

Toma de decisiones en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes: Márgenes de Autonomía y Responsabilidad

ANTONIO J. VALENZUELA RODRÍGUEZ¹

¹Enfermero DCCU (Baena). Distrito Sanitario Córdoba-Sur. Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Correspondencia:

mail: ajvalenzuela@teleline.es

Decision-making in Emergency Nursing, Emergencies and Disasters: Margins of autonomy and responsibility

RESUMEN

El miedo a la consecución de mayores cotas de Autonomía enfermera debe ser superado a favor de un nuevo entorno de relación, cambios, comunicación y respeto dentro del Equipo multidisciplinar.

La consecución progresiva de nuevas competencias, el manejo de la evidencia y la implementación de modelos y formas de trabajo fundamentadas en el Proceso enfermero, a través de líneas de formación incentivadas por la empresa y la posibilidad de manejo de recursos acordes y de tecnología, propiciarán el escenario ideal como para que la Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes adquiera su propia identidad y desarrollo.

PALABRAS CLAVE

Autonomía, responsabilidad, competencias, enfermera, urgencias, emergencias.

ABSTRACT

Fear of achieving higher levels of nurse autonomy must be overcome for a new environment of relationships, change, communication and respect within the multidisciplinary team.

The progressive achievement of new skills, the handling of evidence and the implementation of models and ways of working based on the nursing process, through encouraged training courses into the company and by the possibility of resource management in line and technology, foster as the ideal setting for Emergency Nursing, Emergency and Disaster acquires its own identity and development.

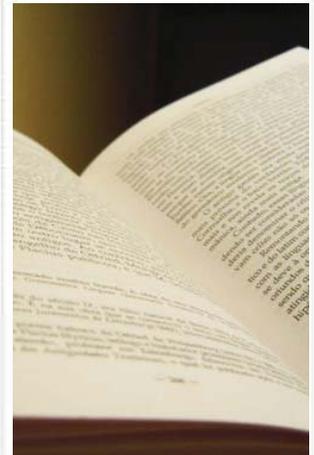
KEYWORDS

Autonomy, responsibility, powers, nurse, emergency, emergencies.

El miedo a la consecución de mayores cotas de Autonomía enfermera debe ser superado a favor de un nuevo entorno de relación, cambios, comunicación y respeto dentro del Equipo multidisciplinar



Toma de decisiones



Conocimiento

TEXTO

En un entorno competencial enfermero, propiciado a la vez tanto por Normativa vigente como por cambios relacionados con la formación académica, parece ser que asistimos a un global desarrollo del potencial de tomas de decisiones y consecución de responsabilidad como reflejo de un mayor grado de protagonismo enfermero en todos los ámbitos y a través de esas nuevas competencias, también en el entorno de las urgencias, emergencias y catástrofes, evidentemente:

- Equipos de Coordinación Avanzada (ECA) en el entorno de la Empresa Pública de Emergencias de Andalucía (EPES/061) por ejemplo, y con una participación protagonista enfermera.
- Enfermeras Gestoras de Casos en el ámbito de la Enfermería Comunitaria y Hospitalaria. Antes llamadas Enfermeras de Enlace.
- Enfermeras Coordinadoras de los Centros reguladores y de asistencia a las Emergencias.
- Enfermeras Escolares y primeros esbozos de la presencia de las mismas en los Centros Educativos a través de Programas concretos (“Forma Joven”).
- Génesis de los primeros Doctorados Enfermeros y consiguiente protagonismo docente e investigador.
- Liderazgo político, sindical y gestor de la mano de enfermeras “comprometidas”.
- Papel dinamizador de la gestión sanitaria y de Educación para la Salud en entornos desfavorecidos y

apoyados desde organizaciones no gubernamentales (ONG’s).

- Prescripción y especialización enfermera. Como futuribles pasos de gigante hacia la Autonomía profesional.

