

- Estado nutricional, ingestión de alimentos y líquidos (1008)
- Conducta terapéutica, enfermedad o lesión (1609)
- Conocimiento, cuidados en la enfermedad (1824)
- Enfermería va a intervenir :
- Cuidado de la herida (3660). Afeitando el vello que rodea la zona afectada si fuese necesario.
- Atendiendo el lugar de incisión ,según sea necesario.
- Comparando y registrando regularmente cualquier cambio producido en la herida. Enseñando al paciente los procedimientos del cuidado de la herida.
- Cuidado de la piel .Tratamiento tópico (3584)
- Aplicación de apósito limpio si es necesario
- Enseñanza, proceso de enfermedad (5602). Evaluando el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específica. Proporcionando al paciente información acerca de la enfermedad.



DOLOR AGUDO (00132)

Nuestro objetivo está en que el paciente pueda valorar el control del dolor (1605)

Enfermería realizará intervenciones complementarias para el manejo del dolor, las cuales varían enormemente e incluyen técnicas de relajación, de enseñanza y de información .Además de la administración de analgésicos prescritos valorando su eficacia.

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (00016)

Realizaremos en este diagnóstico resultados como continencia urinaria (0502)

Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)

Eliminación urinaria (0503)

Enfermería debe intervenir en el manejo de la eliminación urinaria (0590) y los cuidados de la incontinencia urinaria (0610)

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

El principal objetivo de enfermería es detectar precozmente las manifestaciones de infección de heridas o puntos de inserción relacionado todo con los procedimientos invasivos, con la destrucción tisular y un aumento de la exposición de agentes patógenos.

Los resultados esperados para este diagnóstico son:

- Conocimiento y grado de comprensión transmitida sobre la prevención y el control de la infección (1807)
- Control de riesgo y acciones personales para prevenir , eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables (1902)

Las intervenciones de enfermería para obtener estos resultados son:

- Control de las infecciones (6540) asegurando una técnica de cuidados de herida adecuada . Administrando una terapia antibiótica ,si procede.

Fomentando una ingesta nutricional adecuada, así como la ingesta de líquidos.

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE ENFERMERÍA ES DETECTAR PRECOZMENTE LAS MANIFESTACIONES DE INFECCIÓN DE HERIDAS O PUNTOS DE INSERCIÓN RELACIONADO TODO CON LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, CON LA DESTRUCCIÓN TISULAR Y UN AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN DE AGENTES PATÓGENOS

- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Enfermería informará al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Se instruirá al paciente acerca de la administración, dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

MANEJO EFECTIVO DEL REGÍMEN TERAPEUTICO (00082)

Nuestro objetivo como enfermeras es conseguir :

- Control de los síntomas(1608)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Satisfacción del paciente/usuario en la continuidad de cuidados (3003)
- Satisfacción del paciente /usuario en el control de los síntomas (3011)
- Satisfacción del paciente / usuario en el cuidado físico (3006)
- Enfermería va a intervenir, ejerciendo una enseñanza individual (5006) que viene dada por la planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- “TESIS DOCTORAL”Albert Boreal- UPC2004
Actas urológicas españolas “ Neuromodulación de raíces sacras”
Womang gov – Centro Nacional de información sobre la salud de la mujer
ENFERMERÍA INTEGRAL –68
CURSO BÁSICO PARA ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA –SAS
www.noticias.com (redacción, actualizada 22/02/2005)

MILAGROS SANGUILLO ANTOLÍN. Enfermera Hospital de Móstoles

Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica

Resumen:

Debemos de reflexionar sobre la profesión de enfermería, su dimensión moral y las exigencias que su ejercicio lleva consigo, el cuidado como rasgo esencial, las características de un cuidado humanamente excelente y las responsabilidades propias de los profesionales de enfermería tanto individuales como colectivas.

La Humanización de la asistencia ha de apoyarse en dos pilares fundamentales, uno de ellos está constituido por las adecuadas actitudes de los profesionales sanitarios, y el otro por unas estructuras y una organización que favorezca o al menos no dificulte la actuación humanizadora. Humanizarse para Humanizar: Saber, saber hacer y saber ser. La Enfermería tiene la Responsabilidad de una actuación Humanizadora.

Palabras clave: Ética del Cuidado, Humanización, Responsabilidad del Cuidado

SUMMARY: We must reflect on the profession of infirmery, its moral dimension and the exigencies that its exercise takes with himself, the care like essential characteristic, the characteristics of a humanly excellent care and the own responsibilities of the individual professionals of infirmery as as much collective.

