

Cuestionar las indicaciones médicas: un marco bioético

ERIC VOGELSTEIN, PhD

Como enfermeras, a veces nos preguntamos: “¿Qué debería hacer con esto?”. Buscamos consejos, el apoyo y el consenso de nuestras compañeras cuando nos encontramos ante situaciones complejas. Los especialistas en bioética deberían formar parte del equipo de asesoramiento a enfermeras cuando estas se enfrentan a dichos problemas. Aunque a menudo no son profesionales médicos, estos especialistas pueden ofrecer un punto de vista o una perspectiva diferente que añade más información para el pensamiento crítico. En el campo de la bioética, buscamos respuestas a preguntas difíciles de responder desde un punto de vista moral en la salud y las ciencias biológicas, aplicando teorías éticas a casos, visiones prácticas y políticas complejas. En el artículo que presentamos a continuación abordamos cómo deberían proceder las enfermeras cuando se cuestionan la seguridad o la conveniencia de una indicación médica emitida por un profesional sanitario.—Alison M. Colbert, PhD, PHCNS-BC

CUANDO UNA ENFERMERA piensa que una indicación médica concreta no responde a los intereses del paciente, tiene la obligación ética de cuestionarla y discutirla con el médico o profesional que la ha prescrito. Una enfermera nunca debería cumplir una indicación médica que considere insegura o que probablemente causará daños graves^{1,2}. Sin embargo, en algunos casos, una indicación médica no puede tildarse de insegura, pero aun así, la enfermera puede considerarla incorrecta. Aunque la indicación médica esté dentro de las prácticas médicas aceptables, tal vez el paciente salga de algún modo más perjudicado en comparación con otra alternativa. La obligación ética de la enfermera en estas situaciones no siempre está clara.

En este artículo hablamos de cómo la aplicación de un marco de toma de decisiones basado en un rango de urgencia puede ayudar a las enfermeras a tomar buenas decisiones cuando se encuentran ante una indicación médica cuestionable emitida por un médico u otro profesional sanitario con autoridad para prescribir.

Un primer paso adecuado sería una consulta y una discusión inicial colaborativa. ¿Pero qué sucede cuando la comunicación falla, cuando la explicación del profesional no es convincente o, en casos de urgencia, cuando no hay tiempo para discutir? ¿Debería una enfermera cumplir una indicación médica que según ella no constituiría el mejor tratamiento? Las obligaciones éticas en esas situaciones no son tan claras si:

- El beneficio de una indicación médica alternativa puede quedarse corto para el paciente.
- Hay una posibilidad legítima de que la enfermera esté equivocada.
- El paciente puede salir perjudicado si se retrasa el tratamiento prescrito.

Considerar el rango de urgencia

Las enfermeras pueden aplicar un marco de toma de decisiones general para determinar la mejor respuesta en estas situaciones difíciles. Esto no ofrece una solución predeterminada ni una fórmula para obtener una respuesta clara de sí o no en cualquier situación, sino un modo de pensar críticamente en los casos en que una enfermera duda de la indicación médica de otro profesional. Descrito por primera vez por Martin Benjamin (un especialista en bioética) y Joy Curtis (una enfermera), el marco se basa en lo que definieron como *rango de urgencia*¹.

La idea es sencilla: considerar un rango de situaciones desde la menos urgente (un retraso de los cuidados no perjudicaría al

paciente) hasta la más urgente (un retraso de los cuidados perjudicaría gravemente al paciente). Estos autores indican que la decisión de abstenerse de ejecutar una indicación médica depende de dónde se ubique en el rango de urgencia. Cuanto más urgente sea el caso, más sólidos serán los motivos de la enfermera para ejecutar la indicación médica. En casos suficientemente urgentes, las razones para implementar una indicación médica pesan más que las razones en contra.

El marco de Benjamin y Curtis respalda una visión ampliamente aceptada que es perfectamente válida para abstenerse de ejecutar una indicación médica en casos de poca urgencia si la enfermera cree que dicha indicación médica no vela por los intereses del paciente. En esos casos es adecuado “reflexionar, recopilar más datos, debatir y discutir”¹. Como la espera genera poco daño y puede dar lugar a un beneficio potencialmente significativo, esta respuesta sí vela por los intereses del paciente. La enfermera puede pedir aclaraciones sobre la justificación de la indicación médica y, si conviene, argumentar en contra de ella. Luego, el otro profesional puede responderle. La discusión posterior (idealmente) dará lugar a una resolución, ya sea que una parte ceda o que las partes se den cuenta de que las dos posiciones son parcialmente correctas y de que el tratamiento puede proseguir. Hay poco que perder en este proceso en casos de poca urgencia.

