La Enfermería como ciencia emergente

Pedro Ruymán Brito Brito

Enfermero Atención Primaria Área de Salud de Tenerife

Licenciado en Periodismo. Master en Cuidados al Final de la Vida

resumen

La ciencia enfermera, desde la entrada en la Universidad en España en el año 1977, ha sufrido varios contratiempos en cuanto a su progreso disciplinar: El retraso en la aprobación de las especialidades, el predominio de la tecno-ciencia en el sistema sanitario (sobre todo en ámbitos hospitalarios) y la dificultad para entender y asumir nuevos roles desde el propio colectivo de enfermeras, han hecho que los profesionales asuman los cuidados desde un papel más técnico cuando lo "científicamente correcto" sería un trabajo basado en un proceso de resolución de problemas: El proceso de atención de Enfermería. Es cierto que la evolución de lenguajes unificados y taxonomías ha recibido un avance importante en los últimos cuatro o cinco años cuando la evolución de los diagnósticos de Enfermería NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC se han unido en una triple alianza NNN para su uso conjunto en la práctica. Además, la no identificación con un modelo propio de Enfermería (cuyo desarrollo y asunción en nuestro país es escaso o nulo) ha propiciado que gran parte del colectivo enfermero padezca problemas de identidad y desgaste profesional al haber asumido un modelo biomédico que no les es propio por definición. (1)(2)(3)(4)(5)

antecedentes de la ciencia enfermera

La figura profesional de la enfermera tiene antecedentes históricos diferentes, dependiendo del país en el que los investiguemos. Sabemos que en España, los antecedentes más directos están en las figuras de los ATS y, anteriormente, de los practicantes. Pero ahondemos un poco más en la historia para tratar de entender la evolución hasta la figura actual: Retrocedamos hasta 1857, año en que se crea el título de Practicante. La figura profesional del practicante era bien consideraba y bien vista por la sociedad. Se trataba de una persona (varón) con autonomía suficiente para valorar, evaluar y tratar en la comunidad problemas diferentes de salud tanto individuales como familiares (6). Esta figura fue un antecedente claro de la actual enfermera comunitaria. Evidentemente, hay que tener en cuenta el momento histórico del país y las connotaciones en cuanto al género. De este modo, se desempeñaban funciones laborales diferentes si se trataba de un hombre o de una mujer. La Ley de Instrucción General Pública de 1904 recoge diferentes profesiones del ámbito sanitario entre las que se encuentran: Medicina y Cirugía, Partera y Practicante. Posteriormente, en 1915 se crea la figura profesional de la enfermera pero siempre supeditada y considerada como auxiliar de la Medicina y marcada fuertemente por el género: *"las casadas presentarán licencias de sus maridos, autorizándolas para seguir estos estudios; y unas y otras justificarán*

buena vida y costumbres por certificado de sus respectivos párrocos" (7).
Auxiliares Sanitarios y recoge en él a los practicantes, las matronas y las enfermeras. Las funciones que cumplían aquellas enfermeras y las que cumplen hoy día las también denominadas enfermeras eran totalmente diferentes. La formación era, lógicamente, distinta. El problema ha sido el uso de un mismo concepto "enfermera" para lo que se hacía entonces y para lo que se hace ahora. Es importantísimo entender que se trata de figuras profesionales diferentes. Ese lastre nominal ha sido arrastrado hasta nuestros tiempos y muchas veces son los mismos usuarios del sistema sanitario los últimos en modificar la concepción y el entendimiento de los diferentes roles. La visión de las enfermeras como "ayudantes de" sigue latente para muchos usuarios e incluso para muchos profesionales. Además es necesaria una valoración antropológica del factor Género como principio de causalidad para explicar la subordinación de los Cuidados hasta nuestros días (8).

En 1953, se crea una nueva figura profesional unificando a los practicantes, matronas y enfermeras en A.T.S. cuya traducción es: Ayudante Técnico Sanitario. La formación era reglada y más completa que las anteriores pero seguían existiendo salvedades en cuanto al género de manera que, por ejemplo, los estudios en las escuelas de ATS femeninas debían llevarse a cabo en régimen de internado (9). El problema, en cuanto a la disciplina propia se refiere, es evidente a la vista de la denominación de ATS: se trataba de ayudantes, figuras profesionales técnicas ceñidas por el corsé que ofrecía un sistema

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 crea el Colegio de sanitario centrado en el desarrollo tecnológico-biomédico. Todavía hoy a las enfermeras se les denomina socialmente ATS e incluso practicantes (sobre todo en ámbitos rurales).