The Humanización of the attendance has to lean in two fundamental pillars, one of them this constituted by the suitable attitudes of the sanitary professionals, and the other by structures and an organization whom the humanizadora performance favors at least or does not make difficult. To humanize To know, to know how to make and knowledge be. The Infirmery has the Responsibility of a Humanizadora performance.

Key words: Ethics of the Care. Humanizacion, Care responsibility

INTRODUCCIÓN

Es necesario que reflexionemos sobre la profesión de enfermería, su dimensión moral y las exigencias que su ejercicio lleva consigo, el cuidado como rasgo esencial, las características de un cuidado humanamente excelente y las responsabilidades propias de los profesionales de enfermería tanto individuales como colectivas.

Curar o cuidar no es un dilema; el dilema se da cuando hay dos y solo dos posibilidades, que además son incompatibles entre sí, de modo que la elección de una lleva necesariamente a la exclusión de la otra, lo que suele darse en la vida son problemas, situaciones difíciles, que por lo general tienen muchas más salidas, aunque ninguna óptima; convertir un problema en dilema suele ser fruto de la pereza intelectual.

Las relaciones entre estos dos términos no pueden tener carácter excluyente sino integrador. El verdadero dilema no se da entre curar y cuidar o entre cuidados y curación, el dilema social se da entre roles con o sin poder social o roles con más o menos poder.

Durante muchos siglos la enfermería ha tenido un papel carente de especificidad técnica, se trataba de ayudar al médico, ejecutando órdenes y teniendo cuidado de todos aquellos aspectos de la atención al paciente, que por care-

cer de especificidad funcional podían ser ejercidos por cualquiera.

La secularización y los ideales cristianos acontecidos durante los siglos modernos devaluó el móvil de la caridad e hizo bajar exponencialmente la estimación social por los roles inespecíficos del cuidado. Esto coincidió en el tiempo con un fenómeno exactamente inverso a la aparición de la medicina moderna, y cada vez más eficaz y poderosa. La curación ganó en prestigio a la misma velocidad que el cuidado lo perdía. Ese fue el origen de la dicotomía que hoy todos vivimos, el hecho evidente es que nuestra sociedad no ejercía los valores de cuidado y solo muestran interés y aprecio por los roles de ayuda técnica.

OBJETIVO

Analizar y Reflexionar la responsabilidad de humanizar nuestros cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Observación Documental.

RESULTADOS

Tres conceptos quiero comenzar destacando: **El Cuidado, Humanizar y Responsabilidad.**

■ El Cuidado

Interés y atención que se pone en hacer una cosa. El término cuidado es infinitamente más amplio que el de curación, se puede decir que la curación es un tipo de cuidado, no sólo están a la par sino que uno engloba al otro. El eje de los cuidados es el sujeto que padece la enfermedad, por tanto se refiere a la vida del paciente y a la atención de la persona.

Geovanini (1995) Recuerda que la práctica de cuidar de la enfermería nació como intuición femenina en el seno familiar para después transformarse en una ciencia humanizada, respaldada inicialmente en el conocimiento de otras ciencias y más recientemente procurar fundamentos en teorías propias a lo que se llama enfermería moderna.

Florence Nightingale aparece con la enfermería moderna, la tesis de Nightingale es cuidar para curar.

El cuidado es la mejor terapéutica, la mejor curación. Se trata de tecnificar el cuidado a fin de hacer posible la curación. El objetivo y la razón del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales, cuando se define enfermería se dice que ésta es la ciencia y el arte del cuidado. No obstante se sabe que el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana de modo que todo ser humano es capaz de cuidar de sí y de otro. Considerando por tanto que todos son cuidadores, la enfermería ha emprendido esfuerzos en el sentido de conceptualizar que es lo que caracteriza como propio los cuidados de enfermería.

Heidegger, dice que la disposición humana está caracterizada por el deseo de ser y estar con otro en el mundo y dentro de esos modos de disposición está el cuidado como una de las características más propiamente humanas. Para este filósofo el cuidado es el celo, desvelo y preocupación.

Por lo tanto puede ser manifestado por dos modos:

El denominado auténtico en el cual la cuidadora considera comprensivamente al ser cuidado ayudándole a escoger sus posibilidades de existir.

También el cuidado se manifiesta de forma inauténtica y es el que ocurre en la mayoría de las veces, cuando la cuidadora se ocupa del otro sin considerar sus deseos de escoger. Esto sucede con más facilidad, pues es más cómodo para los seres humanos permanecer en el mundo cotidiano de la existencia inauténtica por el cual todo es promedio y común. A nadie y a todos se le atribuye la responsabilidad, de tal manera que todos y nadie son verdaderamente responsables.

A través de estos conocimientos es posible develar que el cuidado de enfermería es comprendido como una manifestación auténtica. Cuando alguien presta cuidados de manera eficiente y además lo hace motivado por una actitud de cuidar hablamos de un buen cuidador.