Podríamos seguir enumerando un plantel amplio de presencia y potencial enfermero reconocido en muchos entornos donde su grado de autonomía y responsabilidad parece navegar “in crescendo”. Entendiendo como Autonomía “la necesidad del ego (poder personal), y representando ésta uno de los componentes de la satisfacción profesional, que es la capacidad del adulto de sentirse seguro. Pudiendo ser definida como la libertad o independencia moral e intelectual o, incluso, la propiedad por la cual el hombre escoge las leyes que rigen su conducta”.(1)

Según Santos y Moreira (2), “la enfermera puede construir su autonomía en el ambiente o área de trabajo y, de esta forma, cumplir el papel de cuidador, realizar funciones administrativas, ejercer el papel de líder y ampliar las metas personales, profesionales y organizativas”. Cuestión que parece coincidir con el planteamiento anterior de ampliación de roles y entornos enfermeros a los que parece que estamos asistiendo y hacia los que vamos.

Pero, ¿Asistimos a un verdadero cambio paradigmático en la visión enfermera de nuestras

potencialidades, a una lucha corporativista, o a una relajación de las líneas gestoras frente al fracaso de modelos asistenciales donde la supuesta falta de médicos y la huida de los mismos a entornos donde son mayormente respetados y retribuidos hacen de la ampliación competencial enfermera una solución fácil y/o transitoria, contribuyendo a la vez a enfrentarnos con el resto de profesionales en luchas de poder y de discurso histórico?.

Podríamos decir que en general asistimos a una búsqueda de la autonomía dentro del cuerpo de las disciplinas sanitarias, cuestión que a la vez no debe entenderse como la pretensión de alcanzar una autosuficiencia, a pesar de la consabida dependencia histórica enfermera del saber y del poder médico y los intentos de huida de la misma.

La Enfermería, desde la segunda mitad del siglo XX, toma conciencia de su papel autónomo y de que debe ejercerlo dentro del área de la salud. Sus competencias, en torno a lenguaje y métodos de trabajo, son el debate actual. Pero autonomía no debe confundirse, ya que el intento de afirmar una, no debe excluir la relación con otras disciplinas. Entendiéndose esto como la interpretación confusa de conceptos de multidisciplinariedad, trabajo en equipo e interdisciplinariedad. Algo a la vez inherente a la asistencia urgente y de emergencias. Máxime en situaciones de desastre donde los recursos son superados y la coordinación y comunicación entre actuantes deben ser máximas.

A la vez, la Enfermería actual, la Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes, en ese intento por asir autonomía y cuerpo dentro de las Ciencias de la Salud (3), no puede perder de vista su relación con el resto de disciplinas en un trabajo que ha de ir enfocado a redefinir finalidades y objetivos: Especialización y diferenciación. Más en un área como es el de las urgencias, emergencias y catástrofes, donde el estado del paciente, su situación de fragilidad y la agudeza en la presentación de sus desequilibrios y necesidades, así como el del entorno inseguro que muchas veces engloba estas situaciones y la inherente repercusión familiar y de la Comunidad, hacen que se haga imprescindible una praxis interdisciplinar y un lenguaje común. Un **metalenguaje** dentro del Equipo.

Existen intentos conocidos de argumentación de la autonomía enfermera a través de traducción “in extremis” a lenguaje normalizado, taxonomías e identificación codificada de intervenciones y actuación en un entorno evidentemente colaborativo de la urgencia / emergencia que, supuestamente, “dota” de independencia el área de los cuidados enfermeros en este entorno. Planteamiento a través del cual, parece ser, se propicia el que el rol autónomo enfermero tome cuerpo y otorgue “responsabilidad” a nuestras actuaciones. Todo en un escenario legislado desde la ambigüedad en la interpretación que de cada situación y consecuencias se haga y que se puedan derivar.