La clave para retomar la ciencia enfermera que, desde Florence Nightingale en el siglo XIX venía forjándose in crecendo en el sistema sanitario mundial, fue la entrada en la Universidad en el año 1977. Florence Nightingale fue una mujer victoriana de buena familia que vivía en Londres y se terminó de formar en Enfermería en 1851. Le propusieron encargarse de coordinar la atención enfermera profesional en la guerra de Crimea (Turquía) desplazándose a Scutari. Para emplear su método tuvo que resolver los problemas del entorno, como la falta de higiene y la suciedad. Demostró que interviniendo sobre las condiciones del entorno de los moribundos y enfermos éstos mejoraban. Gracias a la puesta en marcha de cuidados enfermeros específicos y profesionales y a la obtención de resultados positivos, fue considerada fundadora de la Enfermería moderna y se crearon escuelas de Enfermería por todo el mundo en base a su método (10)(11).

Al entrar en la Universidad, la Enfermería se trataba de erigir como disciplina con un cuerpo de conocimientos propio y con la utilización de un juicio clínico por parte de las enfermeras en la aplicación de los cuidados. Para ello, disponía de toda una base teórica trabajada en Norteamérica (mayoritariamente) específica de la disciplina y en continuo avance. El

problema siempre ha radicado en la aplicación práctica de la teoría de Enfermería (12)(13)(14)(15)(16). El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) era la fórmula ideal para llevar a cabo un plan de actuación del cual la enfermera era la principal responsable como gestora y brindadora de los cuidados. Sucede que la puesta en marcha de los PAEs no era viable ni aplicable ante la vorágine diaria de las plantas hospitalarias donde los enfermeros seguían trabajando como técnicos (ATS). También es verdad que a los ATS y enfermeros se les intuía cierta capacidad de razonamiento lógico, dada su formación, que los hacía actuar de una determinada manera, pero era un proceso de resolución de problemas que no quedaba registrado en ningún sitio.

lenguaje unificado de enfermería y necesidad de medición de los cuidados enfermeros

Uno de los principales objetivos de la ciencia enfermera en los últimos años ha sido medir los cuidados que se prestan a la población. Ese era uno de los propósitos de la elaboración de los planes de cuidados sobre los cuales se ha seguido investigando. Por ello, por la imposibilidad de medir los servicios que presta Enfermería se ha dicho siempre que las enfermeras hacen un trabajo invisible y que se hace necesario utilizar un lenguaje común (17). Se trata de un lenguaje que se ha investigado y validado durante años en Norteamérica por miles de enfermeras y gracias a entidades como la NANDA (north american nursing diagnosis association), la NOC (nursing outcomes clasification) y la NIC (nursing interventions clasification) (18)(19)(20). Además en los últimos años se han unido mediante la Alianza NNN para brindar la posibilidad de un proceso completo con lenguaje común diagnóstico-objetivos-intervenciones estudiando sus interrelaciones (21).

El uso de un lenguaje unificado enfermero dentro de un proceso de resolución de problemas garantiza una atención enfermera de calidad a la población mediante la siguiente estructura: Valoración (por Patrones Funcionales de Salud de Gordon) - Diagnóstico (mediante etiquetas NANDA) - Planificación de Resultados esperados (mediante Resultados NOC) - Intervenciones a realizar (mediante intervenciones y actividades NIC) - Evaluación de los resultados obtenidos (NOC). En consecuencia realizaríamos una nueva valoración e iniciaríamos el proceso nuevamente (atención continuada). De esta manera las enfermeras ofrecen un juicio diagnóstico (sobre problemas de salud) y un juicio terapéutico (tratamiento de esos problemas) (22)(23).

conclusiones

¿Los problemas de salud se resuelven o simplemente pasan? La pregunta anterior puede tener múltiples respuestas pero está claro que la atención al paciente es susceptible de mejora y, en el ámbito de la Enfermería, la gestión clínica de casos mediante el proceso enfermero NANDA-NIC-NOC garantiza un mínimo de calidad para todos y un avance científico de la ciencia enfermera dado los altos índices de frustración tanto para pacientes como para profesionales (24).

Múltiples estudios así lo demuestran. La medición del trabajo que hace Enfermería no se puede hacer en base a tareas (es decir intervenciones: inyectables, tomas de constantes, curas...) pues no es eso solamente lo que hacen las enfermeras [25][26][27]. Enfermería tiene un gran campo de trabajo en cuanto a los cuidados que brinda y la resolución de problemas para el paciente. Ese campo, aún por explorar en cuanto a la evidencia científica, pasa por el uso de un lenguaje unificado y de una puesta en común a partir de la cual se atienda a los pacientes del sistema sanitario actual.