A la vez que han ido especificando y tecnificando sus roles, la enfermería ha recuperado el prestigio y respeto social, acercándose cada vez más al modelo propio de las profesiones, esto es lo que ha permitido ir ganando en reconocimiento social y profesional.

Cuando cuidamos hacemos por otros lo que ellos no pue-

den hacer por si mismos y necesitan o desean hacer. Este pensamiento corresponde a la teoría llamada de suplencia y ayuda de Henderson y Orem que consideran la esencia de la enfermería.

Cuidar de alguien puede tener también el significado de hacerse cargo de su problema, es decir de invitar al otro a transferirnos su responsabilidad y su ansiedad al respecto, es invitar y nunca coaccionar a confiar en nosotros, en poner todos los recursos personales y técnicos y llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del enfermo, el convertirlo en la finalidad principal y el centro de nuestra acción y poner la atención y los medios precisos para lograr su bien.

La meta de la enfermería es “el buen cuidado”, nos introduce dos modos de entender el cuidado, como una finalidad en la labor de enfermería y como medio que permite lograr tal fin.

La enfermería no puede estar basada en meros criterios de eficacia, sino que han de remitirse a valores de comunicación entre los seres humanos. Por otro lado la insistencia en el cuidado tiene sentido siempre que se entienda dentro del marco de otras metas superiores, el cuidado es un medio para lograr algo más radical: La salud de la persona o en su defecto el alivio del sufrimiento o el acompañamiento a la muerte. El buen cuidado marca el nivel de excelencia, que siempre se debe exigir a un buen profesional.

En la sociedad en la que vivimos no se valora demasiado la atención al débil y al necesitado de cuidados. La eficiencia y la competitividad así como la inversión en tecnología, deja muy poco espacio a otros aspectos difíciles de medir y controlar que tienen que ver con las necesidades más específicamente humanas (la calidad humana de la asistencia).

En principio podríamos decir que humanizar es una cuestión ética, tiene que ver con los valores. Hoy cada vez se habla más de humanizar pero no es infrecuente, que detrás de esta palabra cada uno entienda un significado distinto. Hay un sentir generalizado en nuestra sociedad de una necesidad de humanizar. Esta necesidad está justificada diciendo que la enfermedad genera una situación de indefensión que le hace sentirse a la persona desvalida y por lo tanto necesita un sistema sanitario lo más humano posible. La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se siente frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina.

■ Humanizar

Si nos detenemos en la palabra humanizar. Cuyo origen exacto se ignora tiene una connotación de cercanía, afabilidad, humildad, etc. Los diccionarios actuales recogen sobre todo el significado de: “Hacer a uno humano”, familiar, afable, refiriendo los significados de sensibilidad, compasión por las desgracias de los semejantes, benignidad, mansedumbre, abajamiento, caridad, generosidad, nobleza, cortesía, indulgencia, cordialidad, consideración, magnanimidad, bondad, etc. Son sinónimos que van apareciendo en diferentes diccionarios referidos a la palabra humano. Otro diccionario dice: Hacer una cosas más humana, menos cruel, menos dura para los hombres.

Hablar de humanización es hablar de relación porque el ser humano es un ser social. Hablar de humanización en el mundo socio-sanitario, de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad en su dimensión física, intelectual, emotiva, social, y espiritual.

No podemos seguir centrados en el concepto de salud de la OMS que quiso dar un paso adelante en la amplitud de miras, pero que se queda pequeño e inadecuado por definirla como “Estado completo de bienestar físico, mental y social” todos sabemos que tal estado no existe y que uno puede hacer experiencia de salud conviviendo solamente con muchos límites físicos, mentales o sociales.

El deseo de volver al pasado pensando que era más humano puede ser romántico, irrealista e incapaz de hacer progresar a la sociedad.

Intentamos vivir en una sociedad más humana que la del pasado, donde la dignidad de la persona se pretende salvaguardar de una serie de peligros para la vida.

Un plan de humanización será tanto más humano cuanto más a la medida del hombre esté planificado, ejecutado y evaluado.

Por eso, para algunos la palabra humanizar tiene resonancias blandengues o de andar por la nubes, quizás no consideraran que antes que nada tiene que ver con la ética exigible en todo interacción entre personas y tanto más cuando una de ellas está en inferioridad de condiciones, como sucede cuando uno está enfermo.

Humanizarse para humanizar (saber, saber hacer y saber ser). Habilidades relacionadas y centradas en las necesidades del paciente y de la familia y actitudes interiorizadas para que dichas habilidades sean reflejo de tales disposiciones interiores.

