

BIOÉTICA

Instituto Superior de Ciencias Médicas.
Departamento de licenciatura en enfermería,
Santiago de Cuba

ASPECTOS BIOÉTICOS DEL INGRESO DOMICILIARIO

Lic. Cristina de la C. Santana Soto,¹ Lic. Bertha L. Ricardo Acuña,² Lic. Edelmira Castillo Hechavarría² y Dr. Varán Von Smith Smith³

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio prospectivo en 10 consultorios pertenecientes a la policlínica "Armando García" de Santiago de Cuba, en el que analizaron los aspectos bioéticos que deben tener en cuenta el médico y la enfermera de la familia en el ingreso domiciliario, el cual abarcó desde diciembre de 1995 hasta igual mes de 1996. Se aplicó una encuesta a los 26 pacientes ingresados con esta modalidad de atención, cuyo grupo mayoritario estuvo integrado por menores de 1 año y los de 61 a 80 años. Las visitas domiciliarias se efectuaron con la frecuencia requerida de acuerdo con la prioridad del grupo y afección presentada. Mediante la encuesta realizada al personal médico y de enfermería, se comprobó que sólo el 36 % posee conocimientos sobre los aspectos bioéticos, adquiridos por medio de la literatura especializada, conversatorios y conferencias.

DeCS: BIOETICA; MEDICOS DE FAMILIA; ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA; CUIDADOS DOMICILIARIOS DE SALUD.

No todos los pacientes necesitan ser hospitalizados, también en ocasiones éstos no quieren por diversas razones: a unos les afecta la soledad por hallarse lejos de la familia, algunos rechazan y temen a los modernos equipos, mientras que otros prefieren permanecer en su hogar rodeados del afecto y cariño, bajo la atención de su enfermera y médico de la familia.¹

Dentro de cualquier organización de atención médica, el personal de enfermería es el que mayor contacto mantiene con el paciente, a causa de su importantísimo papel dentro del equipo de salud y porque su efectividad está en los preceptos morales contenidos en la bioética, todo lo cual se encuentra muy relacionado con la calidad de la vida del enfermo.¹

¹ Licenciada en Enfermería. Asistente y Profesora Principal de Enfermería.

² Licenciada en Enfermería. Instructora del Departamento de Enfermería.

³ Doctor en Ciencias Médicas. Asesor. Vicerrector Docente del ISCM-SC.

Hace poco más de 30 años surgieron en el mundo con gran fuerza los problemas de la ética médica, los cuales fueron objeto de discusión por parte de los médicos, religiosos y juristas, entre otros, con tal pasión e intensidad, que desbordaron los límites clásicos e interdisciplinarios, lo que consecuentemente dio lugar al surgimiento de la bioética, término creado por *Potter*, oncólogo norteamericano, para abarcar el estudio de los diferentes conceptos y matices que conforman esta problemática en la actualidad. La bioética comprende la ética médica, pero no se limita a ella. Esta última en su sentido tradicional con los problemas que surge en la relación entre el médico y el paciente.²

En Cuba, la salud se considera uno de los bienes más preciados que tiene el hombre; consecuentemente, el gobierno revolucionario ha llevado a la práctica la decisión política de que la población alcance los más altos niveles de salud posible. La modalidad de ingreso en el hogar se conoce desde tiempos inmemoriales, cuando su aplicación se hallaba limitada a las personas que contaban con suficientes recursos para sufragar los gastos que esto ocasionaba. Con la creación del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia en 1984, surge una perspectiva completamente nueva que permite atención médica domiciliaria continua a pacientes afectados por una enfermedad cuyo diagnóstico, tratamiento y rehabilitación no lo obliga a permanecer hospitalizado, aunque sí en cama y haciendo reposo en el hogar, o en aquellos egresados precozmente del hospital.³

La bioética como disciplina avanza y se define, de manera tal que posee su propia enciclopedia: “Estudio de la conducta humana en el campo de las Cien-

cias Biológicas y la atención a la salud; en la medida que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales, abarca los problemas relacionados con los profesionales de la salud, investigaciones biomédicas, cuestiones sociales relacionadas con la salud pública e individual; pero también va más allá, al estudiar no sólo las relaciones médico-paciente, sino también los aspectos concernientes a la vida de animales y plantas, así como los del ambiente.”⁴

Como la historia de la medicina ofrece gran apoyo para comprender a la Bioética y hacer más racional su aplicación, actualmente se discuten 3 aspectos fundamentales, de los cuales se explicarán algunas variantes.⁵

Beneficencia: significa hacer bien y proporcionar bienestar; incluye la contrapartida de no hacer daño: no maleficencia.

Justicia: principio muy amplio que estaría condicionado en gran medida por la formación socioeconómica que la determina; no obstante, puede decirse que este principio obliga a garantizar una distribución justa y equitativa de los servicios de la salud.

Autonomía: se refiere a la conservación de la libertad de acción y autodeterminación del paciente.

