

EPIDEMIA DE GRIPE

Dotación de personal para desastres

Hace poco, la supervisora de enfermería me llamó al amanecer y me preguntó cómo estaba. Cuando le contesté que me encontraba bien, ella me dijo que tenía que presentarme a trabajar —a pesar de que había organizado, hacía meses, disponer de este día libre para una celebración familiar—. Resulta que casi un tercio del personal de enfermería estaba con síntomas de gripe.

A mí no me importó ir, pero estoy disgustada respecto a lo que pasó cuando llegué al trabajo. Aunque yo soy una educadora en diabetes, fui asignada a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La enfermera que estaba al cargo me echó un vistazo y gritó, “Esto es absurdo. Tú no estás cualificada para trabajar aquí. Siéntate ahí, contesta las llamadas telefónicas y estate quieta”. ¡Yo estaba furiosa!

Sé que el comportamiento de la enfermera que estaba al cargo fue poco profesional e injusto desde el punto de vista ético. ¿Debería haber escrito un informe de incidencias?—L.V., DELAWARE.

Atribuya lo que sucedió al estrés y a la tensión en medio de una crisis epidémica y de dotación de personal. Un informe de incidencias no es adecuado porque sus intereses son personales, no están relacionados con los cuidados al paciente.

¿Perdonar y olvidar? El perdón es una buena cosa. Pero no olvide este suceso que ha puesto de manifiesto, con claridad, la necesidad de una buena planificación de dotación de personal para emergencias y una comunicación mejor entre la dirección y el personal. Por ejemplo, antes de que usted llegara a la UCI, la enfermera supervisora debería haberles explicado, tanto a usted como a la enfermera al cargo de la UCI, por qué había tomado esta decisión de asignación de personal (básicamente, no tenía otra opción) y de qué tipo de tareas debería encargarse usted (como ayudar a la



enfermera en cargo con tareas delegadas) de acuerdo con su experiencia y su formación. (Además, la supervisora podría pensar en la posibilidad de enviar a la enfermera al cargo de la UCI a formación en gestión y asesoría psicológica para el tratamiento del estrés; estresada o no, ella nunca debería haberle hablado de una forma tan grosera.)

En cuanto al problema de la dotación de personal para emergencias, ésta es una oportunidad evidente para mejorar la calidad en su hospital. ¿Incluye el plan de desastres de su institución la gestión de enfermedades del personal inesperadas y considerables? La formación cruzada es un método para fijar un conjunto de competencias esenciales que todos los miembros del personal asistencial serán responsables de realizar en cualquier unidad asistencial. Comparta sus inquietudes con su gestora de enfermería antes de que estalle otra crisis.

TRATAMIENTOS POCO ORTODOXOS

¿Los fines justifican los medios?

En “Prácticas cuestionables: ¿norma ética o avestruz?”, usted aconsejaba a una enfermera de oncología que fuera cautelosa al respecto de trabajar con médicos que cultivan su propia marihuana para el consumo de sus pacientes y recomendaban terapias complementarias poco

ortodoxas, como la terapia magnética, la iridiología y la reflexología (*Problemas éticos*, junio 2003). Yo creo que los fines deberían justificar los medios para los pacientes que se están muriendo. Las terapias complementarias pueden funcionar o no, pero sí pueden ofrecer alguna esperanza a un paciente. Incluso si éstas desencadenan, simplemente, el efecto placebo, pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

Además, estoy de acuerdo en dar marihuana para el alivio de los síntomas porque los pacientes dicen que funciona mejor que la fórmula farmacéutica. Fumar marihuana es un tema conflictivo, solamente porque el gobierno dice que es ilegal.

¿Cómo puede usted justificar la denegación de un tratamiento racional a un paciente que sufre o está muriéndose?—C.C. ILLINOIS. Estoy de acuerdo con usted en que mantener la esperanza es importante para los pacientes que tienen una

enfermedad terminal. La utilización de tratamientos no tradicionales como *complementarios* (en lugar de como alternativos) a una asistencia médica y enfermera correcta tiene efectos beneficiosos, sin duda alguna, para muchos pacientes. Pero yo no puedo estar de acuerdo en que los fines justifican los medios. Engañar a un paciente no es correcto jamás, incluso si un placebo produce un efecto beneficioso de forma transitoria.

A mí me preocupan varias cosas al respecto de emplear terapias que no han sido comprobadas, para favorecer la esperanza o desencadenar una respuesta placebo. Por ejemplo, ¿qué información se le da a un paciente sobre la posibilidad de que un método no tradicional dé o no buenos resultados? ¿Se le explica que no es un método curativo? ¿Da el paciente el consentimiento *informado* para el tratamiento?

¿Y qué sucede cuando el método no tradicional deja de producir el efecto placebo o fracasa y no produce ningún efecto? ¿No estará el paciente peor que antes, desanimado y desilusionado con sus cuidadores?

En cuanto al consumo de marihuana, yo nunca le he aconsejado a una enfermera que se sitúe por encima de la ley. Así es que, si usted cree que la ley es injusta, trabaje para cambiarla.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desconcertada respecto de las exploraciones vaginales

Hace poco vi un programa de televisión sobre la formación médica en el que los estudiantes de medicina estaban aprendiendo a hacer exploraciones vaginales en mujeres que habían sido anestesiadas para cirugía ginecológica. Las pacientes no habían dado su consentimiento para que los estudiantes de medicina hicieran prácticas con ellas y nunca se les dijo que se les habían hecho las exploraciones. Esto pasa a todas

horas en el hospital donde trabajo. La justificación es que las pacientes saben que éste es un hospital docente y que firman un impreso de consentimiento general al ingresar en el hospital. ¿Es esto suficiente para justificar las exploraciones vaginales en pacientes inconscientes?—J.V., OHIO.

Un estudiante de medicina que se opuso a realizar este tipo de exploraciones vaginales, sin el consentimiento de las pacientes, publicó un estudio a principios de este año*. Las mujeres a las que se les informó, posteriormente, que se les habían hecho las exploraciones tarde dijeron que se sentían violadas por esta práctica.

Comparta sus inquietudes con su gestora de enfermería y busque aclaraciones al respecto de cómo es el ejercicio profesional en su hospital y cómo debería ser. Si a los estudiantes de medicina se les invita a entrar en los quirófanos y “hacen cola” para practicar exploraciones a las pacientes, esto debe cambiar.

No obstante, yo no creo que las pacientes tengan que dar un permiso especial para que un estudiante les haga una exploración vaginal, si la exploración es compatible con la asistencia correcta a la paciente. De acuerdo con un protocolo reconocido, uno o 2 estudiantes de medicina que han sido informados sobre el cuadro clínico de la paciente deben presentarse a sí mismos a la paciente, en presencia de un médico residente o adjunto que supervisa, y decirle a ésta que ellos ayudarán durante el procedimiento. Después, deben acompañar a la paciente al bloque quirúrgico, donde podrían hacer la exploración vaginal como parte del tratamiento. El seguimiento de este protocolo les permitirá aprender sin violar los derechos de la paciente a tener una asistencia respetuosa. ①

*“Don't Ask, Don't Tell: A Change in Medical Student Attitudes after Obstetrics/Gynecology Clerkships toward Seeking Consent for Pelvic Examination on an Anesthetized Patient,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, P Ubel P, et al. February 2003.