Por ejemplo, imaginemos que una paciente llega a urgencias con un corte profundo en el pie. Ella misma califica la intensidad del dolor de 4 sobre 10 y el médico de urgencias le receta un analgésico opiáceo. No obstante, la paciente ha revelado a la enfermera que actualmente está recuperándose de la dependencia a los opiáceos y que ya lleva 8 meses sin

consumirlos. La enfermera sospecha que el riesgo de recaída puede pesar más que los beneficios analgésicos de los opiáceos en este momento y que para esta paciente sería mejor consultar a un especialista en dependencia de sustancias antes de iniciar la medicación.

A pesar del dolor moderado de la paciente, esta situación se ubica en el nivel bajo-medio del rango de urgencia, de modo que la enfermera tiene tiempo de plantear preguntas legítimas y retrasar la ejecución de la indicación médica. La enfermera puede preguntar si el médico conocía los antecedentes de la paciente de trastorno por consumo de opiáceos y si se plantearon analgésicos alternativos. Si no, la enfermera puede comunicar al médico que la paciente prefiere otras opciones para aliviar el dolor antes que la administración de opiáceos. Procediendo de este modo, tanto la enfermera como la paciente pueden contemplar un análisis de riesgos y beneficios de tratamiento del dolor frente a la posibilidad de recaída, y valorar los beneficios de retrasar la administración de un analgésico opiáceo hasta que se hayan probado alternativas menos adictivas.

No obstante, en algunas situaciones, una discusión larga sobre una indicación médica o el retraso de su ejecución podrían ser peligrosos. Alguien debe tomar la decisión en casos urgentes —o, si los pacientes son capaces de tomar la decisión y hay tiempo para ello, facilitar el proceso de consentimiento informado y recomendar tratamientos. Legalmente, los médicos y otras personas con autoridad para prescribir tienen esa responsabilidad, por su formación y su experiencia³. En casos de mucha urgencia, cualquier acción que exceda un interrogatorio inicial relativamente rápido de un posible error pone en riesgo la seguridad del paciente. Puesto que retrasar la atención probablemente sería peor que un plan de tratamiento subóptimo pero no inseguro, lo mejor para el paciente es ejecutar la indicación médica a su debido tiempo¹. Al proseguir con el tratamiento, puede iniciarse una discusión más en profundidad con el médico¹.

Por ejemplo, imaginemos que un médico recomienda cirugía inmediata a un paciente de 75 años con apendicitis aguda. Por los riesgos que conlleva la cirugía para las personas mayores, una enfermera opina que el mejor tratamiento global es administrar inmediatamente antibióticos por vía intravenosa y evitar una operación quirúrgica arriesgada. Debido a las consecuencias graves que podría causar un retraso en la atención, este es un caso de alta urgencia. A pesar de lo que la enfermera piense sobre los riesgos de la cirugía para este paciente, la cirugía no está fuera del marco de una práctica médica adecuada. Aunque la enfermera opine que la cirugía no es la mejor opción posible, el médico tiene el derecho y la obligación de sopesar los riesgos y beneficios de la cirugía para el paciente en cuestión. En este caso, lo correcto sería que la enfermera preparase al paciente para la cirugía tras un breve interrogatorio inicial. Iniciar una larga conversación sobre si los antibióticos serían mejores que la cirugía o acudir a las altas instancias retrasaría los cuidados, y esto podría ser más perjudicial para el paciente.

Cada caso en particular debería ser analizado según criterio de la enfermera a la hora de evaluar qué grado de urgencia tiene la situación. Determinar el nivel de urgencia necesario para implementar una indicación médica con la que la enfermera no está de acuerdo también debería ser analizado según su buen criterio. Aunque las enfermeras pueden tener diferentes opiniones sobre dónde poner el límite, el rango de urgencia ofrece una guía racional para la toma de decisiones.

Aplicar el buen criterio

Este marco no supone que las enfermeras sigan órdenes a ciegas en casos de alta urgencia, como tampoco debe aplicarse a indicaciones que la enfermera sabe que no son seguras, ni siquiera en situaciones de alta urgencia. Si la indicación médica supone un perjuicio significativo para el paciente, la enfermera debería abstenerse de ejecutarla sin importar el grado de urgencia. Implementar una indicación médica que no es segura será peor que el retraso de la

atención. No obstante, puede ser complicado diferenciar cuándo una indicación médica alcanza el grado de insegura de cuando simplemente no es la mejor opción para el paciente, lo cual es otro tipo de decisión que puede que la enfermera deba tomar.

Por último, el marco deja margen para cuestionar brevemente las indicaciones médicas seguras en casos de alta urgencia. Debemos hacer la distinción entre cuestionar una indicación médica, como por ejemplo pedir que expliquen el motivo o expresar cierto grado de discrepancia, y abstenerse de ejecutar una indicación médica. En algunos casos de alta urgencia puede que haya un poco de tiempo para cuestionar una indicación médica, pero debe calibrarse la exhaustividad y el grado de cuestionamiento, en parte, según la urgencia de la situación.

