

EXPERIENCIA DE LA ENFERMERÍA ITALIANA EN UN PROGRAMA DE CAPD

Marisa Pegoraro

Enfermera de Nefrología. Presidente de la EDTNA/ERCA 1995

La autonomía de la enfermera en Italia es muy relativa, vaga, y amplia al mismo tiempo.

Nuestro orden profesional data de 1974 y es una ley del Estado. Esta ordenación está estructurada en dos partes: la primera caracterizada por amplios conceptos y espacios operativos. La segunda, sin embargo, se compone de una lista de acciones específicas, en situaciones específicas, en las cuales la enfermera debe dar prestaciones igualmente específicas. Esta ley, desde hace años, es razón de discusión y descontento, pero está aún en vigor.

Nosotros la llamamos comúnmente <MANSIONARIO> término que enfatiza el componente de meras ilusiones, restando significado al término profesional con el cual viene definida la enfermera diplomada. En muchos convenios de enfermería el tema ha sido expuesto y mal resuelto. No habla de las competencias de las enfermeras en diálisis peritoneal.

Oficialmente a nivel nacional no existen cursos post-base de especialidad enfermerística, pero siendo la Sanidad una competencia de la Región y no del Estado, algunas de ellas han realizado o reconocido cursos de estudio post-base para enfermeras en áreas especiales. Otras Regiones no han considerado necesario impartir cursos similares.

El mansionario es de todas formas una ley del Estado válida en todas las Regiones.

En realidad existe una notable discrepancia entre el dictado legislativo y la realidad laboral.

En particular por lo que se refiere al sector de la diálisis la ley no hace referencia ninguna ni a mansiones, ni a competencias, tanto menos son definas la autonomía y la responsabilidad.

Naturalmente nuestra asociación ha tomado varias iniciativas, dirigidas a aclarar y definir los instrumentos del crecimiento profesional y de la responsabilidad legal.

Después de haber consultado a varios legales relacionados con colegas profesionales, expondré aquí sintetizando, las observaciones y consejos que nos han dado.

- Una profesión tiene el deber de vigilar la formación de los propios profesionales.
- Una profesión tiene el derecho/deber de expansión, de añadir en el campo de la propia profesionalidad, aún a costa de otras profesiones. Por ejemplo, en diálisis peritoneal la profesión médica no siente mucho interés hacia la práctica clínica o la relación con el paciente, por lo que estas áreas se quedan libres.
- Una profesión tiene el deber de tutelarse respecto a los abusos profesionales, es decir, debe poder denunciar a todo aquel que con una cualificación inferior realiza prestaciones superiores a las propias. Por ejemplo, una auxiliar que realiza la terapia, abusa de la profesión y puede ser denunciada.
- Una profesión debe tutelarse respecto a la delegación de funciones superiores. Como en el caso en que el médico delega a la enfermera la realización de mansiones para-médicas (las diálisis peritoneales, hemodiálisis, y otras situaciones) Estas delegaciones, deben ser formuladas claramente especificando el modo y las situaciones en las cuales pueden ser aplicadas.

Naturalmente no son muchos los médicos que dejan delegas escritas. La profesión pues, tiene el deber/derecho de tutelarse. Si los superiores no dejan delegas, los profesionales de enfermería pueden escribir las prácticas impartidas en cada uno de los servicios y mostrarlas para su aprobación al responsable del servicio. Esta lista de mansiones y competencias son los protocolos generales y específicos y son los consejos que nos han procurado los legales para “crecer sin hacerse daño”

El protocolo debe contener las funciones que son efectivamente realizadas por la enfermera de un servicio específico.

Por ejemplo en CAPD cada centro debería escribir exactamente aquello que las enfermeras hacen, las cosas de las cuales las enfermeras son directamente responsables y aquellas que deben ser concordantes, supervisadas, o decididas con o por el médico.

En realidad gran parte de cuanto se ha dicho depende todavía de la relación que existe entre médicos y personal de enfermería del servicio. En algunos servicios los médicos son propensos a una autonomía del equipo de enfermería, basada naturalmente en la fiabilidad y responsabilidad de la habilidad de los colaboradores. En estos casos la satisfacción profesional y la eficiencia del servicio es muy elevada. En otros casos la figura del médico es el centro, y éste pretende una posición dominante. Digo pretende porque después, en definitiva, si el número de pacientes es

elevado y con características socio-culturales diversas, la enfermera es siempre el punto de referencia práctico para el paciente.

Resumiendo, en Italia:

- El nivel de autonomía definido por la ley es bajo.
- El nivel de profesionalidad (preparación y capacidad) en el país es variado.
- A la figura del médico le conviene esta situación de este modo, no conviene el poder decisional último (y el correspondiente económico), aunque conviene los cargos de trabajo y las responsabilidades reales de la gestión del servicio.

