

CONFIDENCIALIDAD

No llame por teléfono al domicilio del paciente

En un turno ajetreado en el servicio de urgencias (SU), un paciente decidió, de repente, marcharse a su casa. Había acudido al SU con una hernia inguinal dolorosa y estaba clínicamente estable. El paciente no quiso decir por qué quería irse y firmó el documento pertinente contra el dictamen médico. Cuando le pregunté si me dejaba llamar a un familiar para que lo recogiera, el paciente no lo aceptó y dijo que se iría en su coche.

Más tarde, la esposa de este paciente telefoneó al SU para decir que su marido había tenido un accidente cuando iba hacia su casa. La señora estaba enfadada porque nadie la había llamado. ¿Debía yo haber llamado a la esposa de este paciente en contra de su voluntad? – C.G., Wisconsin.

No. Conforme a las disposiciones sobre la intimidad especificadas en la ley de Healthcare Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), usted no podría hacerlo sin violar la confidencialidad del paciente. Si usted u otros profesionales sanitarios le explicaron los riesgos de irse del hospital, contra el dictamen médico, y documentaron sus actuaciones, actuaron correctamente y no tenían ningún motivo para intentar retenerlo en contra de su voluntad. Recuerde, un adulto capacitado tiene derecho a rechazar el tratamiento.

Pero si usted o cualquier otro profesional sanitario tenían alguna razón para pensar que el paciente intentaba hacerse daño



o si dejarle conducir hubiera sido peligroso –p. ej., por estar ebrio o por haber tomado un analgésico opiáceo para el dolor–, ustedes habrían tenido la obligación legal y ética de intervenir. En casos similares a éste ha de comunicarlo inmediatamente a su supervisor y ha de seguir el protocolo del hospital para proteger al paciente y a otras personas de los daños.

PRESENCIA DE LA FAMILIA

Error trágico

Hace poco, cuidé a un paciente terminal que estaba siendo mantenido vivo por medios mecánicos. El médico habló con sumo cuidado con la esposa del paciente acerca de la interrupción del tratamiento y ella estuvo de acuerdo. Entonces el médico prescribió la extubación con cuidados de mantenimiento solamente.

Cuando llegué a trabajar aquella tarde, me encontré a la mujer del paciente sola y llorando en la sala de espera de la UCI. Me contó que el médico le había dicho que tenía que salir de la habitación mientras su marido agonizaba. Cuando volvimos a la habitación, el paciente acababa de morir.

Más tarde le pregunté al médico qué había pasado. El médico me dijo que había pedido a la mujer del paciente

que saliera de la habitación mientras él extubaba a su marido. Cuando se dio cuenta de que no volvía, el médico dio por sentado que ella no quería estar presente en el momento de la muerte.

¿Cómo podemos asegurarnos de que no se produzca otra vez un trágico error como éste? – Y.A., Florida

Mediante la puesta en marcha de normativas y procedimientos claros para que sirvan de guía a los profesionales sanitarios. Estas directrices le ayudarán.

- Haga que una enfermera o un capellán permanezcan con los familiares mientras consideran la retirada del tratamiento con el médico. Esta persona debe escuchar atentamente, debe ayudar a los familiares a entender los términos médicos poco conocidos y debe disipar cualquier malentendido.

- Asegúrese de que los familiares nunca estén desamparados, involuntariamente, cuando los profesionales sanitarios concentran su atención en el paciente mientras retiran el tratamiento. Esto

significa que un capellán u otro miembro competente del equipo tiene que ser asignado como la persona “mediadora” que atiende a los familiares mientras el paciente está agonizando.

- Pregunte a los familiares qué es lo que querrían hacer, en lugar de decirles lo que deberían hacer mientras se está retirando el tratamiento. Asegúrese de que la extubación o cualquier otra interrupción del tratamiento se realizan con sumo cuidado y de forma confortable para el paciente y proporcione a los familiares la posibilidad de quedarse al lado del paciente si lo desean.

ASESORAMIENTO INOPORTUNO

Ética “rápida”

Cuando surge un problema ético, las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados paliativos de nuestro hospital consultan a la comisión de ética del hospital. Por desgracia, los

miembros de la comisión no suelen dar una respuesta hasta unos meses después, porque sólo se reúnen cada 3 meses. Para entonces, el paciente ha muerto. Se nos dijo que utilizásemos sus respuestas para las revisiones “retrospectivas” de casos, pero esto no nos ayuda a hacer frente a situaciones complicadas mientras éstas se desarrollan.

Como enfermera supervisora de la unidad de cuidados paliativos, estoy pensando en constituir nuestra propia comisión de ética. ¿Es ésta una buena idea? – S.D., Arizona.

Estoy de acuerdo en que al tener su propia comisión de ética, ustedes dispondrían de la retroalimentación inmediata que necesitan. Pero la inoportunidad no es la única cuestión en este asunto. Una comisión de ética debe estar compuesta por personas que tengan una formación considerable en bioética. ¿Tienen los miembros del personal de la unidad de cuidados paliativos los conocimientos y la experiencia necesarios para esta responsabilidad? Creo que no, porque usted ha estado recurriendo a la comisión de ética de su hospital para este tipo de conocimientos especializados.

Pida apoyo a su directora de enfermería. Puede ser que ella le proporcione recursos de formación continuada para la formación avanzada, en bioética, para su personal. O la directora puede conocer a alguna persona de su comunidad. En el mejor de los casos, una enfermera de práctica avanzada con experiencia en ética sanitaria, que pueda servirle como un recurso a su unidad de cuidados paliativos.

Mientras tanto, piense en la posibilidad de pedir a la comisión de ética de su hospital que designe a varios de sus miembros para que actúen como un “equipo de respuesta rápida” de asesores. Como un equipo clínico de respuesta rápida, estos asesores deben estar disponibles de inmediato, para ayudarles a revisar los dilemas espinosos cuando éstos se presentan. Todos los pacientes del hospital se beneficiarán de este sistema.

Con una nueva y mejorada comisión de ética en la que confiar, es posible que usted no necesite continuar con su plan de formar una comisión independiente para su unidad de cuidados paliativos. **II**

Susan A. Salladay es profesora en la escuela de enfermería de la Cedarville University de Cedarville, Ohio.

-
-
-