Es necesario desarrollar la competencia ética que viene dada por la capacidad de manejar los sentimientos que se producen en nosotros, con ocasión de la relación con los destinatarios de nuestra profesión. Se trata de integrar los propios sentimientos y ser dueños de ellos para que no sean dueños de nuestra conducta.

En la sociedad en la que vivimos no se valoran demasiado la atención al débil y al necesitado de cuidados.

La enfermería es la profesión que está más cerca del enfermo y más constantemente a su lado. Se haya en una posición óptima para detectar sus necesidades de todo orden y procurar que sean satisfechas. La humanización se juega en esa distancia corta del trato personal en donde los enfermos tienen el protagonismo principal, protagonismo que sin duda lleva consigo una gran responsabilidad.

La medicina guiada por el afán de especialización, se ve arrastrada a una dinámica tecnicista y biologicista, perdiendo algunos de sus valores tradicionales, como su preocupación por la calidad humana de la asistencia. La sociedad va tomando conciencia que donde más necesita mejorar el sistema sanitario es en humanización.

La humanización de la asistencia en los pacientes terminales cobra una especial importancia, en el sentido en que ya no hay lugar para esperar mejoras sustanciales del estado de salud y las necesidades específicamente humanas del paciente pasan al primer plano, se produce el paso del predominio

de lo que puede llamarse el “Sistema de Cuidados” frente al habitual “Sistema de Curación”.

El paciente desahuciado despierta sentimientos de aversión y respuestas de evitación y huida, en la medida en que se huye se deja de atender adecuadamente al enfermo. Esta tendencia a marginar al moribundo en el hospital no se da en las Unidades de Cuidados Paliativos, pensados para lograr una atención apropiada a los pacientes en fase Terminal.

Considerar que la humanización/ deshumanización de la asistencia depende únicamente de las actitudes de los profesionales sanitarios no es acertado, hay otros factores que condicionan de manera importante como son los factores estructurales, unas veces de forma directa y otras de forma indirecta, condicionando la calidad humana de la atención que prestan los profesionales.

Cuando buscamos el origen de la deshumanización y los posibles remedios, no podemos mirar solamente al profesional sanitario, individualmente considerado, sino que hemos de atender también aspectos propios del contexto en que la asistencia se realiza.

La enfermería es responsable de la humanización de la asistencia, es una responsabilidad compartida con varios factores a considerar. Hemos hablado de los estructurales, organizativos, falta de recursos etc. pero de alguna manera, se puede contribuir señalando las deficiencias, aportando sugerencias o cooperando en las soluciones que se establezcan.

Otra dimensión de la humanización de la asistencia es el ámbito de la relación entre el profesional y el paciente y que por lo tanto depende casi exclusivamente de actitudes y habilidades de los profesionales que le atienden.

Humanización significa sentirse respetado en la propia intimidad, verse escuchado y comprendido, escuchar la palabra adecuada, notar que se preocupan de verdad por las propias necesidades, por lo cual el agente sanitario es el principal responsable de esos aspectos de la humanización.

En el campo sanitario la humanización es un asunto que desborda la responsabilidad de las personas concretas que realizan la asistencia. Es una verdad a medias pensar que se conseguirá una mejor atención mejorando la organización, sin darse cuenta de que esa mejora es ineficaz mientras no pase por una mejora de las personas. La organización no tiene capacidad de mejorar a las personas, ciertos aspectos de la humanización dependen de la calidad del trato de las personas y la organización no mejora esa calidad; pero hay que reconocer que, sino todas, algunas mejoras en la organización pueden conducir a una mayor calidad de la atención desde el punto de vista humano, no porque tales reformas organizativas tengan la capacidad de mejorar a las personas, sino porque establecen condiciones necesarias para que éstas lleven a cabo una atención más humana removiendo los obstáculos que éstas les estorban.

La Humanización de la asistencia ha de apoyarse en dos pilares fundamentales, uno de ellos está constituido por las adecuadas actitudes de los profesionales sanitarios, y el otro por unas estructuras y una organización que favorezca o al menos no dificulte la actuación humanizadora. En otras palabras, uno de ellos depende de la capacidad y la voluntad de quienes realizan directamente la asistencia, el otro, de factores que escapan a su control, cada uno es insuficiente

sin el otro, pero casi nada se puede conseguir si fallan las personas que llevan a cabo las tareas. La humanización pasa necesariamente por los profesionales que realizan la asistencia, pero no hay que olvidar que ellos realizan su labor en un contexto que la condiciona. La Enfermería tiene la Responsabilidad de una actuación humanizadora.

Tenemos la responsabilidad de actuar en distintas áreas que la sociedad nos demanda:

- Prevención de las enfermedades.
- Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- Educación para la salud.
- Formación, administración e investigación en Enfermería.