Discrepancias clínicas frente a éticas

Hasta ahora nos hemos centrado en discrepancias clínicas en las que las enfermeras y los médicos disienten sobre un asunto clínico respecto a la medida más conveniente para el paciente, pero ¿qué hay de las discrepancias éticas? Una discrepancia ética es una disputa sobre la moralidad de un acto concreto basándose en una comprensión mutua de los aspectos clínicos y fácticos del caso. En estos casos, ¿también corresponde aplicar el rango de urgencia?

Pongamos por caso una situación en la que un paciente competente ha solicitado claramente una indicación médica de no reanimar (DNR, *Do Not Resuscitate* o no me reanimen), pero el médico se ha negado a redactarla porque cree que el paciente se está equivocando con esa decisión. Cuando la enfermera pregunta al médico por qué no redactará una indicación médica de no reanimar, el médico aduce que las posibilidades de recuperación después de la reanimación cardiopulmonar son relativamente buenas para este paciente. La enfermera está de acuerdo con el médico en ese punto. De hecho, la enfermera no discrepa con el médico en ningún hecho clínico, médico o científico relacionado con el tratamiento de este paciente. El desacuerdo radica en si practicarle una

reanimación cardiopulmonar es moralmente correcto. El motivo del médico para no redactar la indicación médica de no reanimar es abiertamente paternalista, y la enfermera cree que el paternalismo no es ético, sobre todo en casos de rechazo del tratamiento por parte de pacientes adultos y con todas las capacidades.

Si el paciente sufre un paro cardíaco en presencia de la enfermera, será un caso de extrema urgencia. Según el rango de urgencia, la enfermera llevará a cabo una reanimación cardiopulmonar cuando corresponda siguiendo la política y la legislación del hospital que exige una reanimación cardiopulmonar en ausencia de una indicación médica de no reanimar. Aun así, antes de que el paciente sufra una crisis, la enfermera podría (y probablemente debería) hacer una consulta en materia de ética para defender los deseos del paciente. Si el paciente sufriera un paro antes de hacerlo, muchos dirían que sería éticamente adecuado para la enfermera negarse a ejecutar la reanimación cardiopulmonar a pesar de las posibles implicaciones legales, porque el paciente rechazó dicho tratamiento de manera clara y con todas las capacidades. Tales situaciones indican que el rango de urgencia solamente puede aplicarse a las discrepancias clínicas, no a las éticas.

Una parte consustancial del rango de urgencia es la consideración de una persona de autoridad en el ámbito de la disputa. Así, se puede minimizar o prevenir cualquier daño grave causado por un retraso de los cuidados. En casos de disputas que conlleven decisiones médicas, el médico tiene experiencia y autoridad para tomar la decisión. Sin embargo, si se trata de disputas éticas, ni los médicos ni las enfermeras tienen ese tipo de autoridad —dicho de otro modo, un médico no tiene más perspectiva o experiencia ética que una enfermera.

En consecuencia, parece que el marco del rango de urgencia no se puede aplicar a discrepancias puramente éticas. Las enfermeras deben aplicar el marco solamente a las cuestiones clínicas y deberían sentirse más libres a la hora de negarse a ejecutar órdenes cuando todos los hechos clínicos están acordados y el conflicto es de naturaleza puramente ética.

Equilibrar los riesgos y los beneficios

A veces las enfermeras no están conformes con las indicaciones de los médicos, ni siquiera después de una discusión colaborativa. Como los retrasos de los cuidados pueden provocar daños en los pacientes, es útil contar con un marco

general para decidir cuándo es adecuado abstenerse de cumplir una indicación médica. El marco de un rango de urgencia equilibra los riesgos de un retraso de los cuidados con los beneficios de corregir una indicación médica que tal vez no vele por los intereses del paciente.

Aunque este marco es subjetivo en cierta medida, ofrece una base racional y ética para esas decisiones, sobre todo en casos de alta urgencia. Las enfermeras deberán decidir en función del caso si los beneficios de la atención al paciente mejorada superan los riesgos de un retraso en los cuidados, pero el marco del rango de urgencia puede ofrecer orientación en una gran variedad de situaciones clínicas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamin M, Curtis J. *Ethics in Nursing: Cases, Principles, and Reasoning*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2010.
2. Reuter C, Fitzsimons V. Physician orders. *Am J Nurs*. 2013;113(8):11.
3. May T. The nurse under physician authority. *J Med Ethics*. 1993;19(4):223-227; discussion 228-229.

Eric Vogelstein es profesor adjunto en la Escuela de Enfermería y en el Departamento de Filosofía de la Duquesne University de Pittsburgh. Alison M. Colbert es profesora adjunta en la Escuela de Enfermería de la Duquesne University en Pittsburgh y coordinadora de la sección *Ética en acción* en *Nursing2019*.

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.

