso, la persona se ve afectada por el denominado *dolor innecesario*, definido como el que persiste a consecuencia de un tratamiento inadecuado o por la ausencia de cualquier tipo de medida terapéutica; la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) incluye en sus estándares el control del dolor, con lo que se pretende que el dolor sea considerado un quinto signo vital y por ende debe ser monitoreado. El documento establece que el personal de salud debe tomar todas las medidas para evitar o manejar el dolor (9).

De otro lado, es posible que la edad de la paciente pueda influir en el trato que recibe, a esto se suma que las usuarias del sistema de salud estatal creen que por no tener la opción de escoger, no pueden reclamar. Esta premisa se compara con los hallazgos de estudios realizados en México en torno a pobreza y salud, en él se revela que la condición en la que viven las mujeres -estado de pobreza- es asumido por ellas, en muchos casos, como un estado natural, propio y que por ello no pueden quejarse. El estudio mostró también que el

grupo etario más vulnerable lo constituyen las mujeres mayores de 50 años (10).

El sistema de salud que rige en el Perú ha adoptado un modelo de atención en el que los proveedores de salud creen saber qué es lo mejor o lo que más le conviene al usuario, entonces, bajo ese supuesto, toman decisiones por ellas/os (11). Una de las razones para tal decisión es la inequidad en el conocimiento de información y de poder, que existe entre el proveedor y el usuario/a del servicio. Es posible que el personal de salud conozca sobre autonomía y los derechos del paciente, sin embargo se forma, labora y mantiene una costumbre inveterada de atención, la cual debe cambiar y, corresponde a quienes trabajan en la formación de profesionales, promover otros modelos de atención y crear espacios de diálogo con modelos de comunicación horizontal, de tal modo que se pueda modificar esta costumbre en las nuevas generaciones.

Así también los principios bioéticos se dan para resolver los conflictos que pueden aparecer en el momento de tomar decisiones en áreas biomédicas, Cook (8) sostiene que la bioética ha sido reconocida por abordar dos interrogantes fundamentales: en primer lugar, qué deben hacer, permitir, tolerar o prohibir los individuos y las comunidades humanas en el campo de la biología, especialmente en lo que afecta a los seres humanos existentes y futuros; en segundo lugar, cómo se debe tomar las decisiones para determinar qué conductas son obligatorias, permisibles, tolerables o prohibidas.

Los principios bioéticos son la base que rige el actuar del personal de salud para brindar un cuidado con respeto hacia la vida y la beneficencia del paciente, sin embargo, surge la duda ¿Tendrán la misma importancia para el personal de salud que labora en los diversos hospitales a nivel nacional? En tal caso, la pregunta sería ¿Dichos principios se cumplen en el ambiente hospitalario? Muchos pacientes podrían afirmar que no es así; lo cierto es que hay numerosas situaciones en las cuales se vulneran los principios bioéticos, principalmente el de autonomía y no maleficencia, produciendo en las personas desde incomodidades en los procedimientos realizados, dolorosas aplicaciones debido al suministro de medicamentos, hasta un inadecuado e incompleto CI que limita y genera desconfianza e incertidumbre en la persona.

Se plantea que el personal de salud, particularmente las enfermeras, den cuidados considerando la inclusión y participación activa de los pacientes, cuidados que propicien la autonomía, la toma de decisiones y el respeto a esa decisión.

Como estudiante, es importante reconocer que se está en proceso de formación y que se requiere de manera permanente orientaciones, explicaciones y confrontación de ideas. La búsqueda oportuna de una orientación específica, sumada a una descripción clara y concreta de las situaciones, puede favorecer una retroalimentación objetiva, actualizada y pertinente de información científico – técnica que disipe dudas y evite dilemas éticos, de manera que en un futuro pueda discernirse críticamente para la toma de decisiones, respetando los principios bioéticos.

En el caso de los docentes, el estado de alerta permanente en el escenario práctico y en el aula frente a cualquier estímulo o situación vivida por el estudiante, o la permanente presencia del currículo oculto, puede ayudar a generar reacciones inmediatas y oportunas reajustando, aplicando estrategias y orientando eficazmente, puede contribuirse a formar no solo profesionales, sino personas honestas, probas y éticas, de modo que no se vulneren derechos, principalmente se fortalezca el desarrollo de la sociedad y el país. También se insistirá en la prevención de eventos adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, editor, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Acta de la 33ª sesión de la Conferencia General de la UNESCO; 2005 Oct 19; Paris, FR. Paris: UNESCO; 2006.
2. Boemer MR, Sampaio MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serie en Internet]. 1997 Apr [citado 13 Nov 2008]; 5(2): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200005&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11691997000200005.
3. Fernández-Varela MH, Sotelo MGE. El consentimiento mediante información. Rev Fac Med UNAM. 2000;43(1):6-11.
4. CITI [página en Internet]. Miami: Collaborative Institutional Training Initiative; c200-2009 [citado 2008 May 08]. Historia y principios éticos; [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.citiprogram.org/References.asp?intReferenceID=25859>
5. Ramos RA, Beas NJA, Suro CG, Vasquez CFJ, Machuca MLF, De Alba MP, Becerra ZR, editores. Carta de consentimiento bajo información. Indicador de comunicación médico-paciente. 1ra. ed. Jalisco: Gobierno Del Estado de Jalisco, Comisión de Arbitraje Médico, Universidad de Guadalajara, Hospital Civil de Guadalajara, Universidad Autónoma de Guadalajara, Comisión Estatal de Derechos Humanos, Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, Hospital de Especialidades, ISSSTE; 2006.
6. Collao C, Behn V. El dolor en el niño desde una perspectiva ética. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2003 [citado 2008 Nov. 25];19(2):[aprox. 2p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=17584&id_seccion=754&id_ejemplar=1841&id_revista=62
7. Best K, Devlin E, Sholkamy H. Estudio de casos. Network en Español [serie en Internet]. 2001 [citado 14 Dic 2008];21(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v21_2/NWvol21-2casestudies.htm
8. Cook R, Dickens B, Fathalla MF. Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Profamilia; 2003.
9. Soler CE y Montaner AM[©]C. Consideraciones Bioéticas en el Tratamiento del Dolor. Persona y Bioética [serie en Internet]. 2004 [citado 19 May 2009];8(29):[aprox. 15p.]. Disponible en <http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/personaybioetica/article/view/842/1582>.
10. Hernandez IT, Arenas LM, Treviño-Siller S. «Without Money you're nothing»: poverty and health in Mexico from women's perspective. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2005;13(5):626-33.
11. Best K. Los servicios de salud y la ética. Network en Español [serie en Internet]. 2001 [citado 14 Dic 2008];21(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v21-2/ns2122.html>

Correspondencia

Ana Lucía Miscan Reyes
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Miguel Baquero N.º 251. Breña. Lima 1.
Correo electrónico:

Forma de citar este artículo: Miscan RAL, Salazar LME. Autonomía y no maleficencia: una experiencia ética en la práctica clínica. Rev enferm Herediana. 2009;2(1):47-51.