Este es un compromiso serio y responsable que nos ha llevado a la participación activa en la sociedad y a su vez a la elaboración de un Código Deontológico que sirviese de marco para el ejercicio profesional, que unificase y delimitase los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería tuviese para su ejercicio.

Así en el Código Deontológico en el Art. 56 y 57 dice: "La enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe de tomar en el ejercicio de su profesión". La enfermera/o debe de ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia.

Según el Código CIE (revisión 2000), la responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.

La necesidad de responder de sus actos o de dar cuenta de ellos es una cualidad del ser humano ligada al ejercicio de la libertad. Podemos actuar de una manera u otra, y así transformar el mundo a nuestro alrededor en una u otra dirección. En la medida que nos sentimos libres nos sentimos también responsables.

■ Responsabilidad

Cuando buscamos en el diccionario la palabra responsable encontramos: "Persona que debe responder, rendir cuentas de sus actos o de los de los otros". Persona consciente y formal en sus palabras, decisiones o actos. Persona que tiene autoridad, capacidad para tomar decisiones, dirigir una actividad, el trabajo de un grupo, etc.

Podemos entender la responsabilidad desde varios puntos de vista:

- **Desde un punto de vista causal:** la responsabilidad puede atribuirse no sólo a las personas y sus acciones sino también a fenómenos naturales.

- **Desde la conducta:** desde el sentido más básico de responsabilidad en aquel en que decimos que alguien es responsable de una conducta.

Ingarden (1980) dice: "Uno es responsable de la propia acción y de los estados de cosas que resultan de ella".

Se trata de una conducta libre, imputable al sujeto. Desde esta conducta tenemos dos perspectivas, la del agente y la de los demás.

La adopción de una actitud personal frente al agente (de alabanza o reproche, gratitud o resentimiento, admiración o rechazo) como dice Ingarden, si el agente realiza un estado de cosas negativo, carga con un disvalor, y si el estado de cosas que hace es positivo, adquiere un mérito y un valor positivo

- **Desde el deber:** Según el código deontológico, la enfermera/o será responsable de actualizar constantemente sus conocimientos, es decir la enfermería tiene el deber de mantenerse idóneamente preparada.

- **Desde la exigencia:** Se exige la capacidad de reconocer si se ha actuado positivamente o negativamente, y se utilizarán las medidas que exige el caso para premiar o sancionar.

Cuando alguien realiza un estado de cosas valioso, un valor positivo, adquiere un mérito y se impone a los demás la exigencia, al menos de reconocerlo (quizás algunas veces de recompensarlo); pero si el estado de cosas producido es malo o negativo (un disvalor), el sujeto carga con un demérito o una culpa, y en consecuencia se le impone la exigencia de eliminar los daños ocasionados y borrar el disvalor (en el caso de que no haya otras posibilidades, al menos mediante el arrepentimiento).

Dentro de los cuatro puntos de vista anteriormente mencionados me voy a centrar en el de la conducta:

Se es responsable de una conducta cuando se dan tres condiciones:

El sujeto actúa de manera libre, sin coacción, ni manipulación.

La primera condición es que exista una actuación libre, sin coacción ni manipulación de manera que la conducta proceda del sujeto. Casi siempre hay factores externos que limitan nuestra libertad de diversos modos (escasez de recursos).

El sujeto es consciente de lo que está haciendo, es decir es consciente de su conducta. No basta con que el sujeto actúe de manera consciente o que se trate de una conducta intencional, porque una misma conducta puede ser objeto de diversas descripciones.

El sujeto hace algo o bien deja de hacerlo.

No siempre que el sujeto no actúa decimos que omite o deja de hacer algo. Para que la mera inacción constituya un dejar de hacer (una omisión es necesario que consista en abstención o en una omisión negligente). El no hacer algo constituye una omisión negligente cuando aún siendo inconsciente, se opone a lo normal y lo esperado y lo debido.

Somos responsables de nuestra conducta (activa u omisiva), tanto si la acción es correcta como si es incorrecta y tanto si las consecuencias son buenas o malas, siempre que la conducta sea libre e intencional.

La pasividad es mera inacción simple, no genera responsabilidad pero la abstención (el agente es consciente) y la omisión negligente, sí.

Algunos piensan que no somos responsables en el mismo grado de nuestras acciones que de nuestras omisiones; basan su afirmación principalmente en la distinción entre condición necesaria y condición suficiente. Cuando hacemos algo, nuestra acción es condición suficiente del resultado; mientras que cuando dejamos de hacer algo nuestra dejación es sólo condición necesaria, no suficiente. Otros autores no comparten esta cuestión y piensan que una conducta omisiva puede ser condición suficiente.