Las nuevas perspectivas que tiene la Enfermería tras la aprobación de las especialidades (por el Real Decreto de Especialidades RD 450/2005, de 22 de abril, que apareció en el BOE núm. 108, de 6 de mayo de 2005) y el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (que permitirá obtener el título de graduado y acceder a los posgrados master y doctorado) han conseguido forjar los mimbres para el impulso definitivo de la profesión que se venía buscando hace ya muchos años [28][29][30][31]. Siendo una ciencia joven, la Enfermería ha prosperado mucho y se le augura un futuro prometedor siempre y cuando el colectivo asuma el **cambio necesario** en la concepción de la disciplina y del *modus operandi* diario.

bibliografía

García Morales, I. y Buendía Muñoz, A. Identidad e identificación de la enfermería. Rev ROL Enferm 2001 jul-ago; 24(7-8):539-545.

Editorial. Para identificar el modelo propio de enfermería, necesitamos abandonar el modelo médico. Rev Nursing 1987 jun-jul; 5(6):7.

Delgado Rodríguez, Hipólito. La profesión de Enfermería: una cuestión de tiempo. Rev Enferm Científ 1992 abr; 121: 18-20.

Brito Brito, P.R. El camino hacia la identidad de Enfermería. Rev. Metas. En prensa.

Martínez Riera, J.M. Enfermería, sencillamente complicado. Rev ROL Enf 2005; 28(4): 255-264.

Ortego Maté, M.C. De practicante a ATS. Rev ROL Enf 2002; 25(12):808-814.

Lillo Crespo M. Antropología, Género y Enfermería Contemporánea. Rev ROL Enf 2002; 25(12): 85862.

Ortego Maté, M.C. De ATS a Diplomado en Enfermería. Rev ROL Enf 2002; 25(9):576-581.

(10) Marriner Tomey, Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 5ª edición. Editorial Harcourt Brace. 2005. Madrid.

(11) Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Editorial Masson. 2002. Barcelona.

(13) Carballo Álvarez M. Del deseo a la realidad. Rev ROL Enf 2005; 28(4):250- 252.

(14) Llamas Urrutia C. ¿Cómo se utiliza el Proceso de Cuidados de Enfermería? Rev ROL Enf 2003; 26(5): 354-362.

(15) Marco Gisbert A., Sonría Vivas C, Cerrada R., Sanmartín Hernández G., Zubicoa MC., Muñoz Izquierdo A. Integrar el Rol de Enfermería en nuestra práctica diaria. Rev ROL Enf 2003; 26(4): 272-276.

(16) Granollers Sardá R., Montanuy Baró T., Estany Almirall P., Roca Bitria B., Ortega Jiménez B. ¿Utilizan las enfermeras el método científico? Rev ROL Enf 2006; 29(7-8): 509-512.

(17) Gordon, M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Décima Edición. Elsevier. 2003. Madrid.

(18) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2005-2006. Madrid: Ediciones Elsevier; 2005.

(19) Johnson, M. Maas, M. Nursing Outcomes Classification (NOC). Mosby-Year. Book. St. Louis. 3ª Ed. 2005.

(20) McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Harcourt. Madrid. 2005.

(21) Johnson M., Maas M., McCloskey J.C., Bulechek G.M, Butcher H, Moorhead S., Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Ed. Elsevier. Madrid. 2006.

(22) Gómez de Segura Navarro C, Esaín Larrambe A, Tina Majuelo P; Guembe Ibáñez I, Fernández Perea L, Narvaiza Solís MJ. Interrelación entre NANDA, NOC y NIC. Rev ROL Enf 2006; 29(7-8):501-506.

(23) Watson J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. Rev ROL Enf 2006; 29(7-8):494-497.

(24) Roma J. Cruzando el abismo de la calidad. Rev ROL Enf 2004; 27(7-8):502-508.

(25) Ramió A, Domínguez Alcón C. Valores y redefinición de los espacios profesionales. Rev ROL Enf 2003; 26(6):482-486.

(26) Medina Moyá JL. El regreso a la razón. Rev ROL Enf 2006; 29(7-8):523-536.

(27) Iglesias Guerra JA, Frutos Martín M, Álvarez Rodríguez FJ, Cepeda Riaño C, de la Torre Calle L. Enfoque basado en competencias profesionales (I). Rev ROL Enf 2006; 29(7-8):484-492.

(28) Revista Enfermería Facultativa. Año IX. Nueva Época. Nº 86. Mayo 2005.

(29) Revista Enfermería Canaria. Año 2005. Nº 21. Revista del Consejo Canario de Enfermería.

(30) Martínez Riera JR. Enfermería y Europa. Rev ROL Enf 2004; 27(5):360-366.

(31) Durán Escribano M. En el umbral de la convergencia europea. Rev ROL Enf. 2003; 26(6):419-422.