Las enfermeras en diálisis peritoneal, en Italia asumen muchas competencias y diferentes niveles de interacción y autonomía. Puedo mencionar las funciones de la enfermera en la mayor parte de los casos:

- Participación en la valoración de la idoneidad del paciente a la DP.
- Seguir la preparación del paciente para la colocación del catéter. (Preparación física y psicológica)
- Seguir al paciente durante y después de la colocación del catéter.
- Iniciar las primeras diálisis, automáticas o manuales, según el protocolo del servicio.
- Observar las condiciones del paciente y el comportamiento de éste durante la diálisis.
- Enseñar al paciente, o al familiar, a realizar los cambios manuales o a controlar la máquina (valorar si es idóneo o no)
- Enseñar al paciente los criterios de higiene propios de la técnica de diálisis, de la propia persona, y del ambiente donde deberá realizar la diálisis.
- Estar disponible al teléfono para requisitos, consejos, o problemas que pueden surgir en casa (dolores, problemas técnicos, peso, etc.)
- Preparar o pedir todo el material que deben tener los pacientes en casa.
- Contacto con las empresas que deben procurar el material.
- Seguir al paciente en el ambulatorio (cambio de set, medicaciones, visitas médicas, análisis de sangre, etc.)
- Realizar periódicamente visitas a domicilio para verificar las condiciones higiénicas y la eventual necesidad de reeducación del paciente.
- Actuar según los protocolos terapéuticos en las situaciones de emergencia (peritonitis)

¿CÚAL ES LA FILOSOFÍA PARA LOGRAR LA AUTONOMÍA?

No es posible, por el momento, dividir las exigencias de autonomía de las enfermeras de diálisis del proceso que prevalece en todos los profesionales de enfermería de Italia.

El debate sobre la autonomía se está realizando entorno a la revisión de la ley «mansionario»

Este debate está caracterizado por dos tendencias político-filosóficas:

1. La primera se orienta todavía hacia una ley mansionario, más amplia, que contenga más cosas, pero que prevea de todas formas un listado de los deberes del profesional.
2. Una segunda tendencia intenta definir los objetivos generales en la práctica de la enfermería, pero para las áreas especiales hace discriminaciones en lo que se refiere a las competencias redactadas en documentos no vinculados a la ley, pero revisables periódicamente, con el progresar de las habilidades de la profesión.

La primera tendencia, que definiría de filosofía <<latina>> es aquella que establece claramente el juego de las partes. Da una mayor seguridad al profesional que sabe lo que debe hacer, pero al "sino tiempo, limita la realidad y la ley cuando la profesión está sometida a constantes cambios. Esta tendencia se ha puesto ya en práctica en Italia, con la ley en vigor, así como se ha puesto en práctica, aunque de un modo más amplio y articulado, en Francia desde hace dos años.

La segunda tendencia, que podría definir Anglosajona, es aquella adoptada en Inglaterra (Gran Bretaña) y en los países culturalmente similares. Esta filosofía prefiere definir en modo amplio los objetivos de la práctica de la profesión y deja al profesional o al grupo de profesionales la definición de las propias competencias. Esta filosofía lleva a tener una mayor autonomía, ha colaborado a crear la figura de la Nurse Practitioner» de la Clinical Nurse. Es la tendencia que lleva a la (acción de) enfermería a ser responsable en un modo global, disminuyendo la necesidad de la presencia del médico en algunas áreas generales o de asistencia específica (por ejemplo la diálisis, obstetricia, asistencia preventiva)

En mi país, generalmente el norte, es propenso a la segunda hipótesis, para poder tener respiro y posibilidad de crecimiento futuros.

El sur es más propenso a una ley más rígida, que especifique claramente las competencias y haga correr menos riesgos al personal de enfermería, dejando bien definidas las responsabilidades.

En este debate, nos perdemos desde hace años, y por eso la nueva ley debe ser todavía formulada. Sin embargo y por fortuna, el modo y el tiempo del trabajo y de la autonomía profesional deben ser adaptadas a la gente que trabaja y que vive en cada país. No existen fórmulas que puedan

ser simplemente transferidas de otras experiencias: todos los modelos posibles deben ser adaptados a la situación específica.

«La elección "estratégico-política" está en vosotros mismos»

Solo puedo contribuir compartiendo algunas reflexiones:

Creo que es fundamental mantener:

- Una elevada estima de sí mismo (autodefinición)
- Viva conciencia que siempre hay que aprender (investigación)
- Ser coherentes con la propia histórica cultural y social (tener en cuenta la dinámica política económica del país)

De otro modo corremos el riesgo de no responder a las necesidades de nuestros pacientes, ni a aquellas de nuestra categoría.

CONSEJOS LEGALES

- Vigilar la formación.
- Derecho/Deber de expansión.
- Derecho a tutelarse de los abusos en la profesión.
- Derecho a tutelarse de las delegas incompletas con uso de protocolos.