Se puede decir que somos responsables de nuestras omisiones, pero el que esta responsabilidad sea o no igual que en la acción es un asunto debatible y que podría no tener una respuesta igualmente válida para todos los casos.

Hay que tener en cuenta que ser responsables no es lo mismo que ser culpables de los efectos negativos de nuestra conducta. Aún siendo responsable, uno no es culpable cuando la acción se considera justificada teniendo en cuenta todas las circunstancias. La diferencia entre culpabilidad y responsabilidad tiene que ver con la existente entre la justificación y las excusas. Éstas son formas distintas de defensa frente a una acusación de carácter moral por una determinada conducta, como es una acusación de culpabilidad.

Para poder afirmar la culpabilidad de un agente respecto de una conducta hace falta no sólo que aquel sea responsable de dicha conducta sino además que esta sea injustificable dadas las circunstancias. En consecuencia, ante una acusación de culpabilidad moral, son posibles dos líneas de defensa:

Negar la responsabilidad presentando excusas válidas.

Aceptar la responsabilidad pero presentando algún argumento que niegue la culpa por la vía de la justificación. No debe confundirse la una con la otra. Es posible justificar una conducta sin excluir por ello la responsabilidad.

Nos encontramos con dos tipos de responsabilidad:

- **Responsabilidad ética o moral**

- **Responsabilidad jurídica o legal.**

Tanto la responsabilidad moral como la legal se aplican en actos libres de la persona, actos que le son imputables, pero se diferencian por cuanto la primera viene determinada por la ética y la conciencia y la segunda por la ley y el derecho.

Somos esencialmente sociales y ese carácter social se manifiesta también en el fenómeno de la responsabilidad; cada uno tiene la responsabilidad de realizar bien su función dentro del grupo y a la vez participar de la responsabilidad colectiva. Hay situaciones en las que la responsabilidad individual está claramente delimitada. Vamos a distinguir dos tipos de situaciones y de responsabilidad:

- **Responsabilidad individual,** ésta es plena en el sentido de completa e indivisible

- **Responsabilidad colectiva;** es una responsabilidad compartida, cada uno debe de asumir su parte de responsabilidad y ejercer su papel, lo cual estará condicionado por los otros y a su vez posiblemente condicionará a otros.

Desde la responsabilidad moral nos sentimos obligados a rendir cuentas de nuestros propios actos, ante nuestra conciencia, es la forma primaria de responsabilidad que se caracteriza por tener como juez a la propia conciencia.

Dejo para los expertos la responsabilidad jurídica, aunque en algunos casos pueden coincidir los dos tipos de responsabilidad.

La enfermera, al ofrecer y realizar los cuidados propios de la profesión actúa de manera autónoma; y por lo tanto es responsable de lo que hace, está asumiendo la responsabilidad en la prestación de cuidados, ya que solo se puede exigir responsabilidad a quien actúa de una manera libre.

Tiene la obligación de dar cuenta de sus actos en el ejercicio de la profesión, dar cuentas de ella misma, sin poder mirar a otro lado en busca de alguien a quien adscribir la responsabilidad. También tiene que dar cuenta al destinatario de sus cuidados, al paciente y a la sociedad como beneficiarios potenciales de su actividad profesional; y por supuesto a la institución donde la enfermera/o ejerce su actividad profesio-

sional. Dicha institución tiene sus propios fines a los cuales la enfermera, como parte de la institución, se ve obligada a servir. Lo ideal sería que estos fines coincidieran plenamente con los intereses de los pacientes, pero en muchas ocasiones no es así (aquí surgen muchos conflictos éticos).

Además de ser responsable de su conducta y de los cuidados que presta es responsable de las tareas delegadas de otros y de las delegadas en otros; de llevar a cabo órdenes médicas erróneas que dañarían al paciente, así como tolerar la incompetencia de otros.

Los conflictos en ética resultan inevitables. Si en el terreno que nos ocupa los conflictos dejasen de existir por coincidencia de los fines de la institución con los intereses de los pacientes, entonces entraríamos en la realización de una utopía; sin embargo si dejasen de existir porque las enfermeras/os perdieran de vista su compromiso de defender el bien del paciente entonces la situación sería lamentable.

Los gestores de enfermería tienen una responsabilidad importante en el logro de un ambiente que favorezca la toma de decisiones morales por parte de los profesionales, decisiones que representan una respuesta racional a los problemas sin dejar nunca de lado los intereses de los pacientes. M.A. Mayberry (1986) cita algunos estudios en los que se ha encontrado que las enfermeras tienden a decidir dando prioridad a la obediencia, a la autoridad y a la evitación de tensiones en la institución. Insiste en la responsabilidad de los gestores de enfermería en favorecer las decisiones éticas responsables.