Consecuentemente, para poner en práctica estos principios bioéticos, es preciso ser integrales, dado que en la América Latina y el Caribe, se considera una disciplina naciente, por lo que se impone valorar la importancia que tiene su cumplimiento para el personal de enfermería; de ahí la motivación para emprender un estudio exploratorio en el terreno sobre los aspectos bioéticos que se tendrán en cuenta por la enfermera en el ingreso domiciliar.

MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el área de salud correspondiente a la policlínica docente "Armando García" del municipio Santiago de Cuba, desde diciembre de 1995 hasta igual mes de 1996. El universo estuvo constituido por el conglomerado poblacional de 10 consultorios médicos de la familia, con los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 18 mientras que la muestra incluyó a 26 pacientes que recibieron ingreso domiciliario durante el período investigado, así como a 25 médicos y 23 enfermeras que brindaron su atención.

Para la obtención de los datos se revisaron las historias clínicas individuales y los antecedentes de salud familiar de cada uno de estos pacientes. Se seleccionaron las variables edad, sexo, causas del ingreso, evolución y grado de satisfacción, mientras que la información se completó mediante entrevistas a los propios pacientes y sus familiares, para lo cual se utilizó un modelo de encuesta dirigido a conocer el estado de opinión de la población, de médicos y enfermeros y la identificación de algunos aspectos que pudieran incidir negativamente en dicha atención.

Una vez obtenida la información necesaria se procesó por el método manual de los palotes y se confeccionaron tablas estadísticas para el análisis de los resultados.

RESULTADOS

De los 10 consultorios del médico de la familia incluidos en el estudio, fueron visitados 26 pacientes que necesitaban el ingreso domiciliario, de ellos, 18 del sexo femenino y 8 del masculino, con un predominio del grupo etéreo de 62 a 80 años (40 %), seguido en orden de frecuencia, con el 20 % para cada uno, por los de 21 a 40 y los menores de 1 año, estos últimos priorizados en este tipo de atención (tabla 1).

En las encuestas que se realizaron tanto a pacientes como a familiares, ellos manifestaron su preferencia por esta modalidad de ingreso, que resulta más cómoda y permite una evolución favorable. Entre las afecciones normadas para el ingreso en el domicilio, la mayor frecuencia correspondió a las enfermedades crónicas no transmisibles con el 54 %, seguidas por las infecciosas con el 34 % (tabla 2).

TABLA 1. *Distribución de pacientes según grupos de edades*

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
Menos de 1	2	3	5	20
1-20	2	1	3	12
21-40	6	-	6	20
41-60	1	1	2	8
61-80	7	3	10	40
Total	18	8	26	100

Fuente: Historia clínica familiar.

TABLA 2. Distribución de pacientes según edad y afección que motivó el ingreso

Afección	Menos de 1	Edades (años)				Total	%
		1-20	21-40	41-60	61-80		
Enfermedades crónicas no transmisibles	-	-	4	2	8	14	54
Enfermedades infecciosas	5	3	-	-	1	9	34
Trauma craneal	-	-	-	-	1	1	4
Alto riesgo obstétrico	-	-	2	-	-	2	8
Total	5	3	6	2	10	26	100

Fuente: Historia clínica familiar.

El equipo que atendió a estos pacientes estuvo representado por 25 médicos y 23 enfermeras, quienes mantuvieron actualizados los registros existentes para tales casos y realizaron acciones educativas con la totalidad de la muestra.

Las visitas domiciliarias se llevaron a cabo con la frecuencia requerida de acuerdo con la prioridad del grupo y su afección: 17 (65 %) diariamente y 9 (35 %) 2 veces al día. Tanto pacientes como familiares consideraron buena la atención, así como la atención médico-paciente (tabla 3).

TABLA 3. Distribución de pacientes según frecuencia de visitas

Frecuencia de visitas	Número de pacientes	%
Diaria	17	65
2 veces al día	9	35
Total	26	100

En conocimiento de los aspectos bioéticos por parte del personal médico y de enfermería estuvo presente en 10 de los encuestados (38 %), pues aunque es un gru-

po de graduados jóvenes, tienen un mayor conocimiento de la ética médica, recibido durante su formación mediante literatura en el 64 %, en conferencias en el 24 % y conversatorios en el 16 %; ello demuestra el interés que existe por conocer y aplicar esta disciplina, que está revolucionando el quehacer diario de la medicina moderna (tabla 4).

TABLA 4. Formas de adquisición de conocimientos

Forma	Número	%
Literatura	38	95
Conferencia	10	5
Total	48	100

DISCUSIÓN

El autocuidado y la atención domiciliar por profesionales de la salud, representan hoy día la mayor parte de la atención sanitaria que se proporciona en Cuba. El tiempo que pasa una persona en el hospital por afecciones graves resulta menor que el 10 % del total de años

de vida; así pues, es evidente la necesidad de preparar a las personas para que puedan cuidar de sí mismas mediante la comprensión de su organismo, el significado de la salud y lo que pueden y verdaderamente tienen que hacer en su propio beneficio.