Frente a ello, consideremos que no hay que huir en absoluto del planteamiento de ese metalenguaje que escape a idiolectos corporativistas que puedan rozar el intrusismo. Un lenguaje interdisciplinar que realmente ampare la actuación en conjunto armonioso sin renegar de lo propio ni de lo ajeno: Algo a construir con argumentos de relación y comunicación, en todas sus formas y sin renunciar a ninguna.

¿Hemos superado las relaciones con el modelo biomédico para adentrarnos en un solitario camino “monodialogante” de taxonomías enfermeras y lenguaje inaprensible y en muchas ocasiones “inimplementable” en la esfera de las urgencias y emergencias?.

Echando mano del tradicional modelo de Virginia Henderson y de las definiciones de “Problemas de Colaboración” que manejamos y que no preconizan autosuficiencia para nada. Admitiendo que la finalidad de la asistencia urgente y de emergencias, así como del global de asistencia no es otro que una mejor y más personalizada asistencia al enfermo, debemos entender que es desde aquí desde donde, en un plano de simetría de poder, eso sí, de justicia y de equidad, un lenguaje interdisciplinar es posible. Nunca huyendo de esta idea conseguiremos reivindicar nuestra singularidad, estatuto y rol autónomo en las urgencias y emergencias, que evidentemente no son parcela propiedad de nadie y que acontecen sin saber de niveles asistenciales ni entornos delimitados (4). Y que deben entenderse, en el conjunto de responsabilidad del Equipo actuante, como modelo a defender, máxime en la asistencia extrahospitalaria. No rindiendo pleitesía alguna a modos y formas gestoras y políticas que se alejen de esta idea en pro de la exclusiva

contención en el gasto. En detrimento de la Calidad, la verdadera eficiencia y la equidad en la distribución y coherente reparto de recursos y su globalización.

Ensayos y realidades como la RAC, el triaje enfermero, la prescripción entendida en su más amplio sentido (que debe escapar del concepto de potestad de receta farmacológica en el que andamos perdidos), no son más que resultados del consenso interdisciplinar y de manejo de ese metalenguaje que nos relaciona en conjunto y del que creo sinceramente que no hay que huir: **Metalenguaje es Comunicación y Respeto.**

En el seno de esta revolución paradigmática es preciso remarcar un factor clave: “El paso de una orientación centrada en la enfermedad, a una orientación teórica hacia la salud; la paulatina transformación desde un criterio de total dependencia médica al descubrimiento y toma de conciencia por parte de los profesionales de que existe una función propia de los y las enfermeras, además de las funciones delegadas por el médico, y de que existen los cuidados de enfermería sobre los que los profesionales deben poseer competencia y ser responsables” (5). Evidentemente también en nuestra área.

Esta metamorfosis estructural de las Ciencias de la Salud es particularmente positiva, pues implica el ejercicio de la creatividad en todos los ámbitos del saber. En éste contexto, la Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes debe descubrir su esencia fundamental que, según los especialistas, se orienta fundamentalmente hacia la teoría y praxis del cuidar, y en este caso, del “cuidar urgente”. Radicando aquí sus márgenes de Responsabilidad y Autonomía y siendo a la vez críticos con todo el espectro gestor y político que, ahora sí, parece querer otorgar ese “voto de confianza” quizá encubierto en un doble discurso al que ya estamos acostumbrados. Quizá demasiado acostumbrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura de representação social da autonomia profissional em Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39 (2): 145-53.
2. Santos SR, Moreira RC. The nurse's leadership: challenges of the practice. OBJN.

3. Cf. Adam, E. Hacia dónde va la enfermería. México, 1982. Marrier, A., et al. Modelo y teorías de Enfermería. Barcelona, 1989.

4. Valenzuela Rodríguez, AJ. Intento de una definición global enfermera de la Urgencia/ Emergencia. Salud y Cuidados [En línea]. N° 2 (2002). [Consulta: 17 Diciembre 2008]. <http://www.saludycuidados.com/numero2/urgencia.htm> ISSN 1578-9128.

5. Domínguez. C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid. 1986;p