Puntualizando, la enfermera es responsable de su conducta y de los cuidados que presta y debe prestar. Es responsable también al realizar tareas por delegación de otros (médicos) o al delegar tareas en otros (auxiliares, estudiantes) en particular las del daño que de ello se puede derivar. Asume alguna responsabilidad al llevar a cabo órdenes médicas erróneas que dañan al paciente y en general al cooperar en actuaciones que resultan perjudiciales para el paciente e igualmente al tolerar la incompetencia de otros profesionales.

Al decir que debemos ser responsables de los cuidados que prestamos, introducimos que el concepto de "calidad". Los cuidados han de ser de calidad, deben aplicarse con rigor los conocimientos disponibles y ser satisfactorios para el destinatario de manera que dichos conocimientos sean eficazmente utilizados para obtener el máximo beneficio con el mínimo riesgo y el máximo bienestar con el mínimo sacrificio.

La responsabilidad respecto de la calidad puede adquirir tres formas:

- **Responsabilidad individual:** que los servicios prestados por el profesional sean los mejores posibles; debiendo mantenerse un óptimo nivel de preparación. Todo profesional tiene por ello la obligación de mantenerse preparado para responder a las necesidades de los pacientes, desde el punto de vista técnico y desde el punto de vista humano.

Los directores de enfermería deben de estimular y facilitar la formación de los profesionales y procurar destinar a cada uno de ellos a unidades para las que estén debidamente preparados o bien darles el tiempo necesario; de ahí

que puedan surgir algunos problemas entre los recién titulados al incorporarse al mundo laboral (periodo vacacional).

Es preciso una cierta capacidad de organización del propio trabajo; es importante: saber establecer prioridades, delegar tareas y a veces solicitar refuerzo.

– **Responsabilidad del equipo:** tener un sentido de equipo, cooperar y coordinarse para el mejor resultado final en beneficio del enfermo, así como subsanar los errores de otros miembros del equipo o corregirlos de manera que no hagan daño al paciente.

El profesional de enfermería puede verse en actuaciones de otros que causen un perjuicio al enfermo, ello da lugar a situaciones de seria incomodidad moral y puede complicarse si la situación se da en distintos estamentos. Se trata de la cooperación activa o pasiva en actuaciones maleficientes de otros debidas a error o a insensibilidad moral. La enfermera/o tiene también una responsabilidad que dependerá de:

– La gravedad del daño potencial: cuanto más grave, mayor la responsabilidad de evitarlo

– La frecuencia de la situación, si se trata de algo puntual, excepcional o de una práctica habitual. Si es habitual mayor responsabilidad porque mayor es el daño que se puede evitar.

– La participación de la enfermera. Se suele aceptar que una participación activa genera mayor responsabilidad que una participación pasiva. Dentro de la cooperación activa, la responsabilidad es mayor cuanto más directa sea la participación de la enfermera en la actuación.

En otras ocasiones la enfermera/o se puede ver presionada o coaccionada por no llevar a cabo actuaciones que vayan en contra de otro profesional o de lo que la institución espera, coacciones que suelen tomar forma de amenazas y alteran la tranquilidad y la seguridad en su puesto de trabajo.

– **Responsabilidad del colectivo profesional:** elaborar protocolos, vías clínicas que faciliten y optimicen el desarrollo del trabajo. Para conseguir un alto nivel de calidad. Lograr una organización así como unas condiciones y una dinámica de trabajo que propicien igualmente un nivel alto de calidad y también desarrollar y difundir los conocimientos y los avances que permitan ir mejorando ese nivel.

Es importante no aceptar tareas o funciones para las que uno no está debidamente preparado, hay que considerar qué es lo más conveniente para el paciente; pero tampoco se puede rechazar por sistema lo novedoso.

Para finalizar quiero hacer alusión al capítulo XI artículo 73 del Código Deontológico: “La enfermera/o debe de procurar investigar sistemáticamente con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”.

La investigación no es de los campos más florecientes en enfermería y sin embargo, la profesión debe sentirse responsable de investigar como único medio de desarrollar los conocimientos y mejorar sus servicios. Tenemos frente a la sociedad el deber de ofrecer el mejor servicio profesional posible. Se trata de una responsabilidad colectiva que cada

sujeto comparte según sus características personales y sus circunstancias sociolaborales. Son más responsables aquellos que tienen posibilidades de investigar y quienes por el puesto o cargo que ocupan pueden tomar decisiones a favor de la investigación.

De la mano de la investigación siempre va la formación. Es una responsabilidad que la enfermería debe asumir individual y colectivamente y a todos los niveles. Somos responsables de formar a los futuros miembros de la profesión.