La familia constituye el centro -cada vez más importante- en la prestación de servicios de salud a sus miembros, así como la promoción del nivel funcional óptimo de cada uno de ellos, bajo la guía y orientación del binomio médico y enfermera de la familia. La evolución de las afecciones crónicas suele ser lenta, por lo que la enfermera debe ser capaz de comprender y enfrentar la situación; en tal sentido en dependencia del papel que escoja, actuará como mediadora, continuadora, interesadora, suministradora de cuidados y maestra por excelencia.⁶

En mayo de 1973, se aprobó el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras, en el que se postularon 4 responsabilidades fundamentales:³

- Promover la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

En el cumplimiento de estas premisas la enfermera dará prioridad al respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano; brindará servicios al individuo, la familia y la comunidad sin hacer distinción de personas a la hora de realizar sus funciones; deberá crear y mantener las mejores relaciones con la sociedad y sus compañeros de trabajo en las actividades que requieran su concurso y tendrá en cuenta su constante superación.⁷

Las actividades que desarrolla son de suma importancia para ayudar a la familia para identificar y recibir el cuidado, la educación y los servicios adecuados.

La enfermería como profesión exige la disposición de auxiliar a las personas

y está obligada a aceptar el derecho que tiene el paciente de tomar sus propias decisiones, contribuir a prepararlo para enfrentar las consecuencias y ayudarlo a identificar cómo y dónde pueden obtener ayuda cuando lo necesite o deseen. Dentro de los límites reales la enfermería presta atención y efectúa análisis según las necesidades de los pacientes, apoyada en su conocimiento científico y especializado, así como en otros miembros del equipo de salud.^{8,9}

En el ingreso domiciliario resulta de gran utilidad que el personal médico y de enfermería posean conocimientos de bioética. Las acciones de enfermería se realizaron en la totalidad de los casos y estuvieron basadas en los principios de la ética médica, disciplina de mayor conocimiento por el personal médico y de enfermería de la medicina familiar. Entre los pacientes encuestados predominaron los del sexo femenino y los del grupo etáreo de 16 a 80 años, seguidos por los menores de un año.

La mayor incidencia correspondió a las enfermedades crónicas no transmisibles a las que siguieron las infecciosas.

Los conocimientos de bioética que posee el personal médico y de enfermería son mínimos, adquiridos mediante literatura, conversatorios y conferencias. Sólo alcanza el 38 % de los conocimientos, y coinciden con los resultados obtenidos por *López Reyes*¹⁰ 1996.

Las visitas realizadas a los consultorios y a las viviendas de los pacientes contribuyeron a ampliar los conocimientos sobre aspectos bioéticos.

Por todo lo antes expuesto se considera de gran importancia incluir aspectos de bioética en las actividades docentes de los médicos y enfermeras, e incrementar la divulgación, en el nivel primario de atención, de los cursos de posgrado sobre bioética, a fin de garantizar los conocimientos de esta disciplina.

SUMMARY

A prospective study was carried out in 10 physicians' offices of "Armando García" polyclinics in Santiago de Cuba, with the aim of analyzing the bioethical aspects that the family physicians and nurses should take into consideration in the home care situation. The study covered from December 1995 to December 1996. The twenty-six patients who were provided home care were surveyed. The majority was composed by 61-80 y age group and under one-year olds. Home visits were paid at required frequency according to the priority given to the group and the disease. The survey made among the medical and nursing staff proved that only 36% of them has adequate level of knowledge on the bioethical aspects, knowledge acquired mainly from specialized literature, talks and conferences.

Subject headings: BIOETHICS; PHYSICIANS, FAMILY; COMMUNITY HEALTH NURSING; HOME NURSING.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La nueva concepción europea de bioética. Madrid: Aceprensa, 1995:8-11.
2. León Correa FJ. Dignidad humana, libertad y bioética. Bioética y reproducción humana. Cuad Bioet 1992;4(2):96-8.
3. Médicos, pacientes y sociedad. Derechos humanos y responsabilidad de los médicos. Buenos Aires: Asociación Mundial de Psiquiatría, 1998.
4. Cambell CS. El significado moral de la relación para la bioética. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):406-13.
5. Dickens BM. Tendencias actuales de la bioética en Canadá. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):524-30.
6. Piwonda de AMA, Bustos DI, Gaeta QE, Urrutia BM. Saber bien para hacer bien. Bol Of Sanit Panam 1990; 108 (5-6): 426-30.
7. OPS. La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales. Washington, DC: OPS, 1999 (Publicación Científica; No. 375).
8. Vélez Carrera LA. La ética médica:interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1987:221-9.
9. Reyes López M, Ríos Pacheco M, Hidalgo de Paz A. Exploración de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería del hospital clínicquirúrgico de Cienfuegos. Rev Cubana Enferm1997;13(1):20-4.
10. Pérez Fuentes G. El derecho al consentimiento informado. Cuand Bioet 1996;7(25):61-2.

Recibido: 27 de octubre del 2000. Aprobado: 18 de enero del 2001.

Lic. *Cristina de la C. Santana Soto*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba.