

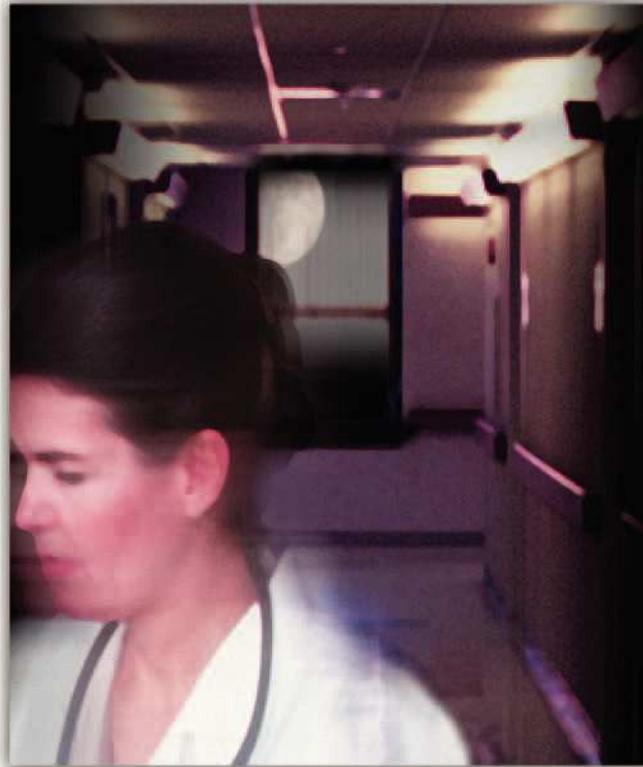
DESAPARECIDA

Trucos del turno de noche

Me cambié al turno de noche recientemente, y me gusta más de lo que esperaba, excepto por un inconveniente. Otra enfermera de mi turno a veces se va de la unidad para ir a visitar a su pareja, un enfermero que trabaja en otra planta. Suele ausentarse sólo durante unos 10 min y nunca ha ocurrido nada malo, pero no me gusta que me dejen “a cargo” por defecto para que ella pueda relacionarse.

Cuando le expliqué lo ocurrido a la supervisora de enfermería, no me hizo caso, me dijo que por la noche la unidad está tranquila y que podía hacerme cargo. Después me dijo que no quería perder a la otra enfermera porque tenía mucha experiencia y cubrir el turno de noche era especialmente difícil. ¿Y ahora qué? – C.L., New Hampshire.

¿Tiene la sensación de que se la están jugando? Ahora mismo se encuentra en una situación en la que no puede ganar. Si no hace nada, aunque sepa que otra colega está descuidando sus responsabilidades, podrían hacerse responsable si algo “malo” ocurriese a un



paciente mientras ella está ausente sin permiso. Pero si hace algún movimiento, puede que tenga que aguantar las críticas (injustamente) por hacer que una compañera sea sancionada o despedida.

Empiece por plantearle el problema a su colega en privado. Puede que no sea consciente de que sus breves desapariciones podrían provocar problemas, o incluso de que nadie se haya percatado. Recuérdele que es responsable de estar presente en la unidad durante su turno excepto si está en su período de descanso de

acuerdo al protocolo de la unidad.

Si continúa desapareciendo, documente cada episodio, incluyendo la fecha, la hora, el censo de pacientes y su gravedad, y cualquier problema que su ausencia haya podido afectar a los cuidados de algún paciente. Después, basándose en los hechos, vuelva a reunirse con la supervisora de enfermería y pídale que reconsidere el problema. Si aún se resiste a actuar, proceda hacia arriba en la cadena de mando. Una actitud irresponsable continuada de una enfermera de plantilla compromete el cuidado del paciente y podría suponer consecuencias legales para el servicio.

RECHAZAR EL TRATAMIENTO

Nada escrito

Un paciente inconsciente de 59 años de edad con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en fase terminal llegó a toda prisa, con helicóptero, al servicio de urgencias, donde fue intubado y se le aplicó un ventilador mecánico. Cuando llegó su madre, de 83 años de edad, él ya había sido trasladado a la unidad

de cuidados intensivos (UCI) en la que yo trabajo.

El paciente no tenía órdenes médicas escritas de forma previa. No obstante, su madre explicó que ella y su hijo habían hablado varias veces sobre sus últimas voluntades y le había dicho seriamente que no quería que le mantuviesen con vida conectado a una máquina.

Después de haber hablado con ella, el neumólogo la convenció

para que él pudiera realizar un diagnóstico, que mostró síndrome de distrés respiratorio agudo y una gran masa pulmonar. Programó al paciente para cirugía urgente.

La madre del paciente me contó entre lágrimas lo mal que se sentía por haber dejado que las cosas llegaran tan lejos. Cuando trasasé la información al médico, él me dijo que debido a que el paciente no había dejado

por escrito sus últimas voluntades, le podrían responsabilizar de no haber proporcionado el mejor tratamiento disponible.

¿Qué más puedo hacer cuando no hay nada escrito? – H.M., Kansas.

Agote sus recursos. Contraste con su supervisor de enfermería, con el gestor de riesgos de su hospital y con un miembro del comité ético para que le guíen con los protocolos del hospital en este tipo de situaciones. El paso siguiente sería convocar una reunión urgente que debería contar con la presencia de la madre del paciente, del supervisor, del capellán o alguien formado en ética sanitaria, con el médico del paciente y el gestor del hospital. El propósito debería ser el de confirmar los puntos siguientes, basándolos en los protocolos del hospital sobre el consentimiento informado, rechazo al tratamiento, y retirar o negar el tratamiento:

- La madre del paciente es el sustituto apropiado para tomar decisiones en lugar de su hijo cuando él no pueda hablar por él mismo. Una esposa o un hijo, si es que tiene, suele tener prioridad frente a un padre o una madre.
- Como su sustituto, la madre conoce y expresa claramente sus deseos.
- No existe ningún otro miembro de la familia con el que se pueda contactar.
- Ningún otro miembro de la familia (específicamente la esposa) se opone con la decisión subrogada. Los hospitales no tienen por costumbre obligar a realizar tratamientos a pacientes que se oponen a los mismos, y los pacientes (o sus subrogados) no tienen por qué luchar contra profesionales sanitarios por su derecho a rechazar un

tratamiento. En casos como éste, el “mejor tratamiento” puede ser el de cuidados de bienestar, y no la cirugía. Después de la reunión, los presentes deberían documentar que la madre del paciente está actuando de forma adecuada, tomando la decisión subrogada y hablando de forma clara y consistente de los deseos de su hijo. En caso de que el neumólogo aún objete la extubación del paciente y la retirada del tratamiento, el director médico debería traspasar la responsabilidad del paciente a otro médico.

PACIENTE AUTODESTRUCTIVO

Tácticas basadas en el miedo

Cierto paciente con alcoholismo crónico –le llamaré Gustavo– es bien conocido por el personal enfermero y médico de nuestro hospital porque ingresa con frecuencia debido a las complicaciones derivadas del enolismo. Ayer ingresó para que se le tratase de otra hemorragia gastrointestinal. En esta ocasión, el médico decidió “enseñarle una lección a Gustavo” diciéndole que ya no era un candidato a cirugía. Explicó en privado a las enfermeras que le practicaría cirugía en unos días, cuando Gustavo estuviese estabilizado. Sin embargo, mientras, esperaba que Gustavo estuviese asustado y “viese la luz” para aceptar ayuda en su problema con la bebida.

Creo que este médico tiene buenas intenciones, pero su engaño no parece nada ético. ¿Qué piensa usted? – C.A., Virginia Occidental.

Estoy de acuerdo con usted. Reflexione sobre estos puntos sobre la decisión del médico:

- No está diciendo la verdad al paciente sobre su estado u opciones de tratamiento.
- Escondiendo la verdad, el médico está intentando manipular y coaccionar al paciente para que cambie su comportamiento.
- El paciente no puede participar en el plan de tratamiento ni puede dar un consentimiento informado debido a que no conoce las opciones de tratamiento porque está asustado.
- Aunque el médico afirma que está estabilizando al paciente, en realidad puede estar poniéndolo en más peligro al retrasar la cirugía.

Por estos motivos, le urjo a hablar con el médico otra vez inmediatamente. Podría estar poniendo en riesgo la vida del paciente, su propia licencia profesional y las licencias de más personal sanitario implicados en el engaño. Si aún se opone a revisar el plan de tratamiento del paciente, lleve sus intereses a través de los canales hasta el jefe médico. Alerta al comité ético del hospital y al gestor de riesgos si es necesario.

Aunque este médico tenga “buenas intenciones”, su táctica basada en el miedo es poco probable que modifique los patrones de comportamiento autodestructivo de larga evolución. Pero ése no es motivo para tirar la toalla con este paciente. Cuando se haya estabilizado, pida a la trabajadora social del hospital o a un consejero formado en tratamiento de adicciones que trabaje con usted y con el paciente para desarrollar un compromiso de comportamiento y opciones realistas de cambios de conducta. Llegar al paciente con cuidado y preocupación es una forma más amable y un enfoque más ético que intentar ponerle el miedo en el cuerpo, y también es más probable que funcione. ⑩