Una enfermera/o tendrá el deber de participar en esa formación dependiendo de su competencia, sus habilidades, su disponibilidad de tiempo y sus circunstancias tanto personales como de trabajo; la responsabilidad individual será variable en función de esos factores. Cuando un profesional recibe a un estudiante en prácticas ha de hacer compatible la labor formativa con el mantenimiento del nivel en la calidad de la asistencia.

CONCLUSIONES

La enfermería humanística no es una mera cuestión de hacer sino también de ser. Debemos de tomar conciencia de las deficiencias de la profesión detectarlas y aportar soluciones en beneficio de todos.

Nos debemos esforzar en conseguir una asistencia más humana y de un alto nivel de calidad, evitando cerrar los ojos ante situaciones de pasividad, omisión o abandono de las obligaciones. Los profesionales de enfermería tenemos la responsabilidad de ir en busca de la **excelencia**, es un compromiso de calidad y buen hacer.

“No quieras para otro lo que no quieres para tí”

“Obra de tal manera que puedas querer al mismo tiempo que la máxima de tu conducta se convierta en ley universal”. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo, M.P., Cortina A. Ética y legislación en Enfermería. Mc Graw Hill Interamericana (1997).
- Bermejo, J.C. Salir de la noche. Por una Enfermería más humanizada. Sal-Térrea, Santander(1999).
- Brusco, A. Humanización de la asistencia al enfermo. Centro de humanización de la salud. Sal-Terrae, Santander (1998).
- Cibanal L. y Arce M.C. La relación enfermera-paciente. Universidad de Alicante. Alicante (1991).
- Código Deontológico de Enfermería Española. Consejo general de Enfermería (1989).
- Cortina, A. Ética aplicada y Democracia radical. Tecnos. (1993).
- Feito, L. Ética profesional de la Enfermería, filosofía de la enfermería como ética del cuidado. PPC(2000).
- Gafo, J. Ética y legislación en enfermería. Universitas S.A. (1994).
- Ingarden, R. Sobre la responsabilidad. Verbo Divino. Madrid (1980).
- Rojas Marcos, L. Nuestra felicidad. Espasa Calpe, Madrid (2000).
- Vuelva, J. Ética profesional de la enfermería. Desclee de Brouwer S.A. (2002).

XXVIII Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología Lleida. 25, 26 y 27 de octubre 2006

PROGRAMA OFICIAL

MIÉRCOLES, 25 de OCTUBRE

13,30 h. Acreditaciones y entrega de documentación

15,00 h. CONFERENCIA INAUGURAL:

La enfermería urológica, ¿aplicadora de saberes o constructora de conocimientos profesionales?

El reconocimiento de la sabiduría práctica de la enfermera.

José Luis Medina. Diplomado en enfermería. Profesor titular de la facultad de pedagogía de la Universidad de Barcelona.

15,30 h. MESA REDONDA:

Registros de enfermería, lenguaje enfermero y estandarización de cuidados. Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo

Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Ramirez Suberbiola, M. J.; Delgado Aguilar, M. J. C. S. *Almendrales. MADRID AREA XI.*

Plan de cuidados en las cistoscopias

M. Ángeles Azcona García P. Martínez Soldevilla Unidad de Urología Fundación Hospital Calahorra Moderadora. **Luisa Guitard.** Profesora de enfermería médico quirúrgica de la escuela de enfermería de Lleida

PONENCIA: ¿Qué escribimos en nuestros registros? Implicación legal

Ponente: **Juan Sánchez Montaña.** Médico del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña. Profesor de medicina legal y psiquiatría forense.

DEBATE

17,00 h. Pausa - café

17,30 h. Inauguración oficial

18,00 h. MESA REDONDA:

Sistemas organizativos en los centros sanitarios, influencia en el paciente y la familia.

Moderadora. **Ana Rodríguez Cala.** Adjunta de formación y calidad de la dirección de enfermería del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

PONENCIA: Trabajar en calidad:

No solo decirlo, además poder demostrarlo. Sistema de organización y Acreditación (SAS)

Ponente: **Luis Aparcero Bernet.** Jefe de bloque de hospitalización del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla

PONENCIA: La familia como unidad de atención.

Nuestro usuario ¿qué quiere? ¿de qué se queja?

Ponente: **Joan Elies Monclús.** Director General del Instituto de Atención al Cliente y Asesor de Estrategias de Comunicación del Instituto en Global Speakers Management. Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Técnico Superior en Relaciones Públicas.

20,15 h. Espacio lúdico

20,30 h. Lunch de bienvenida en el Palacio de la Paeria, sede del Excmo. Ayuntamiento de la ciudad. (Desplazamiento a pie desde la sede del congreso).